



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
Y BIENESTAR SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LA SALUD

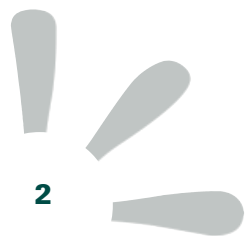


**Guía de  
planificación  
participativa  
de**

# **ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EN SALUD**

Apoyan





**Guía de  
planificación  
participativa  
de**

# **ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EN SALUD**

*“Si la comunidad no toma conciencia de sus propios  
problemas de salud ni considera importante su solución,  
difícilmente tendrá disposición para aprender lo que  
el educador quiere enseñarle”*

**Dr. Juan Díaz Bordenave**



**Asunción, Paraguay. 2007**

## FICHA TÉCNICA

### Elaboración

Dr. Juan Díaz Bordenave - Consultor OMS/OPS

### Contraparte técnica

Lic. Mirian Benítez Vargas - Dirección General de Promoción de la Salud - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

### Revisión

Dr. Luis Armoa García - Dirección General de Promoción de la Salud - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

### Participantes del taller de validación

Dr. Luis Armoa	PROSALUD
Lic. Mirian Benítez	PROSALUD
Lic. Lus Ferreira	PROSALUD
Lic. Ida Caballero	PROSALUD
Dra. Esperanza Martínez	OPS/OMS
Dr. Bernardo Sánchez	OPS/OMS
Dra. Tanya Paiva R.	Programa de Diabetes
Dra. Mercedes Portillo	Departamento Niñez
Lic. Gustavo Montañez	Asesor de Prensa
Lic. Ada Rosa Martínez	CECTEC
Lic. María Celeste Houdin	BECA (Base Educativa y Comunitaria de Apoyo)
Lic. Selva Riquelme	SENEPA
Dra. Elsa P. de Battaglia	Dirección del Programa Niñez y Adolescencia
Dra. Stella C. de Bejarano	Dirección de Planificación
Prof. Blásida Aldana	PROSALUD
Prof. Teresa Piris	SENASA
Lic. Carolina Ravera	UNFPA
Lic. Cecilia Sirtori	UNICEF
Rosa Blanca Villate	COMUNICA Asoc. Pya. de Radios Comunitarias.
Isaac Sánchez	Undécima Región Sanitaria
Elizabeth de Giangreco	Pastoral Social
Marta Diarte	Secretaría de la Mujer
Dr. Juan Díaz Bordenave	Consultor
Dra. María Paniagua	INPCARD
Lic. Maricarmen Gómez	Décimo Octava Región Sanitaria
Sra. Gabriela Delvalle	Promotor Voluntario Comunitario
Sra. Carmen García	Promotor Voluntario Comunitario
Dra. Susana Halaburda	PROSALUD

# ***AUTORIDADES***

**Dr. Oscar Martínez Doldán**

MINISTRO

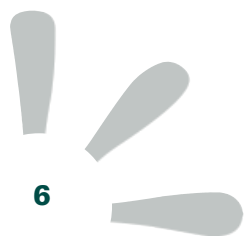
**Dra. Norma Duré de Bordón**

VICE-MINISTRA

**Dr. Luis Francisco Armoa García**

DIRECTOR GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD







# PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a través de la Dirección General de Promoción de la Salud, en su misión de impulsar estilos de vida saludables en la población paraguaya, presenta la **Guía de Planificación Participativa de Estrategias de Comunicación en Salud**.

El propósito de la Guía es ofrecer una serie de conceptos, estrategias y herramientas prácticas que apoyen procesos efectivos de comunicación de los diferentes programas de salud. Se centra fundamentalmente en el papel de la teoría, la investigación y la práctica de la comunicación en salud en las áreas de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Asimismo, plantea diversos enfoques y estrategias de comunicación para informar e influir en las decisiones a nivel individual y colectivo; como aporte para mejorar la salud, y generar procesos de participación y movilización social, con vistas a la construcción colectiva de la salud.

Se ha demostrado que la comunicación en todos los niveles, juega un papel importante en la difusión de conocimientos; la modificación o reforzamiento de comportamientos; y en el estímulo de procesos de cambio social, que coadyuvan al mejoramiento de la calidad de vida.

La comunicación en salud se concibe como un proceso estratégico para optimizar las acciones encaminadas a lograr una utilización racional de la oferta de servicios de salud, mejorar la eficiencia y efectividad de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Las investigaciones han demostrado que programas de comunicación en salud bien planificados, aseguran que la salud sea instalada en la agenda pública, al reforzar los mensajes sanitarios básicos, estimular a las personas para buscar más información, y tomar decisiones que mejoren su salud.

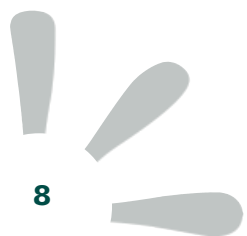
De esta forma, la comunicación va más allá de su utilidad instrumental, para constituirse en un proceso de carácter social que posibilita el reconocimiento, encuentro y diálogo de los diversos saberes, y contribuye a consolidar la articulación entre los diferentes sectores sociales en torno a la salud, generando procesos de cambio que mejoran las condiciones de bienestar de la población.

Esperamos que este material sea de utilidad para actualizar los conocimientos de los diferentes gerentes de la salud pública, en el área de la comunicación para la salud, la cual ha demostrado su importancia, como eje transversal en todos los programas, proyectos y planes de salud.

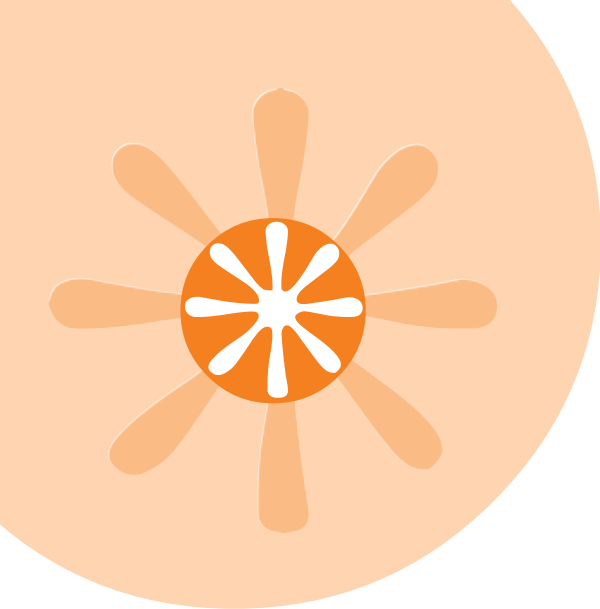
Consideramos que la misma contribuirá al mejoramiento de la gestión de cada profesional y al logro de comportamientos y estilos de vida saludable en nuestra población.



Dr. Oscar Martínez Doldán  
Ministro

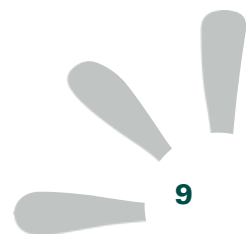






## ***CONTENIDO***

Presentación .....	7
I - Introducción .....	10
II - La definición de la estrategia .....	16
III - La planificación participativa de la estrategia de comunicación .....	19
IV - Conceptos básicos para una estrategia de comunicación .....	22
V - El conocimiento de la realidad .....	30
VI - Algunos principios de la comunicación eficaz .....	34
VII - Público, mensajes y medios .....	40
VIII - Educación y capacitación .....	45
IX - El plan operativo de comunicación en salud .....	51
X - Mecanismos de monitoreo y evaluación .....	57
XI - El presupuesto de la estrategia de comunicación .....	60
Referencias bibliográficas .....	61





# I. INTRODUCCIÓN

El propósito de esta guía es ayudar a instituciones, grupos y comunidades a planificar estrategias de comunicación en apoyo de los esfuerzos oficiales y comunitarios encaminados a prevenir o resolver problemas de salud y promover estilos de vida saludables.

La comunicación es uno de los componentes esenciales en toda acción de salud. En efecto, todo programa de salud posee los siguientes componentes:

- **un componente técnico:** en un programa contra el dengue, por ejemplo, el componente técnico es el mosquito que lo transmite y todos los métodos y productos químicos utilizados para combatirlos;
- **un componente logístico-administrativo:** en la lucha contra el dengue actúan personas entrenadas, equipos de rociado, medios de transporte, así como controles gerenciales y contables para administrar el programa;
- **un componente político:** para que el programa contra el dengue sea posible se necesita una legislación especial que establezca normas legales para los procedimientos. También se necesita la legitimación por las autoridades gubernamentales, el apoyo de los intendentes, la aprobación de las organizaciones sociales, etc.
- **un componente comunicacional-educativo:** el objetivo de la comunicación educativa es apoyar el logro de los objetivos técnicos del programa, consiguiendo que la población adopte los comportamientos necesarios para la solución del problema de salud.

La estrategia de comunicación busca que la población en general, y especialmente las personas afectadas por el problema, se comuniquen entre sí, adquieran conocimientos, adopten actitudes y comportamientos favorables, se organicen y participen activamente en la solución del problema con acciones individuales y colectivas.

## \* **LOS GRANDES CAMBIOS EN LA SALUD**

Esta guía tiene en cuenta que han ocurrido tres grandes cambios en el campo de la salud, a saber:

### **1) Cambio del enfoque de salud: de la curación a la promoción y la prevención**

Hasta no hace mucho tiempo, el concepto que se tenía de la salud era **la ausencia de enfermedad**. Se pensaba que la enfermedad era un problema provocado por microbios y otras causas físicas y biológicas, sin relación con el contexto social, económico y cultural. Lo que se buscaba era la **curación**. Esta era la tarea de los médicos y enfermeras y debía ser llevada a cabo en clínicas y hospitales, usando todo tipo de medicamentos químicos y operaciones quirúrgicas.

Actualmente, la salud es definida como: el bienestar físico, mental y social de las personas y comunidades y no simplemente la ausencia de enfermedades. Esta nueva idea tuvo varias consecuencias:

- a) Nace el concepto de promoción de la salud: la salud, más que de medicinas, depende de que sean dadas condiciones favorables de vida y de trabajo, educación y medios adecuados de reposo y recreación. Nació el concepto amplio de **promoción de la salud**, así definido en la Carta de Ottawa (1986):



*“Promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma. La promoción de la salud debe fomentar estilos de vida saludables y contribuir a lograr las condiciones sin las cuales no puede haber salud para el pueblo: paz, educación, vivienda, alimentación, ingreso, ecosistema saludable, conservación de los recursos, justicia social y equidad”.*

La salud es producto de la acción social y no un mero resultado de la atención médica.

- b) Se fortalece la idea de la prevención: junto con la idea de la promoción se fortaleció también la idea de la **prevención**. Es mucho más barato evitar que ocurran las enfermedades y daños a la salud que tratar de curarlas. Ahora bien, ni la promoción ni la prevención pueden ser hechas en clínicas y hospitales, sino fundamentalmente **en el seno de la comunidad**, pues es allí donde actúan las fuerzas que causan o evitan las enfermedades. De ahí la crucial importancia de la movilización y la participación comunitarias para la salud.

## **2. Cambio en el enfoque: de la salud como beneficio, a la salud como derecho y responsabilidad de todos**

La salud ya no es vista como un beneficio que el Estado concede a la población de modo asistencialista, sino como un derecho de todas las personas, por el solo hecho de ser seres humanos, así como una responsabilidad personal y ciudadana. Esto cambia la correlación de fuerzas. Si la salud es un beneficio que el Estado me concede, tengo que aceptar las condiciones que el Estado me impone para conseguir su asistencia. Si es mi derecho, yo exijo y el Estado tiene que atender a mi petición como ciudadano. Y si es mi responsabilidad, debo participar activamente en la promoción de la salud.

## **3. Cambio de la salud como sector aislado a parte integral del proceso de desarrollo**

La salud no es un sector aparte, como se creía antes, sino una condición indispensable y parte del desarrollo. En efecto, su falta conspira directamente contra la productividad y el crecimiento económico y social. De hecho, agricultores y obreros sin salud producen poco, niños y jóvenes sin salud no aprenden en la escuela.

Así, la salud es una **parte integral importantísima** del desarrollo nacional.

Si esto es así, ya no se puede considerar a la salud como un **gasto**, sino que debe ser concebida, igual que la educación, como una **inversión** social, cuyos frutos se miden en mayor y mejor desarrollo.



## \* **LOS GRANDES CAMBIOS EN LA COMUNICACIÓN**

Así como cambió el enfoque curativo, también ha cambiado el concepto de la comunicación. Algunos de los cambios más importantes incluyen:

### **a> De la comunicación como transmisión y persuasión a la comunicación como relación**

En todo acto de comunicar hay siempre dos elementos: el contenido y la relación entre las personas que se comunican. En el más simple saludo, “¡Buenos días!”, el contenido es “Te veo y te saludo”. Pero la forma del saludo también indica que existe una relación amistosa, indiferente o antagónica entre las dos personas. Si no hubiera relación alguna entre ellas, no se saludarían.

En otras palabras, un mensaje no solamente entrega información sino al mismo tiempo indica como es nuestra relación con el otro/a. El tono de mi saludo y el gesto que le acompañan especifican todavía más el tipo de relación que mi saludo traduce.

En la comunicación hay siempre una intención básica: que el interlocutor perciba el mensaje, que lo comprenda, que lo acepte y que lo aplique. De parte del receptor, también hay una intención básica: recibir y entender el mensaje, decidir si lo acepta o no, y aplicar lo que encuentra de válido en el mensaje. Pero, además de esta intención básica, cuando se comunican las personas tienen intenciones específicas, tales como:



*expresarse, preguntar, responder, informar, pedir información, enseñar, revelar, ocultar, preparar, acusar, quejarse, mostrar, divertir, hacer reír, hacer llorar, preocupar, despreocupar, despertar curiosidad, satisfacer curiosidad, llamar la atención, distraer la atención, dar órdenes, aceptar órdenes...*

### **b> De la comunicación vertical a la comunicación dialógica**

Actualmente ya no se considera a la comunicación como simple transmisión de ideas para informar o persuadir. Se la considera como *una forma de relación* y la más completa es el *diálogo*, es decir, el intercambio de mensajes. De ahí que actualmente se define a la comunicación como:



*el proceso de interacción social por el cual las personas, mediante el uso de signos organizados en mensajes con sentido, intercambian informaciones, ideas y emociones con otras personas y, al hacerlo, influyen recíprocamente sus significados y sus comportamientos.*

### **c> De la comunicación como proceso aislado a la comunicación como parte integral de la vida social**

Hubo un tiempo en que se pensaba en la comunicación como un acto puro, en el cual una persona emitía un mensaje que influenciaba a la persona que lo recibía. Pero ahora sabemos que la comunicación está íntimamente integrada con todos los aspectos de la vida social.



El esquema muestra que la relación, el lenguaje y el contexto influyen a la comunicación y también están íntimamente relacionados entre sí.

Un ejemplo: algunos médicos suelen ser acusados de usar un lenguaje técnico-científico que la población no entiende. Si analizamos este hecho, frecuentemente verdadero, percibiremos que el lenguaje usado es un producto de la relación que existe entre los médicos y los pacientes. A estos profesionales no les preocupa tanto que el usuario del servicio les entienda como que obedezcan sus instrucciones.

En consecuencia, si se desea mejorar la comunicación entre médicos y pacientes, no bastaría con simplificar el lenguaje sino que sería necesario cambiar la relación. Una mayor consideración a los pacientes también llevaría a los servicios de salud a conceder más tiempo a la consulta, para que sea posible una conversación entre el médico y el usuario, es decir una mejor relación.

### d> De una comunicación sólo informativo-instructiva a una comunicación con múltiples funciones

Antiguamente se le atribuían a la comunicación solamente las funciones de informar, persuadir, enseñar y divertir, pero cuando se aceptó que la comunicación impregna toda la vida social, se descubrieron muchas nuevas funciones importantes.

Por ejemplo, en el campo de la salud, la comunicación:

- informa a la población sobre los servicios de salud existentes y la forma de acceder a ellos;
- ayuda a los miembros de las comunidades a identificar sus problemas de salud y sus causas;
- estimula la reflexión comunitaria sobre iniciativas en favor de la salud;
- facilita el intercambio de ideas y experiencias entre grupos de la comunidad así como entre comunidades distantes entre sí;
- apoya a la movilización comunitaria para la salud: canaliza reivindicaciones, legitima propuestas y divulga realizaciones;
- apoya a la educación en salud e informa sobre prácticas saludables.

Constituye también una importante función la llamada **comunicación interinstitucional**, que facilita la coordinación y la cooperación entre las diversas instituciones públicas y privadas interesadas en la salud.

## \* **LOS CAMBIOS EN LA PLANIFICACIÓN DE LA COMUNICACIÓN**

La planificación es un proceso social por el cual, con base en el conocimiento de la realidad, se identifican situaciones-problema y se toman decisiones sobre la mejor manera de resolverlas.

Los procesos componentes de la planificación incluyen:

- conocimiento de la realidad;
- decisión sobre cómo intervenir;
- acciones a ejecutar;
- evaluación y crítica.

Las decisiones tomadas se organizan en planes, programas y proyectos, los que se ejecutan y son evaluados.

Así como hubo cambios en la salud y en las funciones de la comunicación, también han habido cambios importantes en la manera de planear el uso de la comunicación para la salud. Algunos de los cambios incluyen:

### **a> Del planeamiento tecnocrático al planeamiento participativo**

En América Latina hasta hace poco tiempo eran los tecnócratas, es decir los técnicos que ocupan cargos de autoridad en los ministerios de salud, quienes planificaban los programas y proyectos de salud, y también el uso de la comunicación para apoyarlos. Ellos recogían información sobre los problemas de salud de la población y formulaban estrategias para resolverlos. A esta forma de planificar se le llama **planificación tecnocrática** o planificación descendente, pues las decisiones son tomadas allá arriba por los especialistas y sus instrucciones y normas correspondientes bajan a las comunidades en todo el país.

En las últimas décadas nuevos conceptos en la planificación favorecen un mayor protagonismo de la población en la defensa y promoción de la salud. Se fortaleció el concepto de **participación** y apareció el concepto de **empoderamiento**, es decir la adquisición de poder por parte de las personas y los grupos organizados de la población. Se consolidó el concepto de **control ciudadano**. Se avanzó en los procesos de **descentralización política y administrativa**, lo cual facilita el protagonismo, el empoderamiento y la participación de la sociedad civil en las políticas públicas.

Todos estos cambios parecen indicar que ha llegado el momento de cambiar la planificación tecnocrática por la **planificación participativa** de la comunicación en salud.

En ella los procesos componentes de la planificación, es decir:

- conocimiento de la realidad;
- decisión de cómo intervenir;
- acciones a ejecutar;
- evaluación y crítica;

antes realizados por los tecnócratas, son ahora realizados por la población organizada, con el acompañamiento de los técnicos. Es importante aclarar que el papel del Estado continúa siendo esencial, pero ya no más como responsable exclusivo de la salud y de la comunicación en salud sino como un socio y un facilitador de las organizaciones de la ciudadanía.

### **b> De la planificación centralizada a la descentralizada**

Acompañando el proceso más amplio de la descentralización general del Estado, la planificación de la comunicación también se descentraliza. Esto aumenta significativamente la eficacia de la comunicación. En efecto, cuanto más adecuados son los mensajes a la realidad y a las características de los habitantes de cada región y localidad, mayor es la probabilidad de que dichos mensajes sean entendidos y aplicados.

## **\*EN RESUMEN**

Resumimos en este cuadro los cambios ocurridos en el campo de la planificación de la comunicación en salud.

<b>SALUD</b>	<b>COMUNICACIÓN</b>	<b>PLANIFICACIÓN</b>
De ausencia de enfermedad a completo bienestar físico, mental y social.	De la comunicación como transmisión de información y como persuasión a la comunicación como relación.	De una comunicación sólo informativo-instructiva a una comunicación con múltiples funciones.
Del abordaje de curación al de promoción y prevención.	De la comunicación vertical a la comunicación dialógica.	Del planeamiento tecnocrático al planeamiento participativo.
De la salud como beneficio a la salud como derecho.	De la comunicación como proceso aislado a la comunicación como parte integral de la vida social.	De la planificación centralizada a la descentralizada.



## ***II - LA DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA***

Cuando hablamos de estrategia de comunicación en salud, nos referimos al camino que elegimos seguir para producir un impacto deseable en la promoción de la salud o en la prevención o curación de las enfermedades. En general, la planificación de una estrategia responde a las siguientes preguntas:

- ¿dónde estamos?;
- ¿hacia dónde vamos y cómo lo logramos?;
- ¿qué hacemos?;
- ¿qué y cómo evaluamos?

Naturalmente, estas preguntas pueden ser respondidas de varias formas, es decir, hay formas diferentes de organizar los componentes y procesos de una estrategia de comunicación para conseguir cambios en la conducta de las personas. Cada una de ellas ofrece ventajas y limitaciones.

En esta guía proponemos un abordaje que llamamos planificación participativa de la comunicación en salud.

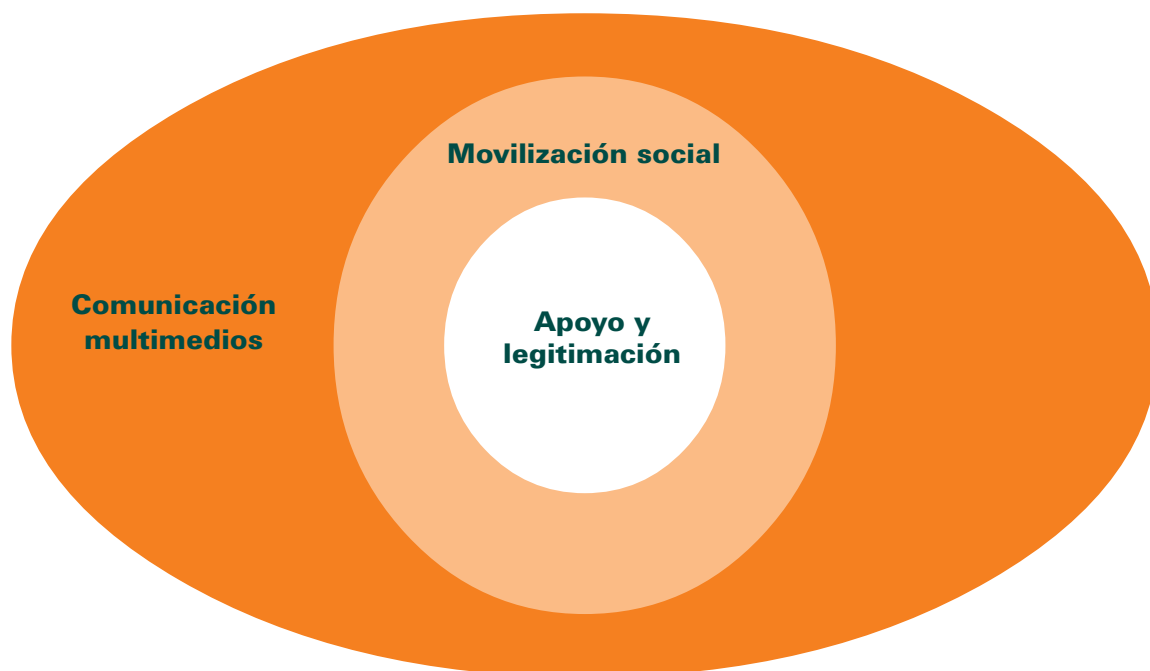
El abordaje de planificación participativa de la comunicación en salud consiste en planificar, con la participación de varias instituciones públicas y de la sociedad civil interesadas, una estrategia global de comunicación, compuesta por tres subestrategias:

- subestrategia 1: apoyo y legitimación;
- subestrategia 2: movilización social;
- subestrategia 3: comunicación multimedios;

integradas entre sí, pero cada una con su público, sus objetivos y sus métodos específicos.

El siguiente gráfico muestra la integración de las tres subestrategias en un solo proceso de planificación participativa. Entre ellas no existe un límite preciso sino que actúan siempre de modo conjunto.





### \* **SUBESTRATEGIA 1: APOYO Y LEGITIMACIÓN**

Conocida también como “abogacía” (traducción del término inglés “advocacy”), consiste en argumentos a ser comunicados a los líderes políticos y sociales con el objeto de obtener su aceptación, apoyo y legitimación a favor de un determinado programa de salud. También se incluye en esta subestrategia la preparación de la sociedad en general para que ella entienda el programa de desarrollo, tenga una actitud favorable hacia él y participe de forma consciente de sus actividades y beneficios.

Esta subestrategia incluye sobre todo contactos interpersonales, como lo que suele llamarse de “lobby” o cabildeo, así como reuniones, seminarios y presentaciones audiovisuales con videos y Power Point. Pero también incluye la organización de eventos que hagan noticia, el envío de material escrito a personas e instituciones, el envío de gacetillas a los grandes medios de comunicación y la obtención de testimonios de personas importantes o populares.

### \* **SUBESTRATEGIA 2: MOVILIZACIÓN SOCIAL**

Consiste en involucrar como aliados activos a instituciones sociales importantes, que poseen poder de convocatoria e influencia en los grupos de personas con que trabajan. Por ejemplo: la universidad es una institución que ejerce influencia en los profesores, los alumnos, los funcionarios, los investigadores, los padres de los alumnos, los ex alumnos y otros grupos. Otro ejemplo: si se consigue la adhesión de la Federación Campesina, ella puede llevar los mensajes del programa de salud a las organizaciones que forman parte de la federación y, a través de ellas, a miles de habitantes del campo.

Entre las instituciones sociales relevantes pueden mencionarse, entre otras:

- Gobernaciones
- Otros ministerios;
- Municipalidades;
- Universidades;
- Sindicatos;
- Iglesias;
- Asociaciones profesionales (de maestros, médicos, abogados, etc.);
- Fuerzas Armadas;



- Policía Nacional;
- Consejos de Salud;
- Organizaciones no gubernamentales;
- Empresas privadas;
- Cooperativas;
- Partidos políticos;
- Medios de comunicación social;
- Organismos internacionales;
- Organizaciones locales o comunitarias;
- Otros.

Según los tipos de institución social que se trata de involucrar, tenemos:

- Movilización política;
- Movilización corporativa o empresarial;
- Movilización comunitaria;
- Movilización de beneficiarios.

La movilización social trata de que estas instituciones sociales se apropien del problema y se organicen y actúen para resolverlo. Para que la movilización social tenga éxito, **las grandes instituciones tienen que formular su propia estrategia de comunicación, y llevarla a cabo en coordinación con la estrategia global de comunicación en salud.**

Para cumplir sus objetivos, la movilización social usa medios de comunicación grupales pero también medios de comunicación de masas.

### \* **SUBESTRATEGIA 3: COMUNICACIÓN MULTIMEDIOS**

Identifica los grupos de la población cuyas acciones pueden facilitar la solución del problema abordado y les hace llegar mensajes o procesos de capacitación que faciliten los cambios conductuales necesarios. Se usan medios de comunicación de todos los tipos, pero como se trata de un público disperso en amplios territorios, los medios de comunicación masiva son intensamente utilizados.

El siguiente cuadro resume los públicos, objetivos y métodos de las tres subestrategias que componen el abordaje de planificación participativa de la comunicación en salud:

- Apoyo y legitimación.
- Movilización social.
- Comunicación multimedios.

PÚBLICOS CLAVE	OBJETIVOS	MÉTODOS DE INTERVENCIÓN
<b>1. Autoridades y opinión pública</b>	Apoyo y legitimación	Básicamente comunicación interpersonal, apoyada por trípticos, folletos, video, Power Point.
<b>2. Instituciones relevantes</b>	Alianza activa, involucramiento	Comunicación interpersonal, medios grupales, proyectos. Apoyo de material escrito y audiovisual.
<b>3. Grupos de la población relevantes</b>	Participación activa. Cambios conductuales relevantes	Medios grupales y masivos. Medios alternativos de comunicación popular.



## **III - LA PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA DE LA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN**

Se llama **estrategia** al conjunto de acciones que se considera adecuado realizar para alcanzar un objetivo. La elección de una estrategia, entre las varias posibles, depende de varios criterios, tales como la dificultad o complejidad del objetivo, los recursos con que se cuenta, los obstáculos probables, los riesgos que se corre, etc.

El objetivo de una estrategia de comunicación en salud es promover y facilitar que determinados grupos de personas realicen acciones favorables a su salud. Para conseguir este objetivo, la estrategia utiliza combinaciones de mensajes y medios adecuados para promover conocimientos, actitudes y comportamientos saludables.

La planificación participativa consiste en involucrar, en el proceso de planeamiento y ejecución de la estrategia de comunicación, a las instituciones y grupos sociales afectados por el problema que se desea resolver y que están interesados en su solución. La solución de un determinado problema colectivo, en efecto, en general interesa a más de un grupo social o institución.

Así, por ejemplo, evitar la erosión del suelo en una determinada región del país interesa no sólo al Ministerio de Agricultura sino a los propios agricultores y también a los técnicos que les dan asistencia, a los comerciantes de productos agrícolas, a las cooperativas agrícolas, a las facultades de agronomía, a los exportadores, a las instituciones de crédito rural, y a varios otros grupos más. Aunque el Ministerio de Agricultura puede simplemente lanzar una campaña propia para combatir la erosión con sus propios recursos, le conviene más convocar a los principales grupos y organismos interesados, y en particular a los posibles beneficiarios, en este caso los agricultores, y junto con ellos conseguir que todos participen en una estrategia común de solución, cada uno desde su ángulo de interés.

Lo mismo ocurre en el campo de la salud. Su promoción no interesa solamente al Estado sino a diversos grupos e instituciones de la sociedad.

La planificación participativa entonces **comienza con la identificación de los grupos interesados en el problema y en su solución**. Una vez identificados, ellos son convocados a una reunión. En dicha reunión cada grupo presente debe dejar claros:

- a> su nivel de conocimientos sobre el problema;
- b> su grado de interés en la solución;
- c> su percepción de las soluciones posibles;
- d> su disposición a participar en la solución;
- e> el compromiso que está dispuesto a asumir;
- f> las contribuciones que está dispuesta a hacer.

De la reunión de entidades interesadas en participar surge un equipo coordinador de la estrategia, que reúne periódicamente a los participantes y les consulta sobre los objetivos a conseguir, los tipos de público a alcanzar, los mensajes a difundir, las actividades y los medios a usar, los mecanismos de acompañamiento a utilizar, el financiamiento a obtener. Todas las instituciones y organizaciones sociales participantes deben estar convencidas de que el éxito de la estrategia de comunicación en salud depende de su protagonismo comprometido, conciente y responsable.

## **\* VENTAJAS DE LA PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA**

La planificación participativa de estrategias de comunicación para la salud tiene ventajas y desventajas. Es evidente que la planificación tecnocrática tradicional es más simple y más rápida. Pero la planificación participativa termina siendo más eficaz porque tiene las siguientes ventajas:

- 1) los grupos participantes se sienten propietarios del contenido del plan y responsables de sus resultados;
- 2) si se deja en manos de un solo organismo la solución de un problema complejo, no se cubren los diversos ángulos y facetas del problema;
- 3) trabajar en conjunto para elaborar el plan favorece la cohesión del grupo de instituciones y su respeto mutuo;
- 4) los participantes tienen la oportunidad de expresar lo que esperan del programa y de su participación en el mismo;
- 5) en la planificación participativa las tareas y los costos de la estrategia se distribuyen entre las organizaciones participantes;
- 6) la planificación participativa evita la fragmentación de los programas de desarrollo.
- 7) se potencian recursos humanos, materiales y financieros de varias organizaciones hacia un objetivo común.

## **\* ¿QUÉ PASOS COMPRENDE LA PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA DE LA COMUNICACIÓN EN SALUD?**

La planificación comprende los procesos de:

- I - conocimiento de la realidad;
- II - decisión de cómo intervenir;
- III - acciones a ejecutar;
- IV - monitoreo y evaluación.

A continuación se presenta una visión panorámica de una estrategia de comunicación para la salud. Más tarde, cada uno de estos pasos será analizado y explicado, incluyendo los conceptos que le sirven de base y la forma en que se realizan en la práctica.

### **I - Conocimiento de la realidad**

1. Diagnóstico participativo de la situación-problema. Explicación de la solución técnica escogida. Conocimiento claro de los objetivos técnicos por todos los participantes.
2. Identificación de los beneficiarios de la solución escogida, así como de los actores sociales relevantes (grupos y sectores de la población de cuyas acciones depende la solución de la situación-problema).
3. Investigación de las características de los beneficiarios y los actores sociales (edad, sexo, grado de instrucción, distribución geográfica, valores y actitudes, vocabulario, intereses y necesidades, medios de comunicación que usan, patrones de liderazgo).

4. Investigación de sus formas de relacionarse entre sí (ejemplo: lugares de encuentro, redes de comunicación formales e informales).

## **II - Decisión de cómo intervenir en la realidad**

5. Definición participativa de los objetivos de la comunicación educativa que pueden contribuir a la realización de los objetivos técnicos como, por ejemplo, cambios de conocimientos, actitudes y comportamientos.
6. Selección participativa de los mensajes más adecuados para ayudar a cada tipo de público a realizar los objetivos de la comunicación.

## **III - Acciones a ejecutar**

7. Selección participativa de los métodos, actividades, medios, técnicas y materiales de comunicación más adecuados para facilitar la eficacia de los mensajes escogidos para los grupos priorizados. Elaboración de un plan operativo de comunicación.
8. Elaboración participativa de materiales de comunicación, incluyendo pruebas previas de los mismos. Plan de distribución de materiales.
9. Capacitación.
10. Cálculo de los costos necesarios para financiar las diversas actividades de la estrategia en función de los recursos con que se cuenta.

## **IV - Monitoreo y evaluación**

11. Definición participativa de mecanismos de monitoreo y evaluación permanentes del cumplimiento de los objetivos de la comunicación educativa y de los objetivos técnicos. Definición de mecanismos de reajuste de la estrategia de acuerdo a los resultados del monitoreo y la evaluación.





# ***IV- CONCEPTOS BÁSICOS PARA UNA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN***

Este capítulo presenta algunos conceptos e ideas que pueden servir de base para el planeamiento participativo de estrategias de comunicación en salud. Su contenido puede parecer algo teórico pero, como alguien dijo, “no hay nada más práctico que una buena teoría”. Entre estas bases conceptuales incluiremos:

- 1> el proceso de participación;
- 2> el abordaje de sistemas;
- 3> el protagonismo de la comunidad;
- 4> el proceso de problematización;
- 5> las funciones de la comunicación.

## **\* 1> EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN**

Participación es el proceso social en el cual la persona se ve a sí misma como un ser único y al mismo tiempo como miembro de una comunidad. Aceptar la participación como una necesidad humana fundamental implica que la participación es un derecho humano universal, que ella debe ser aceptada y estimulada por sí misma y no sólo por sus resultados. Si se le niega la participación, la personalidad es mutilada, su crecimiento impedido, y su potencial para construir una comunidad disminuido. En otras palabras, la participación no es una concesión que las autoridades hacen a los ciudadanos sino un derecho humano esencial que ninguna autoridad puede negar.

Además de ser un derecho natural del ser humano, la participación ofrece ciertas ventajas. Entre ellas:

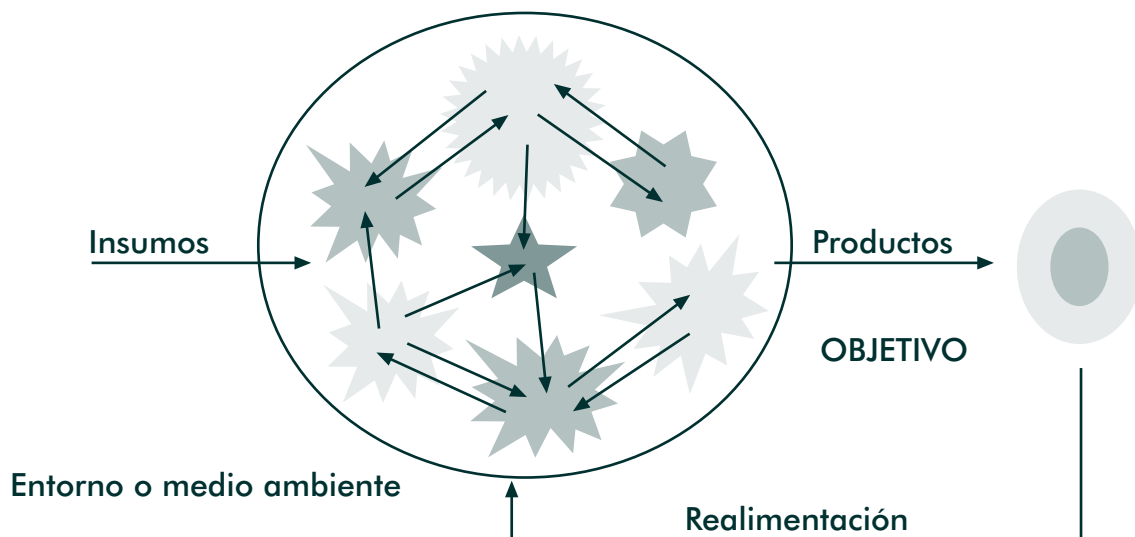
- se puede conseguir más cuando la gente participa;
- los servicios de salud pueden servir mejor al pueblo a un costo menor;
- alivia los sentimientos de alienación e impotencia de la gente;
- crea un sentido de responsabilidad compartida por el programa o proyecto;
- garantiza que las necesidades sentidas de la gente sean consideradas;
- asegura que las cosas sean hechas de forma correcta;
- permite que el conocimiento y la experiencia del pueblo sean utilizados;
- reduce la dependencia de los técnicos y profesionales;
- la participación concientiza, es decir, le ayuda a la gente a entender y cuestionar los obstáculos que impiden su liberación de la pobreza y la opresión.
- favorece el diálogo intercultural y la equidad en las relaciones de poder.

## \*2> EL ABORDAJE DE SISTEMAS

El llamado **abordaje sistémico** consiste en ver la realidad como compuesta por “sistemas” y no apenas por unidades separadas.

¿Qué es un **sistema**? Es un conjunto de partes que se relacionan entre sí y con el ambiente que les rodea. Un árbol es un sistema porque las raíces, el tronco, las ramas, las hojas, las frutas, etc., están todos relacionados entre sí y con el ambiente que lo rodea (aire, agua, tierra, otros organismos vivos). Un automóvil es un sistema porque el carburador, el radiador, el distribuidor, el tanque de nafta, todos los componentes del auto están relacionados entre sí, no actúan separadamente. El cuerpo humano es un sistema, pues el cerebro influye sobre el corazón, el corazón sobre el estómago, el cerebro sobre las piernas, etc. Y una comunidad es un sistema porque sus habitantes influyen unos sobre otros, sin lo cual sería imposible la vida en sociedad.

La salud también es un sistema en el cual las personas y las cosas se relacionan entre sí. Agua, alimentos, productos químicos, clima, microbios, personas y animales, instituciones, etc., actúan y se influyen entre sí, determinando un proceso dinámico, cambiante, de salud-enfermedad que, según la interacción de los factores señalados, puede conducir a que se produzcan enfermedades o sean evitadas.



### El medio ambiente o entorno del sistema

En un sistema no solamente las partes componentes interactúan entre sí sino que también se relacionan con el entorno o ambiente que les rodea. Una planta se relaciona con el suelo, con el clima, con otras plantas, con las personas y otros seres vivos. Una comunidad se relaciona con otras comunidades, con el gobierno, con las empresas, con las fuentes de agua y de energía.

Llamamos insumos a las influencias que el sistema recibe del ambiente y productos a las modificaciones que el sistema produce sobre su ambiente. Tanto los insumos como los productos pueden ser materiales o inmateriales. Así, una estrategia de comunicación, considerada como un sistema, recibe informaciones, necesidades de la gente, normas de política, etc. Pero también recibe personas, equipamientos y recursos materiales y financieros.

La estrategia de comunicación genera como productos: mensajes, actividades, eventos, que son inmateriales, pero también genera trípticos, afiches, folletos, cartillas, videos, etc., que son materiales.

### El funcionamiento de un sistema

Para generar sus productos, el sistema transforma los insumos que recibe mediante procesos de elaboración. Es así como una fábrica de zapatos transforma el cuero, los adhesivos, etc. (insumos), en zapatos (productos).

El sistema realiza la transformación de insumos en productos buscando un objetivo. El producto de la fábrica de zapatos son los zapatos pero su objetivo es el lucro y la acumulación de capital.

Se llama estructura del sistema a la organización de sus partes en unidades funcionales. En la fábrica de zapatos las unidades funcionales son las encargadas de la compra de materiales, la fabricación, el acabado, el embalaje, la administración, las ventas, etc.

Todo sistema posee un mecanismo de realimentación para saber si sus productos están caminando hacia el objetivo o no. Este proceso se llama monitoreo y evaluación.

### Las ventajas del pensamiento sistémico

El enfoque de sistemas es útil en una estrategia de comunicación para la salud por diversas razones. Entre ellas:

- se percibe que todo está relacionado con todo, que no es posible modificar una parte de la realidad sin afectar otras;
- un sistema no puede ser analizado sólo en sí mismo, olvidando el ambiente que le rodea y con el cual interactúa;
- todo sistema en general es parte de un sistema mayor, o sea un "subsistema". Aunque cada subsistema tiene su propio objetivo, el mismo debe contribuir al objetivo del sistema en su conjunto. Por ejemplo, la estrategia de comunicación es un sistema, pero también es un subsistema del programa de salud correspondiente. Y el programa de salud, a su vez, es un subsistema del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; y éste del Sistema Nacional de Salud del cual es el órgano rector.
- todo sistema está sujeto a errores y desvíos. Los productos pueden desviarse del objetivo deseado. Esto lleva a ejercer una constante vigilancia sobre los productos en función de los objetivos. De ahí la importancia del monitoreo, la evaluación y el reajuste.

## \*3> EL PROTAGONISMO DE LA COMUNIDAD

Hasta hace unos años los programas de salud pública eran verticales y la población era considerada apenas como receptora o beneficiaria de los servicios de salud. En ese tiempo la comunicación en salud actuaba como instrumento de información y de instrucción persuasiva, como lo indica el siguiente gráfico:



Subsistema 1. Las comunidades.

Subsistema 2. Los servicios de salud oficiales de apoyo a las comunidades



El servicio de comunicación en salud recibía instrucciones y recomendaciones de los organismos oficiales y los hacía llegar en forma de mensajes a la población. Para eso utilizaba dos canales principales: los agentes de salud (médicos, enfermeros, promotores, etc.) y los medios de comunicación social. Los efectos de la comunicación se evaluaban en términos de la obediencia de la población a los mensajes recibidos.

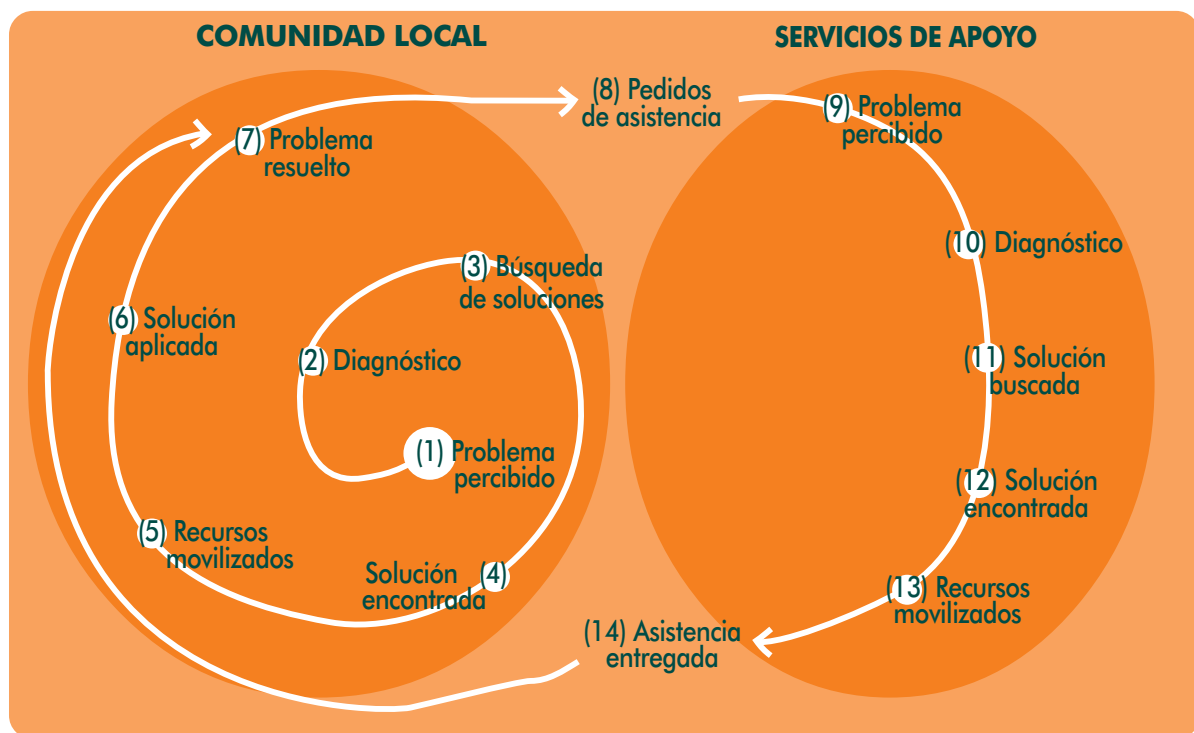
Más recientemente se reconoció que esta manera de concebir y usar la comunicación era autoritaria y poco eficaz. Entonces se comenzó a pensar en la comunicación como una herramienta que está no solamente al servicio de la promoción de la salud y de los programas de salud sino principalmente de toda la población, ya que ésta es la verdadera protagonista de la salud.

Se adoptó entonces un abordaje sistémico de solución de problemas, que combina el protagonismo central de las comunidades con la respuesta de los programas de salud apoyando el esfuerzo de las comunidades en la prevención y promoción de la salud.

Este abordaje se visualiza en el siguiente esquema gráfico, compuesto por dos subsistemas que interactúan mediante la comunicación:

Subsistema 1. Las comunidades.

Subsistema 2. Los servicios públicos de salud de apoyo a las comunidades.



La comunicación es vista como un instrumento de las comunidades para la solución de sus problemas. En efecto, en cada subsistema tiene lugar un proceso de solución de problemas con los siguientes componentes:

- el problema es percibido y diagnosticado;
- se busca la solución usando la comunicación;
- se movilizan recursos;
- la solución se aplica y el problema se resuelve.

En el subsistema 1 - **comunidades** se parte de la idea de que toda comunidad es capaz de resolver gran parte de sus problemas de salud. Pero para eso se necesita que las personas y grupos de la comunidad se comuniquen entre sí, identifiquen los problemas y articulen

una solución. A veces, sin embargo, la comunidad necesita apoyo externo y entonces utiliza algún medio de comunicación para solicitarla de los servicios de salud locales o regionales.

En el subsistema 2 – **servicios de salud** se parte de la idea de que ellos están –o deberían estar– preparados para analizar los problemas de las comunidades y encontrarles una solución adecuada. Como los servicios de salud en general son varios ellos se intercomunican entre sí hasta encontrar la solución más adecuada y viable. Una vez encontrada la solución, los servicios usan la comunicación para hacerles conocer y aplicar bien el apoyo solicitado.

### El tercer subsistema

Puede ocurrir que los servicios de salud no consigan encontrar la solución para el problema de salud que le presentaron las comunidades. Entonces recurren a un subsistema 3 – los **centros de solución final** (no aparece en el gráfico) –que son instituciones de alto poder decisorio, tales como el propio Ministerio de Salud, las universidades, las sociedades científicas, los centros de investigación en salud, el Parlamento Nacional, los organismos internacionales– a los cuales los servicios sanitarios pueden apelar solicitándoles su participación para la solución. Muchos problemas de salud, en efecto, exigen para su solución una política pública.

Para realizar su propio proceso de solución de problemas las instituciones competentes del subsistema 3 intercambian ideas entre sí, arriban a una solución y finalmente le hacen llegar la solución encontrada a los centros de apoyo en salud (subsistema 2) para que éstos la pasen a las comunidades.

### Cómo actúa la comunicación

Como puede observarse, el primer paso de una estrategia de comunicación, en este abordaje sistémico de resolución de situaciones-problemas, es ayudar a **que los habitantes de la comunidad se comuniquen entre sí**. Además, hay que **capacitarlos en comunicación** para que **sepan solicitar ayuda** a los servicios de apoyo.

En el subsistema 2 hay que facilitar **la intercomunicación entre los diversos servicios de salud** y también capacitar a los técnicos para que sepan **comunicarse** con las comunidades.

En el subsistema 3 la comunicación entre las instituciones de **solución final** es crucial ya que las decisiones que deben tomar son complejas y tienen que, necesariamente ser adecuadas porque ya no hay otra instancia a la cual recurrir.

## \*4> LAS FUNCIONES DE LA COMUNICACIÓN

Hemos visto que cuando se trabajaba en salud de modo asistencialista, se le asignaba a la comunicación las funciones de:

- informar a la población;
- persuadirla a que adopte ciertos comportamientos y prácticas; y
- darle instrucciones sobre cómo aplicar las recomendaciones de los técnicos.

Cuando se adoptó el abordaje sistémico basado en el protagonismo de la comunidad, las funciones de la comunicación se ampliaron para incluir las siguientes, entre otras:

1. Apoyo a los miembros de la comunidad para identificar sus problemas comunitarios, sea para resolverlos entre todos, o para reivindicar soluciones ante órganos de apoyo;
2. Estimula la reflexión comunitaria sobre la realidad y sus problemas;

3. Facilita la participación y la cooperación mediante el diálogo entre personas, grupos e instituciones;
4. Apoya la organización, la concienciación y el empoderamiento de la sociedad civil frente al Estado y el mercado;
5. Permite el contacto entre comunidades distantes, que intercambian experiencias y al percibir que tienen problemas comunes, hacen proyectos conjuntos;
6. Informa a la población sobre sus derechos y obligaciones, así como sobre las instituciones que prestan servicios y cómo acceder a ellas;
7. Educa y capacita a la población: aumenta sus conocimientos, enriquece sus vocabularios, fortalece los valores positivos, enseña tecnología, socializa métodos;
8. Fortalece los valores básicos de la democracia social y el desarrollo sustentable, tales como equidad, cooperación, equilibrio ecológico, frugalidad anticonsumista, etc.;
9. realimenta al pueblo en la lucha colectiva por la salud, mostrándole su progreso o sus errores y desvíos, para corregirlos;
10. celebra las victorias de las comunidades en la lucha por una mejor salud, con lo cual ellas mantienen su autoestima y su entusiasmo.

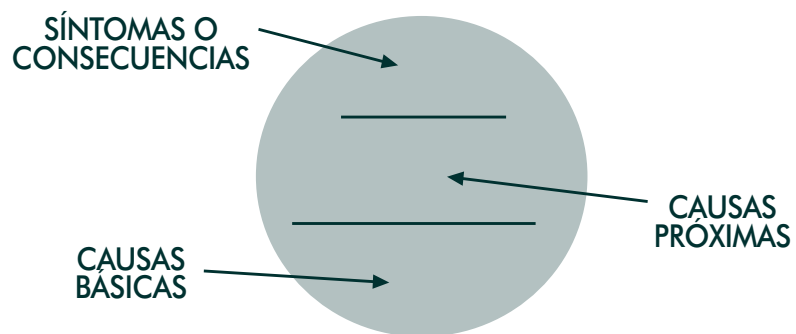
## \*5> EL PROCESO DE PROBLEMATIZACIÓN

El abordaje de sistemas puede ayudarnos a identificar cuál es el problema de salud que nos conviene atacar con nuestra estrategia de comunicación educativa. Si todo está relacionado con todo, en cualquier situación que parece problemática podemos preguntar:

- ¿qué está pasando, dónde y cuándo, y a quién afecta?;
- ¿cuáles son las principales causas y las consecuencias?;
- ¿qué conocimientos, creencias, actitudes y comportamientos actuales de las personas afectadas contribuyen al problema o a sus posibles soluciones?

Vamos a tomar un ejemplo: la *desnutrición infantil*.

En una comunidad rural observamos que algunos niños y niñas.



- tienen barrigas abultadas;
- están pálidos y flacos;
- se cansan fácilmente;
- no tienen ánimo para jugar;
- se enferman a menudo;
- duermen en las clases escolares;
- no consiguen aprender lo que estudian.

Éstos serían los **síntomas del problema**.

Si le preguntamos a la gente cuáles podrían ser las causas de la desnutrición infantil, recogemos respuestas como las siguientes:

- a. no hay producción suficiente de alimentos;
- b. los pocos alimentos que hay son caros;
- c. los padres de los niños o no tienen trabajo o ganan muy poco y no pueden comprar alimentos;
- d. los padres desconocen el valor nutritivo de los alimentos y alimentan mal a sus hijos.

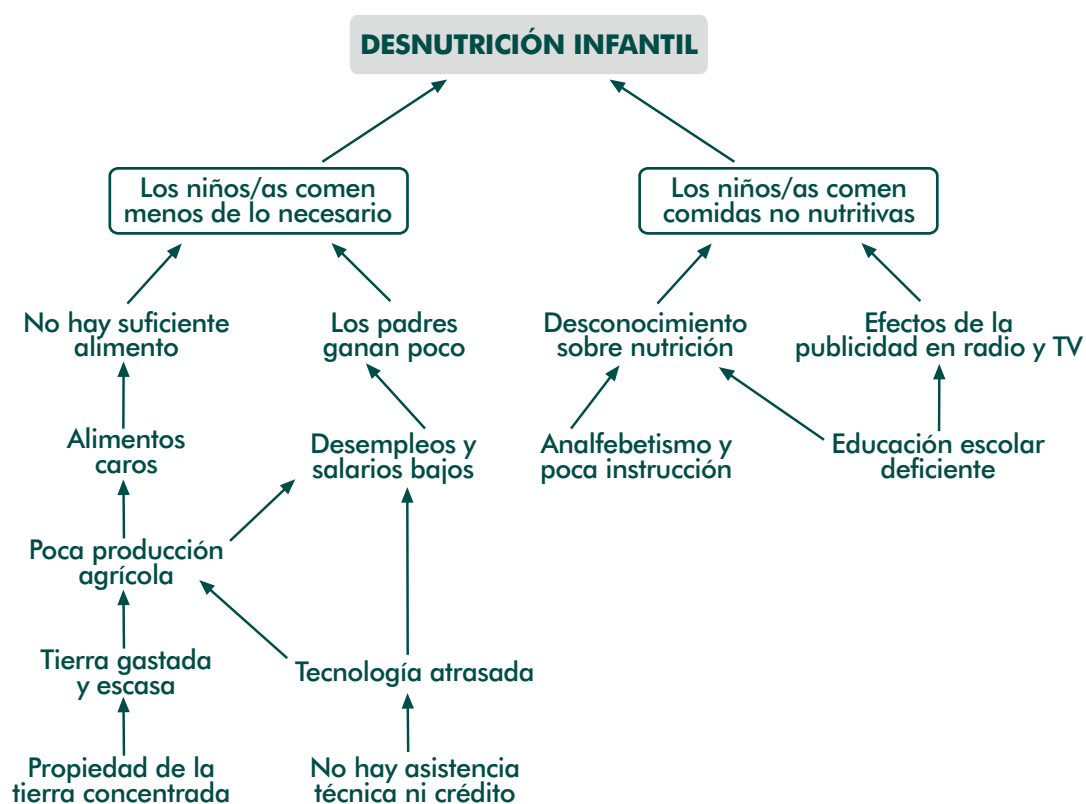
Estas serían las **causas próximas** del problema de la desnutrición infantil.

Continuamos preguntando a la comunidad: ¿por qué hay alimentos insuficientes? ¿Por qué los padres de los niños no tienen trabajo o ganan poco? ¿Por qué no saben cómo alimentar bien a sus hijos?

La gente de la comunidad responde diciendo: “la tierra está concentrada en las grandes propiedades y los campesinos tienen poca tierra, la tierra ya está muy gastada y los campesinos usan tecnología atrasada. No reciben asistencia técnica ni créditos del gobierno. Muchos niños no van a la escuela porque tienen que ayudar a sus padres en la chacra o en otras actividades. Y aunque fueran a la escuela, no aprenderían mucho porque las maestras no enseñan cosas prácticas como alimentación y nutrición adecuada para la gente”.

Estas son las **causas básicas del problema**: estructura agraria injusta, falta de educación, falta de asistencia técnica para producir más y mejor.

Gráficamente:



Esta es la percepción que tenemos sobre la situación-problema. En ella se mezclan aspectos económicos, sociales, educativos. ¿Dónde intervenimos para ayudar a resolver el problema? ¿Qué estrategia de comunicación conviene planificar?.

## \*6> OBJETIVOS TÉCNICOS Y OBJETIVOS CONDUCTUALES

Todo programa de salud posee objetivos técnicos y objetivos conductuales. Los objetivos conductuales son los que la comunicación busca alcanzar y sirven para facilitar el cumplimiento de los objetivos técnicos. Ellos consisten en cambios en conocimientos, actitudes y comportamientos.

### Un ejemplo, en el caso del dengue:

OBJETIVOS TÉCNICOS	OBJETIVOS CONDUCTUALES
<p>Aplicar métodos de saneamiento ambiental para reducir los criaderos de mosquitos. Eliminar o reducir los criaderos de mosquitos dentro y alrededor de hogares, escuelas y sitios de trabajo, manejando adecuadamente los recipientes donde se almacena agua.</p>	<p>A &gt; <u>Cambio de conocimientos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Muchas personas no saben que el mosquito se cria en agua limpia. Piensan que se crían donde hay basuras.</li><li>• No saben que el mosquito se cría donde hay agua estancada limpia.</li><li>• Otras personas no ven la relación entre el mosquito y los recipientes que almacenan agua.</li><li>• No saben qué hacer para que no se junte agua en algunos recipientes como planteras, canaletas, cubiertas, etc.</li></ul> <p>B &gt; <u>De actitudes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• A algunas personas les gusta quedarse con las cubiertas de auto usadas y viejas.</li><li>• Para otras personas, los mosquitos están siempre alrededor y ya están acostumbrados a su presencia.</li></ul> <p>C &gt; <u>De comportamiento</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Asegurarse de que ningún recipiente en el patio o jardín contengan agua residual. Tapar los recipientes.</li><li>• Desechar cubiertas de auto viejas o usadas. Mantenerlas vacías de agua, llenarlas de tierra.</li><li>• Limpiar los tanques por lo menos una vez por semana y taparlos de manera hermética.</li></ul>

Promover estos cambios necesarios es el objetivo de la comunicación para la salud.



## V - EL CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD

Para planificar una estrategia de comunicación es necesario un **diagnóstico** de la realidad en que el problema se manifiesta, es decir, recolectar datos sobre el problema de salud, quiénes son los afectados, qué saben, qué creen y qué hacen. El diagnóstico nos permite entender cómo es la situación, por qué esa situación existe; las conductas positivas, neutras y negativas de la gente relacionadas con la situación; las oportunidades para intervenir; las barreras u obstáculos que pueden impedir la eficacia de la intervención.

Cuanto mejor conozcamos el contexto social del problema de salud que queremos resolver, más fácil será planificar nuestra estrategia de comunicación. Lo importante es distinguir claramente qué tenemos que conocer, ya que el contexto social es sumamente complejo y no podemos estudiarlo todo.

### \* TIPOS DE INFORMACIÓN A OBTENER

Los principales tipos de información que deberíamos obtener en el diagnóstico incluyen:

- a. ¿cuál es el problema, su incidencia y magnitud, sus efectos sobre las personas y la comunidad, sus causas y las medidas de prevención, las soluciones y los tratamientos adecuados?;
- b. ¿cuáles son los grupos de alto riesgo (los públicos seleccionados) afectados por el problema, su edad, sexo, grupo étnico, lugares de trabajo, de residencia y estilos de vida;
- c. ¿cuáles son los comportamientos que se supone causan el problema y los comportamientos que pueden ayudar a prevenirlo? ¿Cuáles son los conocimientos relacionados, las opiniones, las actitudes y comportamientos de los públicos seleccionados?;
- d. ¿qué servicios relacionados con la salud existen en la comunidad y cómo son usados por la población en general y por los grupos afectados por el problema en particular?;
- e. ¿qué medios de comunicación nacionales y locales, formales e informales, llegan a la comunidad? ¿Cuál es la preferencia de la gente por ciertos medios de comunicación, cómo son los hábitos de utilización de dichos medios y qué fuentes de información son consideradas confiables por los públicos seleccionados?

Vamos a detallar un poco más los datos que conviene recoger para planificar la estrategia:

- 1> datos del problema;
- 2> datos de las personas;
- 3> datos de las comunidades;
- 4> datos de la comunicación.

## 1> DATOS DEL PROBLEMA

Para planificar nuestra estrategia de comunicación tenemos que conocer y entender muy bien en qué consiste el problema de salud que se pretende prevenir, atacar y resolver. Tenemos que pedirles a los especialistas de la salud que nos ayuden a responder preguntas como las siguientes:

1. ¿cuál es la naturaleza técnica del problema de salud? Ejemplo: alta prevalencia de la malaria, transmitida por el mosquito *anopheles*, en una zona rural donde se cultiva el arroz, especialmente durante la época de lluvia y en los meses siguientes, debido a las aguas estancadas;
2. ¿a quién afecta el problema, con qué efectos? En el ejemplo anterior son afectados directamente los hombres y mujeres que trabajan en el cultivo del arroz. La malaria les dificulta o impide trabajar y puede incluso causarles la muerte. Son también afectadas indirectamente las personas que reciben en sus casas o atienden a los afectados por la enfermedad.

## 2> DATOS DE LAS PERSONAS

- a. ¿Cuáles son los grupos de la población afectados directamente por el problema de salud? ¿Cuáles son los grupos indirectamente afectados y que podrían interesarse en su solución?
- b. ¿Cuál es la edad, sexo, grupo étnico, grado de instrucción, distribución en el territorio, nivel socioeconómico, lugares de trabajo y de residencia, de los grupos más importantes para el problema de salud a ser atacado?
- c. ¿Cuáles son sus principales aspiraciones, deseos, necesidades, problemas?
- d. ¿Cómo les afecta el problema de salud y qué han hecho hasta ahora para prevenirlo o resolverlo; con qué resultados?
- e. ¿Qué grado de conocimiento y comprensión tienen sobre el problema y su solución? (¿racional-científica, tradicional, supersticiosa, espiritual?).
- f. ¿Cómo utilizan los servicios relacionados con la salud? ¿Qué actitudes (confianza, desconfianza) tienen hacia el personal de los servicios de salud?
- g. ¿Cuáles son los canales de comunicación que usan para informarse y relacionarse con las demás personas e instituciones dentro y fuera de la comunidad?
- h. ¿Cuáles son las organizaciones a las que pertenecen y cómo participan en ellas? (cooperativas, asociaciones vecinales, comités de agricultores).

## 3> DATOS DE LAS COMUNIDADES

- a. ¿Qué necesidades de las comunidades podrían tener algo en común con la solución del problema de salud que se desea atacar?
- b. ¿Cuáles son las conductas actuales de la gente que, mediante una leve modificación, podrían ser eficaces para eliminar o reducir el problema de salud?
- c. ¿Cuáles son las principales motivaciones y oportunidades para el cambio de conducta? ¿Cuál sería el costo/beneficio de las conductas propuestas?
- d. ¿Cuáles son los obstáculos y limitaciones importantes que pueden impedir la adopción de nuevas conductas y cómo superarlos?
- e. ¿Quiénes son las personas en las comunidades cuyo apoyo a la solución del problema de salud puede ser decisivo? Por ejemplo: los líderes comunitarios.
- f. ¿Qué piensan ellos del problema y su solución? ¿Cuál es la mejor manera de llegar hasta ellos?

#### 4> DATOS DE LA COMUNICACIÓN

- a. ¿Cuáles son las palabras o términos, en guaraní y en español, que usan los habitantes de las comunidades para hablar del problema de salud que se desea resolver?
- b. ¿Quiénes son las personas de la comunidad en quienes se confía y escucha en cuanto a problemas de salud?
- c. ¿Quiénes podrían oponerse a un cambio debido a nuestra intervención o bien a la misma intervención?
- d. ¿Cuáles son medios formales e informales de comunicación más usados?
- e. ¿Qué medios de comunicación social (prensa escrita, radio, TV) existen en las comunidades?
- f. ¿Existen redes de comunicación entre grupos y comunidades?
- g. ¿Cuáles son los lugares donde se reúne la gente?
- h. ¿Cuál sería la mejor manera, según la gente de las comunidades, de poner en práctica la estrategia de comunicación?

#### \* **CÓMO HACER EL DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN**

Para conocer la situación-problema es conveniente usar técnicas de investigación sencillas que nos brinden datos confiables. Las técnicas disponibles son de dos tipos: cuantitativas y cualitativas. Lo mejor es usar ambos tipos, ya que cada uno tiene sus ventajas y desventajas y se complementan mutuamente.

##### a> **Técnicas cuantitativas**

Como su nombre lo indica, estas técnicas nos dan informaciones sobre **cantidad** (¿cuántos?) y **frecuencia** (¿cuántas veces?). Ejemplo: averiguar el número de personas que conocen mucho de una determinada enfermedad, las que conocen poco, las que no conocen nada. Otro ejemplo: el 60% de las madres de niños menores de cinco años informa que sus hijos recibieron vacunas contra el tétano.

Las técnicas cuantitativas en general utilizan muestras aleatorias. Muestra aleatoria es aquella en que cada persona de la población en estudio tiene las mismas probabilidades de ser incluida en la muestra que todas las demás personas. Son obtenidas por sorteo al azar y se espera que sean representativas del conjunto de los entrevistados. Algunas técnicas cuantitativas son:

- **Consulta de estadísticas y censos**, que el estado suele realizar, donde se publican datos sobre la población del país, de una región o de una localidad. Muestran la distribución de gente por edad, nivel de educación, nivel socioeconómico, etc., así como datos sobre ocurrencias de enfermedades, etc. (se puede conseguir estas informaciones en la Dirección General de Encuestas, Estadística y Censos (DGEEC); en el Ministerio de Salud Pública o bien en los sitios web de dichas organizaciones);
- **Estudios históricos o longitudinales**: se analizan datos estadísticos de varios años seguidos para detectar las variaciones y tendencias de los aspectos relacionados con el problema de salud que nos interesa;
- **Encuestas sobre conocimientos, actitudes, percepciones y prácticas**: se entrevista a personas, sea como individuos, sea como miembros de organizaciones;
- **Encuestas de opinión pública**: se hacen utilizando questionarios y entrevistando con ellos a **muestras** relativamente grandes de la población que nos interesa. Se usan preferentemente “preguntas cerradas”, es decir, se le da al entrevistado una lista de respuestas posibles y él elige la que le parece verdadera.



Los datos obtenidos mediante las técnicas cuantitativas son presentados en forma de porcentajes, promedios, curvas, gráficos, etc. para su análisis y discusión; y la toma de decisiones.

## b> Técnicas cualitativas

Las técnicas cualitativas responden a las preguntas: “¿qué?”, “¿cómo?”, “¿por qué?”. Ellas nos brindan datos sobre actitudes, creencias, preocupaciones, dudas, miedos, comportamientos. Pueden ayudarnos a saber por qué las personas piensan o actúan de cierta manera. Entre las técnicas cualitativas están:

- **Observación directa:** anotamos qué piensan y cómo se comportan las personas o los grupos, cómo están funcionando los servicios de salud;
- **Entrevistas individuales:** son hechas con informantes representativos, como por ejemplo líderes comunitarios o personal de salud. Se puede usar un cuestionario pero las preguntas en general son abiertas, es decir, permiten que una persona responda libremente con sus propias palabras;
- **Entrevistas focalizadas:** no utilizan cuestionario sino unas pocas preguntas focales que el entrevistador seleccionó por considerar que pueden revelar información útil. Se mantiene con los entrevistados una conversación informal, pero en dicha conversación se formulan las preguntas focales;
- **Entrevistas en profundidad:** tienen un carácter personal pues se desea obtener información acerca de las creencias, opiniones y sentimientos de un número pequeño pero representativo de encuestados;
- **Entrevistas grupales:** se hacen con vecinos de un barrio, con grupos afectados por un problema;
- **Grupos focales:** un moderador experimentado dirige un debate libre y espontáneo, entre 8 a 10 personas seleccionadas a propósito, cuyas actitudes, opiniones y experiencia se quiere conocer. Ejemplo: grupo focal con madres que no vacunan a sus hijos, para saber por qué no lo hacen;
- **Talleres participativos:** trabajo con un grupo que aborda un problema y busca su solución mediante la reflexión y la investigación;
- **Estudios etnográficos:** son estudios de comunidades enteras, hechos por antropólogos culturales, sociólogos e historiadores. Permiten conocer el contexto global donde ocurren los problemas de salud.





## VI - ALGUNOS PRINCIPIOS DE LA COMUNICACIÓN EFICAZ

Al planificar participativamente la estrategia de comunicación conviene recordar algunos principios del uso de mensajes, medios y tratamientos que provienen de la experiencia y la teoría. Para organizar estos principios recurrimos a tres aspectos –relación, contexto y lenguaje– que influyen sobre la comunicación:

Relación es el tipo de relacionamiento existente entre los actores del proceso: parentesco, amistad, antagonismo, clase social, jerarquía, etc.

Contexto es la situación o ambiente donde ocurre la comunicación en un determinado momento;

Lenguaje es el conjunto de los contenidos, códigos y medios utilizados para la comunicación.



### \*PRINCIPIOS VINCULADOS A LA RELACIÓN

- **Diálogo:** el intercambio de mensajes entre las personas es el mejor medio de comunicación.
- **Empatía:** colocarse con la imaginación en el lugar del receptor del mensaje y tratar de ver el mundo como él o ella lo ve aumenta la probabilidad de que el mensaje sea recibido y comprendido.
- **Imagen positiva:** el mensaje jamás debe herir la autoestima de los receptores. Así, los campesinos rechazan figuras o ilustraciones que los presentan como personas pobres, desnutridas y mal vestidas. Ellos quieren y deben ser presentados en una forma digna.
- **Proximidad:** en igualdad de condiciones, la comunicación de persona a persona tiene más efecto en la toma de decisiones que la comunicación por medios técnicos.
- **Nivel de información:** nunca pienses que tu público es poco inteligente, pero tampoco pienses que está bien informado sobre el asunto que se trata.

- **Familiaridad:** un mensaje que contiene elementos familiares o conocidos (cosas, ropas, lugares, palabras, etc.) para las personas que lo reciben será más atendido y comprendido.
- **Relevancia:** no todo lo que es relevante o importante para mí lo es para los que me escuchan. Cada uno tiene su propia vida y sus propios intereses.
- **Nivel de abstracción:** cuanto menor es el nivel de instrucción/educación de las personas, menor es su capacidad de manejar conceptos abstractos.
- **Comprensión literal:** las personas con bajo nivel de escolaridad tienden a comprender los signos de manera literal. Por ejemplo: el dibujo de un maizal donde las plantas aparecen algo separadas fue interpretado por los agricultores como indicando que la persona que sembró el maizal era un mal agricultor o bien que su tierra es muy pobre, sin fertilidad. En realidad lo que pasó es que el dibujante de la figura no conocía cómo es realmente un maizal.
- **Perspectiva:** las personas de poca escolaridad no suelen poseer la noción de “perspectiva”. Si en la figura las figuras próximas al lector son mayores y se van achicando hacia el horizonte, ellas entienden que los árboles y las casas más alejados son realmente más chicos.

## \*PRINCIPIOS RELACIONADOS AL CONTEXTO

- **Filtros culturales:** los mensajes son interpretados por las personas en función de su cultura.
- **Grupo de referencia:** en la interpretación de los mensajes las personas toman en cuenta lo que piensan y sienten sus respectivos grupos de referencia, o sea las personas significativas cuya opinión ellas respetan.
- **Correlación de fuerzas:** el efecto del mensaje depende de su interacción con las fuerzas sociales actuantes en el contexto de los receptores.
- **Segmentación de públicos:** cuánto más específico sea para un determinado público, más eficaz será el mensaje. No conviene hacer un solo mensaje para todos los públicos.

## \*PRINCIPIOS RELACIONADOS AL LENGUAJE

- **Segregación del significado:** una misma palabra significa una cosa para unas personas y otra cosa para otras personas. Por ejemplo: las palabras “reforma agraria” significan una amenaza para un latifundista y una esperanza para un campesino sin tierra. Otro ejemplo: para algunas mujeres gestantes de una zona rural el control prenatal es algo positivo, pero para otras inspira vergüenza y temor al maltrato, por lo cual no acuden a los centros de salud. El significado no está en las palabras (o en los signos en general) sino en las mentes de las personas que los reciben.
- **Percepción selectiva:** nunca percibimos la realidad tal como ella es. Lo que percibimos de la realidad que nos rodea depende de nuestras necesidades, expectativas, deseos, temores y experiencias.
- **Aprendizaje de signos:** no nacemos sabiendo lo que significan los signos. El significado de los signos es producto de un acuerdo social, de modo que tenemos que aprender lo que significan los signos en una determinada cultura para poder comprenderlos. Ejemplo: en las historietas cómicas, un globo o balón encima de la cabeza, con alguna frase en su interior, representa lo que una persona dice. Las personas que, no están acostumbradas a leer historietas, no pueden entender esto. Otro ejemplo: para usar un mapa hay que haber aprendido los códigos gráficos que representan ríos, ciudades, montañas, distancias, etc.

- **Reiteración:** una misma idea importante debe ser presentada varias veces al mismo público. Dos formas de reiteración son:
  - *la repetición:* la misma idea es presentada varias veces en la misma forma (por ejemplo, con las mismas palabras y figuras);
  - *la redundancia:* la misma idea es presentada en varias formas diferentes (con palabras y figuras diferentes).
- **Potencial limitado de los medios:** no hay un medio que sea mejor en todo y para todo. Cada medio tiene su potencial y sus limitaciones.
- **Combinación y complementación de medios:** para aumentar los efectos de un mensaje conviene utilizar una combinación de varios medios que se apoyen y complementen unos a otros.
- **Efecto decreciente:** utilizar varios medios llevando un mismo mensaje aumenta el efecto de la comunicación. Pero sólo hasta un cierto límite, después del cual la adición de más medios ya no aumenta el efecto.
- **Realimentación:** si se conoce los efectos de los mensajes en las personas a los que se destinan, se puede producir mensajes más adecuados.
- **Intensidad mínima:** si no se sobrepasa una intensidad mínima en el uso de los medios, no se consigue efecto alguno y todo lo que se gasta, se pierde. Ejemplo: imprimimos y distribuimos 100 afiches en una ciudad de 100.000 habitantes. Es muy poco para conseguir el objetivo que se pretende. Es un gasto perdido.
- **Idea central o centro de interés:** cuando una figura o fotografía es mayor o más colorida que las demás ilustraciones en una misma página o afiche, constituye un centro de atracción de la atención y el interés. Cuando un mensaje contiene una idea central, produce un efecto mayor que cuando contiene muchas ideas que compiten entre sí.
- **Acción deseada:** el mensaje debe indicar claramente cuál es el comportamiento que se le recomienda al receptor que adopte.
- **Incentivo o recompensa:** el mensaje debe mostrarle al receptor las ventajas que obtendrá al aceptar el comportamiento propuesto por el mensaje.

## \*LA INVESTIGACIÓN NECESARIA

Para orientar la elaboración de los mensajes y evitar errores que comprometan su comprensión, es absolutamente necesario investigar lo que los públicos saben, sienten y hacen en relación con el problema de salud que estamos abordando. En esto consiste la llamada investigación de conocimientos, actitudes y prácticas.

### La importancia de la validación

Antes de distribuir y utilizar un material de comunicación es fundamental hacer su **validación**, es decir, someterlo a una prueba previa o "pre test" para verificar si el material es "válido" o no. Es decir, si posee eficacia comunicativa con el público al cual se dirige. El siguiente ejemplo dramatiza esta necesidad.

Carlos Ponciano, comunicador de un servicio de salud, recibió el pedido de producir un afiche para decirles a los campesinos que filtrasen el agua antes de tomarla. Él y sus colaboradores diseñaron el siguiente afiche:



En el ángulo superior izquierdo colocaron un dibujo del filtro de barro cuya introducción en los hogares campesinos era recomendada. En el ángulo inferior derecho pusieron la figura de un niño bebiendo agua de un vaso. Y en el centro del afiche, en diagonal, pusieron tres palabras: "Beba agua filtrada".

Satisfechos con la simplicidad y el realismo del afiche, estaban a punto de imprimir varios miles de ejemplares y de colocarlos en lugares estratégicos en toda la región, cuando a Carlos se le ocurrió

mostrar primero el proyecto de afiche a unos 30 campesinos y campesinas para ver si lo entendían. Al mostrarles el afiche les preguntaba:

- ¿qué ven en este afiche?;
- ¿cuál es la intención del afiche?;
- ¿hay alguna cosa aquí que no entiendan?

Resultados: como en esa región la mayoría de los campesinos no sabía leer ni escribir, el mensaje escrito, "beba agua filtrada", no fue entendido. Como nadie había jamás filtrado agua en la región, el filtro de barro no era conocido y, naturalmente, nadie estableció una relación entre ese extraño recipiente y el niño bebiendo agua. Más aún, al desconocer el concepto de filtrar nadie imaginó que el niño estaba bebiendo agua filtrada. Algunos decían: "está bebiendo agua"; otros, "está tomando aguardiente"; y otros, "toma leche". Nadie dijo "está bebiendo agua filtrada".

O sea, el afiche fue un completo fracaso. Pero la validación del afiche mediante la prueba previa tuvo una consecuencia inesperada para el servicio: sus técnicos de salud descubrieron que, aun cuando los campesinos hubiesen aceptado y usado el filtro recomendado, eso no les serviría de mucho, pues las aguas de la región eran tan cargadas de barro que en pocos días el filtro se obstruiría y el agua no pasaría más. Tuvieron entonces que buscar un nuevo tipo de filtro, más adecuado para la calidad de agua del lugar.

## \* ¿QUÉ CONVIENE INVESTIGAR?

¿Qué necesitamos saber de la población para orientar nuestra estrategia de comunicación en salud? Además de los datos que nos da el diagnóstico de la situación-problema, conviene conocer lo mejor posible las siguientes características del público destinatario de nuestros mensajes: necesidades, problemas, creencias, valores y actitudes.

### a. Necesidades

Las necesidades son situaciones insatisfactorias para la población. Ellas aparecen tanto en la infraestructura física (agua, luz, cloacas, caminos, puentes) como en los servicios sociales (empleo, abastecimiento, limpieza). Pero también la gente siente necesidad de aprender cosas nuevas y útiles, tales como: conocimientos, valores, emociones, sentimientos y actitudes, habilidades y prácticas.

La investigación permite identificar las necesidades objetivas que las personas tienen (necesidades reales) y distinguirlas de las que ellas **sienten** como tales (necesidades sentidas). Una de las tareas de la comunicación en salud es mostrar la diferencia entre las necesidades sentidas y las necesidades reales. Esto se explica mejor analizando el concepto de problema.

## b. Problemas

En realidad, problemas son los obstáculos que la gente enfrenta para satisfacer sus necesidades. Cuando no hay una necesidad sentida por la gente, no hay un problema para ella. Así, si no se siente la necesidad de vivir en un ambiente limpio, la presencia de basura no es un problema. Un ejemplo: para mostrar la necesidad de separar gallinas y cerdos a fin de evitar el hacinamiento en las viviendas campesinas, se produjo en un país centroamericano una película que mostraba gallinas poniendo huevos en el dormitorio y cerdos circulando en la cocina. Se esperaba que los campesinos reaccionarían ante tal situación. Pero para los campesinos lo que veían en la película era totalmente natural, ellos no sentían necesidad alguna de mantener a los animales domésticos fuera de la casa. Por consiguiente, la convivencia con gallinas y cerdos no era un problema.

## b. Creencias

La gente acepta o rechaza mensajes debido en gran medida a las cosas en que creen. Una persona, por ejemplo, cree que sólo los remedios tradicionales y caseros son eficaces; otra persona cree que comer mango con leche hace mal; una tercera no cree en las vacunas. En muchos lugares la gente cree más en los curanderos que en los médicos.

## c. Valores y actitudes

Es fundamental conocer los valores y las actitudes de la gente con respecto a las prácticas que se considera necesario introducir. En efecto, un mensaje puede resultar en un total fracaso si hiere valores de las personas o va en contra de sus actitudes.

**Valor** es lo que a la gente le parece bueno, lo que merece ser respetado y promovido. Por ejemplo: para la mayoría de la gente la educación es un valor, sea porque da prestigio y respeto, sea porque facilita conseguir empleo o porque favorece subir en la escala social.

**Actitud** es la disposición favorable o desfavorable que uno tiene hacia algo o alguien. Ejemplos: algunas mujeres tienen una actitud negativa a ser revisadas por médicos varones. Mucha gente rechaza los alimentos que no le son familiares.

Los valores son sentimientos más profundos y duraderos que las actitudes. Por eso en general es más difícil conseguir un cambio de valores que de actitudes. Ahora bien, cuando un valor se cambia, las consecuencias son más amplias y duraderas que cuando se cambia una actitud.

## \*¿CÓMO INVESTIGAR VALORES Y ACTITUDES?

Hay varias maneras. Por ejemplo:

### a. Identificación

Se le presenta al informante una situación imaginaria en la que dos o más personas toman actitudes diferentes frente a un asunto. Por ejemplo:

*“Juan y Pedro son vecinos en el barrio El Gorrión. Cuando ocurre algo malo en el barrio, Juan comenta: ‘esto no cambiará nunca. Siempre fue así y siempre será igual. No podemos hacer nada’. Pedro, en cambio, busca saber qué pasó y por qué pasó. Y una vez conocido el problema no descansa hasta resolverlo, solo o con la cooperación de otros vecinos.*

*“¿Usted se parece más a Juan o a Pedro?”.*

Al identificarse con uno de los personajes, el entrevistado revela su actitud frente a las cosas.







## VII - PÚBLICO, MENSAJES Y MEDIOS

Los elementos básicos de una estrategia de comunicación son el público, los mensajes y los medios. La planificación de la estrategia justamente consiste en seleccionar participativamente la combinación más adecuada de público, mensajes y medios para abordar la situación-problema que se desea resolver.

### \*EL PÚBLICO

Tanto la prevención como la solución de un problema de salud dependen de que ciertos grupos de personas, que llamamos el público, adopten ciertos comportamientos y abandonen otros. El público no es una masa homogénea sino que dentro de él hay distintos grupos o sectores.

Anteriormente se llamaba “público-blanco” o “público-meta” a los grupos que se desea alcanzar con los mensajes. Actualmente, y dentro del concepto de que la salud es un derecho de todos, se respeta más el protagonismo y la participación de la gente y se habla más bien de “participantes”. No obstante, en ocasiones todavía son llamados “beneficiarios”.

Cuando se adopta el enfoque participativo en la planificación de la comunicación, no se puede seguir considerando al público como un receptor pasivo de las recomendaciones oficiales, sino como un “actor social”, autónomo e inteligente, un ciudadano cuya participación es indispensable, y no un individuo a quien se debe persuadir y manipular para que haga lo que deseamos.

### **Público primario y público secundario**

El **público primario** comprende aquellos grupos y personas cuyos cambios conductuales llevan directamente a que se realicen los objetivos técnicos de un programa de salud. Pueden ser, por ejemplo, grupos de población priorizadas, o aquellas personas más vulnerables ante un riesgo o una determinada enfermedad, sea por su edad, sexo, por la región en que vive, por su bajo poder adquisitivo, por sus comportamientos o estilos de vida, etc.

El **público secundario, o intermediario**, comprende aquellos grupos o personas que pueden influir sobre el público primario en el sentido de facilitar la adopción de los objetivos conductuales necesarios o reforzar dichos cambios.



Algunos ejemplos:

## \* LOS MENSAJES

PROBLEMA DE SALUD	PÚBLICO PRIMARIO	PÚBLICO INTERMEDIARIO
Cáncer de mama	Mujeres de adultas.	Médicos clínicos y ginecólogos, promotores de salud.
Dengue	Residentes en casas con jardín y/o patio.	Líderes comunitarios, comisiones vecinales.
Tabaquismo	Padres, de niños de corta edad, que fuman.	Trabajadores de salud en clínicas de atención materno-infantil.
Desnutrición infantil	Niños y sus padres.	Maestros de escuela. Asociaciones de Padres.

Una vez seleccionados el público primario y secundario, buscamos cuáles son los mensajes más apropiados para promover los cambios de conocimientos, actitudes y comportamientos, es decir los objetivos conductuales que lleven al cumplimiento de los objetivos técnicos del programa de salud.

El mensaje es el alma de la estrategia de comunicación. Si la gente no lo entiende o no lo acepta, la estrategia fracasa. Por esta razón hay que dedicarle mucho cuidado a su elaboración.

Una aclaración: el mensaje es la idea a comunicar, no la forma final en la que será presentada. En efecto, un mismo mensaje puede ser comunicado mediante diversas formas: palabras, figuras, fotografías, gestos, sonidos. Lo importante es tener bien clara la idea central que se desea comunicar, y también los argumentos que la apoyan.

Podemos hablar de **mensajes principales** y **mensajes de apoyo**. Un ejemplo:

## \* CUALIDADES DEL MENSAJE

Objetivo conductual	Público primario	Público intermediario	Mensaje principal	Mensajes de apoyo
Amamantar a los lactantes de manera exclusiva por lo menos 6 meses desde el momento mismo de su nacimiento.	Madres de los recién nacidos.	Personal de salud, Promotores de salud.	Amamante al recién nacido desde la primera media hora de nacido, en forma exclusiva hasta los 6 meses, las veces que el bebe lo desee. No necesita de otro alimento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* La leche materna es el primer y mejor alimento que da vida saludable a los bebés.</li> <li>* La primera leche o calostro posee sustancias que los protegen de muchas enfermedades.</li> <li>* Cuando el bebé se alimenta del pecho también está protegiendo a la madre porque la lactancia materna ayuda a disminuir el sangrado después del parto y el útero se contrae con mayor rapidez.</li> </ul>

El mensaje es el arma principal del comunicador en salud. Su misión es llamar la atención del público al cual se destina, despertar su interés, informarle sobre la acción que se espera de él para prevenir una enfermedad, mostrarles las ventajas de que realice dicha acción y darle instrucciones sobre cómo hacerlo.

Todo mensaje tiene dos componentes: (a) la idea que se desea comunicar; (b) la forma en que dicha idea se presenta.

La **idea** de un mensaje debe tener ciertas cualidades, por ejemplo:

- es fácil de entender y recordar;
- contiene una sola idea central;
- es adecuada a la cultura y al nivel de instrucción del público destinatario;
- está centrada en las necesidades del público;
- indica claramente las acciones propuestas;
- muestra beneficios y ventajas de las acciones recomendadas, no sólo las consecuencias negativas de no realizar dichas acciones.

En cuanto a la **forma** del mensaje, también posee ciertas condiciones:

- usa pocas palabras e imágenes;
- las palabras o imágenes son familiares para el público destinatario;
- usa un tono positivo, amistoso y no autoritario.

Por su importancia en la estrategia de comunicación, antes de ser emitidos los mensajes deben ser probados o validados ante su público destinatario. Así se hubiera evitado, por ejemplo, el error cometido en un afiche que mostraba un niño sosteniendo un frasco de insecticida, cuando que todos los insecticidas tienen impreso en el frasco la frase "Mantener fuera del alcance de los niños".

## \***LOS MEDIOS**

En una estrategia de comunicación la palabra "medios" no significa solamente los medios de comunicación visual o audiovisual, tales como prensa, radio y televisión, sino toda y cualquier acción o actividad de comunicación que se utilice para que los grupos de público seleccionados tengan acceso a los mensajes relevantes.

Así, además de los materiales escritos, la radio y la TV, son también medios las clases escolares, las reuniones, los concursos, los festivales, las exposiciones, las fiestas patronales, las plazas y los mercados, los grupos musicales, los artistas populares, el teatro itinerante, y muchos otros recursos que aparecen en el cuadro siguiente.

## El amplio arsenal de la comunicación

El cuadro muestra el amplio arsenal de medios de comunicación a nuestro alcance:

MASIVOS	PERSONALES/ GRUPALES	DE APOYO	COMUNITARIOS	ELECTRÓNICOS
- Periódico	- Reunión	- Rotafolio	- Visita de intercambio	- Internet
- Revista	- Taller	- Papelógrafo	- Feria	- Correo electrónico
- Radio	- Curso	- Fanelógrafo	- Festival	- Fax
- Televisión	- Panel	- Pizarrón	- Fiesta patronal	- Teléfono
- Cine	- Simposio	- Lámina	- Kermés	- Teléfono celular
- Libro	- Mesa redonda	- Fotografía	- Mercado popular	- Telecentros
- Folleto	- Demostración de resultados	- Retroproyector (transparencias)	- Desfile	- Teleconferencias
- Adhesivo	- Demostración de métodos	- Power Point	- Asamblea	
- Plegable (tríptico)	- Dramatización	- Video	- Exposición	
- Vehículo	- Teatro popular	- Cartilla	- Mural	
- Afiche (afiche)	- Títeres	- Juego educativo	- Periódico mural	
- Educación a distancia	- Excursión	- Pasacalle	- Altoparlante	
- Carta circular	- Concurso	- Maqueta	- Grupos musicales locales	
- Boletín informativo	- Estudio de casos	- Herbario o insectario	- Eventos recreativos y deportivos	
- Panfleto	- Debate	- Objetos	- Círculo de aprendizaje	
- Volante		- Instrumentos	- Redes de contacto y cooperación	
- Historieta cómica				

Cada uno de estos recursos comunicacionales tiene su potencial y sus limitaciones. Es preciso pensar en cada caso cuáles son los más adecuados para los grupos de público y los mensajes que comprende nuestra estrategia.

## \* LA PRODUCCIÓN Y UTILIZACIÓN DE MATERIALES DE COMUNICACIÓN

Algunos técnicos y programas de salud reducen a la **comunicación a la sola producción de materiales visuales, escritos o audiovisuales**. Pero la comunicación va mucho más allá de la producción de materiales. Comprende actividades dirigidas a que las personas, grupos e instituciones se relacionen entre sí, reflexionen y adopten comportamientos adecuados a su salud.

Esto no significa que los materiales de comunicación no tengan importancia. La tienen, y mucha, pero los materiales no son un fin en sí mismos, sino instrumentos auxiliares de los **procesos de relacionamiento, reflexión y decisión**, que son fundamentales en todo proceso de comunicación educativa.

Cada tipo de material tiene sus propias reglas de producción. Por ejemplo, en la confección de un afiche hay que tomar muchas decisiones operativas. Si el afiche va a ser exhibido en recintos cerrados, puede utilizarse un papel diferente del que se usaría si será exhibido a la intemperie, donde estará sujeto a la acción de la lluvia y del sol.

Hay que decidir si se desea un afiche vertical u horizontal. Además, sabiendo que el espacio del afiche es limitado, hay que elegir pocos dibujos o ilustraciones y un mensaje corto pero eficaz. Todo afiche tiene que tener un centro de interés, es decir, un elemento gráfico que domine y llame la atención. La disposición de las imágenes y los textos tienen que ayudar a recorrer el afiche como si fuera un camino para el ojo.

### La importancia de la utilización

Además de ser producidos, los materiales de comunicación deben ser distribuidos, utilizados convenientemente y evaluados.

Un error que se suele cometer es poner mucha atención en la producción de materiales (folletos, afiches, volantes, trípticos, etc.), y mucho menos en su **distribución y utilización por los públicos destinatarios**. A veces los materiales producidos no llegan a los públicos destinatarios por fallas de distribución. Y es en la **utilización** por el público donde los mensajes contenidos en los materiales ejercen su potencial de cambio.

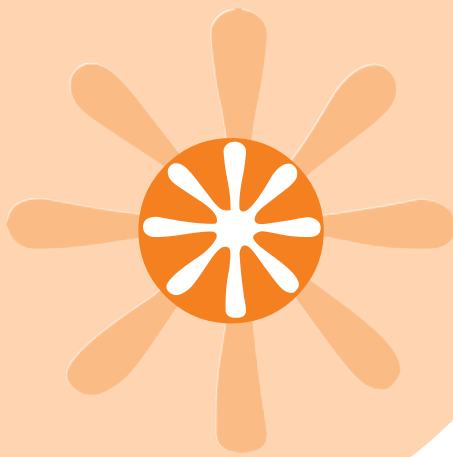
El siguiente ejemplo demuestra la necesidad de prestar atención a la forma en que los materiales son utilizados.

“Un folleto con ilustraciones fue distribuido a los educadores comunitarios para ser usado con campesinos en pueblos del interior. Como algunos campesinos son analfabetos, cuando se reúnen alguno de ellos que sabe leer, lee el folleto en voz alta y todos escuchan. Después comentan lo que escucharon y le hacen preguntas al educador. Por lo general, aunque no sepan leer, los campesinos llevan cada uno su folleto a su casa para mostrarlo y compartir con parientes y amigos.

“Para facilitar la lectura colectiva, un educador popular resolvió hacer láminas grandes con las ilustraciones del folleto y mostrarlas a los campesinos a medida que el mismo era leído en voz alta. Varios de los campesinos, que venían de comunidades distantes, dijeron que ellos también querrían tener las láminas para difundir mejor el contenido de los folletos a sus comunidades. El educador tuvo entonces que conseguir la impresión de juegos de láminas para todos.

“Pero además el folleto cayó en las manos del locutor de una radio comunitaria local, quien, carente de materiales para sus programas, utilizó el folleto en su radio. Se descubrió que otras radios comunitarias ya hacían la misma cosa con los folletos educativos que recibían. Esta forma inesperada de utilización hizo que en adelante los folletos fuesen preparados con un lenguaje más adecuado para su uso en radio, lo que aumentó enormemente el alcance de su utilización”.

Este ejemplo muestra lo importante que es saber cómo los materiales de comunicación serán utilizados por los públicos destinatarios (intermediarios y primarios).



## VIII - EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

Una estrategia de comunicación para la salud es un proceso educativo, ya que abre camino al aprendizaje y a la reflexión y, por lo tanto, a la transformación de las personas. Éstas se transforman de pasivas en activas, de indiferentes en comprometidas, de acríticas en críticas, de individualistas en solidarias, de poco informados en competentes, de simples habitantes de un determinado territorio en ciudadanos participantes. De hecho, toda estrategia de comunicación comprende actividades de educación y capacitación tanto de los públicos destinatarios como de las personas que trabajan en la estrategia.

Un subproducto de la educación debería ser la superación del paternalismo, o sea aquella actitud de superioridad y condescendencia que los técnicos suelen adoptar frente a los sectores populares. Paternalismo que se manifiesta de muchas formas. Una de ellas es dar cosas al pueblo: medicamentos, alimentos, etc. Este es el paternalismo de **donación**. Otra forma, más sutil pero no menos perniciosa, es hacer cosas por el pueblo, cosas que el pueblo debería hacer por sí mismo. Este es el paternalismo de **substitución**.

### \*LA OPCIÓN PEDAGÓGICA

La experiencia muestra que no cualquier tipo de educación es capaz de efectuar una transformación. La opción pedagógica se vuelve decisiva. Según cual sea la opción pedagógica que se aplique, la capacitación puede producir personas rígidas o creativas, alienadas o realistas, imitativas o innovadoras.

Las tres opciones pedagógicas que se disputan el predominio en Paraguay son:

1. la educación transmisora o "bancaria";
2. la educación conductista o condicionadora;
3. la educación problematizadora o crítico-participativa.

La **educación transmisora**: considera la educación como equivalente a la entrega de contenidos por una persona que sabe a otra que no sabe. Sus principales características son:

- no tiene en cuenta el saber y la experiencia previos del aprendiz;
- el profesor es la principal y a veces la única fuente de conocimientos, juntamente con el texto indicado por él. El aprendiz no es estimulado a aprender de su realidad ni de sus compañeros;
- se estimula más la memoria que la inteligencia y se desestimula la búsqueda de caminos alternativos para el conocimiento. El docente espera que el aprendiz reproduzca fielmente lo aprendido;

- el aprendizaje es individual y no se promueve la solidaridad entre los aprendices.

Cuesta creerlo, pero **esta es la pedagogía en la cual la mayoría de nosotros nos hemos educado y en la cual nuestro pueblo en general todavía es educado.**

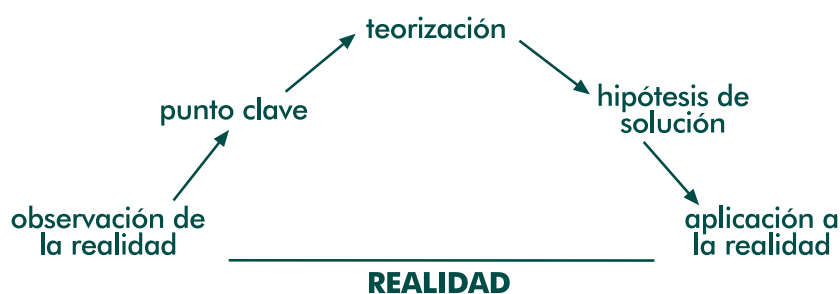
2. La **educación conductista**: considera a la educación como equivalente a moldear el comportamiento del aprendiz, es decir a llevarle a dominar prácticas que el docente considera deseable adoptar. Para eso existe un “programa” que premia todos los pasos o movimientos del aprendiz en la dirección de dominar la operación deseada. Algunas características de esta opción pedagógica son:

- se espera que el aprendiz sea activo, es decir que cumpla los pasos que el programa le indica, estimulado por la recompensa correspondiente;
- se estimula el individualismo y la competencia. Quien termina antes un programa, recibe otro más avanzado y deja atrás a sus compañeros. No se trabaja en grupos;
- como el camino ya está indicado por el programa, se desestimula la observación de la realidad circundante y la búsqueda de caminos alternativos;
- así es como se entrenan los soldados en las Fuerzas Armadas y los obreros en la industria, se espera que aprenda el “cómo” pero no necesariamente el “por qué”.

3. La **educación problematizadora** considera a la educación como **la transformación integral del educando en cuanto éste, con sus compañeros, aprende a transformar la realidad.** Sus características incluyen:

- los educandos, en grupo, son los protagonistas de su propio aprendizaje. El docente es un facilitador del aprendizaje;
- la realidad –sea ella física, biológica, social, psicológica y económica– es enfrentada como algo no acabado, algo que si se conociera y comprendiera bien, se podría mejorar. Es decir, se enfrenta a la realidad como un problema dinámico;
- se trata entonces de conocer la estructura de un determinado aspecto de la realidad para poder transformarlo. Por eso la educación parte de la observación de la realidad-problema. A partir de ella, los educandos procuran identificar sus variables-clave, y más tarde sus causas y su estructura interna;
- de la comprensión del problema los educandos derivan hipótesis de solución, haciendo uso de su creatividad e innovación, que son estimuladas;
- seleccionan las hipótesis más viables y aprenden cómo aplicarlas a la realidad. Es la etapa del ejercicio práctico, para fijar el aprendizaje.

El siguiente gráfico, denominado esquema del arco, presenta las etapas más comúnmente recorridas por las metodologías problematizadoras:



## \* UN EJEMPLO DE EDUCACIÓN PROBLEMATIZADORA

Un grupo de enfermeras, que participan en un programa de reducción de la mortalidad y morbilidad maternas, quiere aprender a mejorar sus prácticas en el manejo del parto y el post-parto en el sector popular. ¿Cómo se aplica a este caso la pedagogía problematizadora?

### a. Observación de la realidad

Estudiando algunos antecedentes y estadísticas, las enfermeras se informan de que en la región las mujeres acuden a un servicio público de salud para el momento del parto en un 42,3% y que la ocurrencia de partos domiciliarios es de 57,2%. Los partos atendidos por médicos totalizaron 42,7%; atendidos por enfermera y auxiliar: 4,5%; por partera tradicional, 10,2%; y por un familiar, amigos u otros, 40,3%. No fueron atendidos por nadie el 2,3%.

El facilitador lleva a las enfermeras a una comunidad periurbana de esa misma región con muchos migrantes del área rural, y allí visitan el centro de salud y diversos hogares de la clase trabajadora. El objetivo es observar lo que ambos sistemas –el servicio público y el tradicional– ofrecen a la mujer, así como la interrelación, contradicción o mutua indiferencia entre ambos sistemas.

### b. Puntos o variables clave

Basadas en sus observaciones en terreno, las enfermeras identifican como importantes las siguientes variables, entre otras:

- posición de la mujer durante el parto;
- pudor o vergüenza;
- idioma hablado durante los procedimientos;
- uso de infusiones para estimular el trabajo de parto;
- acompañamiento o presencia de familiares;
- práctica de rasurado o de cirugía;
- ambiente físico y temperatura de la sala de parto;
- tiempo de espera para la expulsión de la placenta;
- cuidados madre-bebé.

### c. Teorización

Identificados los puntos clave por las enfermeras, con la ayuda del facilitador ahora estudian las relaciones entre ellos, de modo a comprender profundamente la situación-problema en su conjunto y sus relaciones con el entorno cultural y social. Recurren así a las informaciones científicas que puedan arrojar luz sobre dichas variables, leyendo textos e informes de investigación sobre obstetricia, farmacología, antropología, sociología, comunicación, etc., seleccionados por el facilitador. Las enfermeras, por ejemplo, identifican que las principales razones por las cuales las mujeres no asisten al sistema público de salud son:

- factores económicos: la comunidad desconoce el costo real de los servicios y no cuenta con los recursos económicos necesarios para acceder a ellos;
- factores culturales: no hay comunicación fluida entre los prestadores de servicios y las mujeres; no existe diálogo previo que ayude a adecuar los servicios a la realidad sociocultural de su comunidad.
- calidad de la atención: la situación de maltrato de parte del prestador de servicios hacia las mujeres es una de las quejas más importantes. Además de conductas médicas agresivas (uso de rasurado, enemas, frecuentes exámenes innecesarios, poca privacidad, ambientes fríos, ausencia de familiares, etc.);

- se nota ausencia de monitoreo y evaluación de los resultados de los servicios ofrecidos, principalmente sobre el nivel de satisfacción de las usuarias.

#### **d. Hipótesis de solución**

Con base en la comprensión del problema, las enfermeras formulan diversas recomendaciones para el sistema de servicios públicos de salud como un mayor diálogo entre usuarias y prestadores de servicios, para mejorar la calidad de la atención.

#### **e. Aplicación a la realidad**

Además de formular alternativas de solución, las enfermeras deciden aumentar su propio conocimiento de los aspectos étnico-culturales, así como el dominio de ciertas prácticas que pueden mejorar la calidad de la atención con los recursos con que se cuenta actualmente. Entre ellas: un buen trato a las parturientas; adaptación de la infraestructura y equipamiento de los servicios, por ejemplo: las diversas posiciones preferidas durante el parto; la importancia de un ambiente templado y protegido de corrientes de aire; el acompañamiento de familiares y más privacidad.

Como puede observarse en el ejemplo, la educación problematizadora favorece el desarrollo de la búsqueda de información; de la expresión y del diálogo; del pensamiento analítico; de la crítica y la autocrítica y la aplicación práctica de los conocimientos para resolver problemas o lograr mejores resultados.

### **\* LA CAPACITACIÓN**

Como parte de una estrategia de comunicación para la salud, suele ser necesario capacitar a los destinatarios y facilitadores en áreas tales como:

- conocimientos y técnicas biomédicas para la atención en salud;
- conocimientos de ciencias sociales que facilitan la comprensión de la cultura y la dinámica social;
- manejo de técnicas sociales tales como planificación, organización, comunicación, educación, evaluación;
- autoexpresión, empatía, liderazgo, ciudadanía, asertividad.

#### **¿Cómo planificar la capacitación?**

Los pasos que se suelen dar para montar una capacitación (curso, taller, jornada, etc.) responden a ciertas preguntas básicas.

**1. ¿Para qué y por qué es necesaria la capacitación?** Ejemplos: para mejorar la habilidad de los líderes comunitarios; para formar animadores socio-culturales; para aumentar el poder comunicacional de la comunidad, etc.

**2. ¿Cuál es la situación actual de los educandos?:** quiénes y cuántos son los candidatos; qué nivel de escolaridad poseen; cuál es su experiencia anterior; cuánto saben del asunto; qué actitudes tienen.

**3. ¿Cuáles son las necesidades educativas que hay que satisfacer?** Ejemplos: ideas equivocadas, falta de conocimientos necesarios, técnicas poco eficientes, valores y actitudes negativos.

**4. ¿Qué contenidos les conviene aprender?:** qué tienen que saber los educandos, qué tienen que saber hacer, qué nuevos valores y actitudes deben adquirir.



**5. ¿Qué situaciones de aprendizaje hay que crear o aprovechar? (metodología de aprendizaje).** Ejemplos: visitas de observación a otra comunidad, demostraciones de prácticas, jornadas de estudio, cursos, trabajo bajo la guía de una persona experimentada, etc.

**6. ¿Quiénes serán los capacitadores?:** ¿se cuenta con capacitadores o hay que contratarlos o prepararlos?

**7. ¿Con qué materiales didácticos se cuenta y cuáles hacen falta?** Ejemplos: afiches, láminas, cartillas, maquetas, videos, manuales, cintas grabadas; jeringas, balanzas, lentes de aumento; locales, campos, semillas, herramientas.

**8. ¿Cómo será la secuencia del aprendizaje?** ¿Se tendrá un currículo o programa preestablecido o bien se irán estudiando problemas a medida que vayan surgiendo?

### **Un ejemplo**

Al planear la capacitación de jóvenes de las comunidades rurales para la formación de promotores comunitarios de salud, los organizadores recordaron que las personas tienden a enseñar en la misma forma en que fueron enseñadas. O sea, si un joven rural aprende en un curso estructurado, cuando vuelva a su comunidad rural va a imitar la forma en que aprendió. Esto no era deseable, pues se reduciría significativamente la aceptación del promotor por parte de la comunidad.

Se resolvió entonces experimentar un curso sin currículo. Los participantes tomaban cada día un determinado problema de salud y describían primero los nombres populares dados a ese problema, los efectos, las formas actuales de combatir el problema, los resultados logrados, etc. Después se analizaban las propuestas biomédicas y se comparaban los resultados. Eventualmente se llegaba a una síntesis del saber tradicional y el saber biomédico, se aprendían las técnicas recomendables y se estudiaba la mejor forma de comunicar esta síntesis a la comunidad.

**9. ¿Qué aspectos del aprendizaje serán evaluados?** Tradicionalmente suele evaluarse apenas el cambio de los conocimientos anteriores por nuevos conocimientos. Pero actualmente se da también mucha importancia a los cambios de valores y actitudes; cambios de habilidades; cambios de percepción de sí mismos y de autoestima; cambios de comportamiento individual y grupal.

**10. ¿Qué instrumentos y/o indicadores serán usados para evaluar los cambios?** Ejemplos: autoevaluación por cada educando; evaluaciones grupales; concepto del facilitador sobre el educando; panel de jueces elegidos por la comunidad; cuestionarios; escalas; demostraciones prácticas de dominio.

**11. ¿Qué detalles logísticos tienen que ser previstos?** Ejemplos: calendario, horario, comidas, alojamiento, transporte, diversiones, etc. ¡Y naturalmente la fiesta de final de curso!

## **Contribuciones de la pedagogía**

De los libros "Educar con sentido", de Daniel Prieto Castillo, y "Los materiales de autoaprendizaje. Marco para su elaboración", de Mario Kaplun, extraemos las siguientes ideas útiles para la capacitación.

1. Dedicar tiempo a despertar y mantener la atención y el interés de los participantes. Algunos recursos posibles para esto:

- para despertar el interés por buscar solución a los problemas que vive la gente local en relación al tema, presentar escenas, tal vez dibujadas o teatralizadas, a veces con un poco de humor, en las que dichos problemas se manifiestan;
- relanzar las preguntas que se hacen los destinatarios respecto del tema: lo que no

- saben –o saben poco– y quisieran saber;
- mostrar la utilidad de conocer el tema: la aplicación del mismo en sus vidas concretas;
  - partir de una experiencia vivencial: presentar una situación dramática, problemática, relacionada con el tema;
  - si en la prealimentación se ha comprobado que el tema es percibido por los aprendices como interesante y útil pero difícil de comprender, explicitar esa dificultad para alejar sus temores desde el inicio: animarlos, dándoles confianza en sus capacidades y haciéndoles sentir ese aprendizaje como un desafío que vale la pena enfrentar.
2. Recordando que muchos jóvenes y adultos de los sectores populares tienen poco hábito de abstracción, organizar los contenidos en una secuencia lógica que va:
- de lo más concreto a lo más abstracto (de lo práctico a lo teórico);
  - de lo particular a lo general;
  - de lo local y próximo al contexto de los educandos a lo más alejado.
- Pero para ser significativo el aprendizaje de cada contenido debe culminar con una reflexión que permita conceptualizar lo aprendido, es decir, entenderlo de una forma más general y con una cierta abstracción.
3. Estimular la actividad del educando mediante ejercicios prácticos: buscar, observar, explorar, experimentar, investigar, reflexionar, discutir, consultar con otros. Ejemplos:
- entrevistar personas del lugar (mecánicos, artesanos, constructores, agricultores, médicos, enfermeros, parteras);
  - entrevistar ancianos para reconstruir la historia de la comunidad;
  - buscar información en periódicos y revistas sobre temas de salud.
4. Relacionar los nuevos conocimientos con los conocimientos previos de los participantes. Rescatar sus experiencias de vida y de trabajo. Identificar en ellas lo que él/ella debe “desaprender” para problematizarlo, reverlo y modificarlo.
5. Desarrollar la competencia comunicativa y enseñar a trabajar en grupo. Ambas son habilidades esenciales para la comunicación en salud.
6. Variar los métodos de enseñanza-aprendizaje así como los recursos audiovisuales: por eficaz y estimulante que sea un método o un apoyo didáctico, si se lo repite mucho se torna monótono y deja de provocar y mantener la atención.
7. No presentar a los participantes problemas demasiado difíciles y más bien manejar los cambios con gradualidad y paciencia. Ciertos conceptos pueden estar todavía más allá de la capacidad de los educandos. Se hace preciso construir puentes y eslabones intermedios.
8. Acentuar siempre los avances del educando y nunca herir su autoestima con adjetivos peyorativos o críticas en público. Está comprobado que el crecimiento de la autoestima está relacionado con la apertura al aprendizaje.
9. Preferir el discurso narrativo al meramente enunciativo, apelando a seres y situaciones humanas. Si hablamos de alimentos, no hablemos sólo de las semillas y los productos; no nos olvidemos de quienes los producen. Es más interesante estructurar el discurso a la manera de un relato y no de una lección técnica.



## ***IX - EL PLAN OPERATIVO DE COMUNICACIÓN EN SALUD***

La estrategia de comunicación debe traducirse en un plan operativo, que contenga las actividades concretas que se elijan para cumplir los objetivos de la estrategia.

Los principales componentes del plan operativo de comunicación son:

1. introducción y justificación;
2. objetivo general;
3. estrategias;
4. objetivos específicos;
5. estructura de organización y coordinación;
6. resultados esperados;
7. públicos prioritarios;
8. actividades;
9. combinación de medios de comunicación;
10. producción de los materiales;
11. investigaciones necesarias;
12. cronograma;
13. mecanismos de monitoreo, realimentación y reajuste;
14. presupuesto y las fuentes de recursos;
15. capacitación de los facilitadores;
16. evaluación final;
17. informe sobre la estrategia.

A continuación se presenta, solamente a título de orientación, algunos aspectos del plan operativo de comunicación para la lucha contra el dengue. El ejemplo no constituye un modelo a seguir sino una de las muchas formas de planificar las actividades de comunicación.

### ***\*EJEMPLO: PLAN OPERATIVO DE COMUNICACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA EL DENGUE***

#### **(1) Introducción**

Este plan operativo de comunicación es parte de una estrategia nacional de lucha contra el dengue, cuyos objetivos técnicos ya han sido definidos y cuyo diagnóstico de situación ya ha sido realizado. Lo que este plan operativo pretende es definir la forma práctica de ejecutar la estrategia.

#### **(2) Objetivo general**

Contribuir a la lucha contra el dengue mediante la obtención del apoyo y la legitimación de las autoridades políticas y la promoción de los cambios necesarios de conocimientos, actitudes y comportamientos de la población.

### (3) Estrategia

Se aplicará el abordaje que integra tres subestrategias: apoyo y legitimación, movilización social y programa multimedios.

En consecuencia, se procurará conseguir el involucramiento activo de las instituciones relevantes de la sociedad, en el sentido de que cada una de ellas formule su propia estrategia de comunicación para su público interno, es decir los grupos relacionados con la institución.

Se buscará asimismo, utilizando todos los medios de comunicación adecuados, que los grupos organizados de la población se comuniquen entre sí en sus respectivas localidades y esferas de acción, con el fin de que diagnostiquen su respectiva situación con respecto al dengue, acuerden soluciones conjuntas y soliciten la asistencia de los organismos estatales de salud para realizarlas.

#### Objetivos específicos

**Objetivo 1:** que las autoridades nacionales, departamentales y municipales declaren prioritaria la lucha contra el dengue y la estrategia comunicacional correspondiente y garanticen recursos técnicos y financieros para su ejecución.

**Objetivo 2:** que las principales instituciones de la sociedad, en nivel nacional, departamental y municipal, se adhieran a la estrategia nacional de comunicación contra el dengue y desarrollen estrategias propias con los grupos y personas a ellas relacionados.

**Objetivo 3:** que los grupos de riesgo de la población se comuniquen entre sí, adquieran conocimientos y adopten actitudes y comportamientos favorables a la prevención y combate del dengue.

**Objetivo 4:** que sean establecidas políticas públicas dirigidas a evitar o mitigar el problema del dengue en el país.

Cada uno de estos objetivos específicos se traduce en resultados concretos. Y cada resultado es logrado mediante actividades y medios de comunicación.

### 3. Resultados esperados

**Objetivo específico 1:** que las autoridades nacionales, departamentales y municipales declaren prioritaria la estrategia comunicacional y garanticen recursos técnicos y financieros para su ejecución.

**Resultado 1:** el gobierno nacional y los gobiernos departamentales y municipales declaran de interés público prioritario la lucha contra el dengue y la estrategia comunicacional y aprueban la utilización de recursos oficiales para apoyar dichos esfuerzos.

PÚBLICOS	MENSAJES	ACTIVIDADES	MEDIOS DE COMUNICACIÓN
Presidente de la república	Informes médicos y epidemiológicos. Consecuencias económicas.	Audiencia solicitada	Reunión en el Palacio de Gobierno.
Ministros	Aprobación presidencial	Reunión de gabinete	Entrega de informes técnicos.
Gobernadores	Aprobación presidencial y ministerial, Situación departamental	Reunión con Gobernador y Junta Departamental	Documento de informe técnico. Recortes periodísticos. Noticiero TV.
Intendentes	Aprobación presidencial, ministerial y departamental, Situación local	Reunión de la Junta Municipal e intendente	Informes técnicos. Recortes periodísticos. Noticiero TV.

**Resultado 2:** se establece una coordinación efectiva entre los diversos sectores oficiales y de la sociedad civil para conseguir sinergia y eficacia en la lucha contra el dengue.

<b>PÚBLICOS</b>	<b>MENSAJES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>
Organismos del Estado y organizaciones sociales relevantes en la lucha contra el dengue	No se puede luchar contra el dengue cada uno por separado y por su cuenta. El gobierno y la sociedad civil necesitan coordinar sus esfuerzos de comunicación	Creación del Comité Coordinador de la Estrategia de Comunicación contra el Dengue.  Creación de unidades operativas de lucha contra el dengue en los departamentos y municipios.  Reuniones semanales de las unidades operativas.	Elaboración de un reglamento para el funcionamiento de los comités coordinadores.  Distribución y estudio del reglamento.  Elaboración de informes e intercambio de los mismos entre los diversos comités.

**Objetivo específico 2:** que las principales instituciones de la sociedad, en nivel nacional, departamental y municipal, se adhieran a la estrategia nacional de comunicación contra el dengue y desarrollen estrategias propias con los grupos y personas a ellas relacionados.

**a. Resultado 1:** participan activamente en el programa de comunicación contra el dengue las instituciones sociales relevantes de la sociedad, desarrollando sus propias estrategias de comunicación.

<b>PÚBLICOS</b>	<b>MENSAJES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>
a. Asociaciones de trabajadores de la salud (médicos y otros). b. Juntas vecinales. c. Asociaciones de maestros. d. Sindicatos obreros. e. Organizaciones campesinas. f. Iglesias. g. Cooperativas. h. Policía i. Militares j. Bomberos. k. Escuelas, colegios y universidades. l. Asociaciones de comerciantes y empresarios. m. Clubes de servicio (Rotary Club, Leones). n. Consejos de Salud.	El dengue sólo será vencido si todas las organizaciones de la sociedad promueven la participación de todas las personas y grupos relacionados con ellas en la lucha contra el dengue.	Reuniones, seminarios, cursos, eventos para captación de recursos.  Mingas ambientales	Todos los medios grupales y masivos disponibles.

**Resultado 2:** miembros de las instituciones sociales participantes son capacitados sobre los objetivos conductuales de la comunicación y sobre los métodos, técnicas y materiales que se aconseja utilizar en la tarea de prevención.

PÚBLICOS	MENSAJES	ACTIVIDADES	MEDIOS DE COMUNICACIÓN
Instituciones sociales participantes.	Recomendaciones de prácticas de lucha contra el dengue.	Autodiagnóstico realizado por los grupos internos o relacionados con la institución. Cursos breves, charlas.	Distribución de cartillas, afiches, guía de planificación de estrategias de comunicación en salud.

**Objetivo específico 3:** que la población en general, y en especial los grupos de riesgo, adquieran y adopten conocimientos, actitudes y comportamientos favorables a la lucha contra el dengue.

**Resultado 1:** \_\_% de los grupos de riesgo de la localidad o región se intercomunican entre sí para diagnosticar la situación del dengue y adoptan soluciones viables.

PÚBLICOS	MENSAJES	ACTIVIDADES	MEDIOS DE COMUNICACIÓN
Grupos de riesgo.	Como el dengue es transmitido por el mosquito Aedes Aegypti, que se reproduce en el agua limpia estancada, evitar su reproducción en cubiertas, planteras, latas y otros recipientes.	Mingas ambientales.	Pasacalles, radios comunitarias.

**Resultado 2:** los siguientes objetivos conductuales son adoptados por la población.

PÚBLICOS	CONOCIMIENTOS	ACTITUDES	COMPORTAMIENTOS
Habitantes de zonas de alto índice de infestación.	El dengue es una enfermedad muy grave que puede matar, pero es prevenible si se eliminan los criaderos del mosquito transmisor. No hay medicamentos naturales que curen el dengue.	No debe automedicarse.	Acudir inmediatamente al centro de salud si sospecha que está con dengue. Reposo en cama, con mosquitero. Tomar mucha agua todo el tiempo.

	<p>El mosquito se reproduce sólo si hay aguas estancadas.</p> <p>Las botellas vacías, planteras, cubiertas, flores, cántaros, tanques, latas y cualquier agua estancada son criaderos potenciales.</p>	<p>Creer que el dengue solo se transmite por la picadura del mosquito Aedes Aegypti, <b>y de ninguna otra forma.</b></p>	<p>Eliminar recipientes donde pueda acumularse agua. Tapar los tanques o recipientes donde se guarda agua para consumo.</p> <p>Usar mosquitero. Usar repelentes en la piel.</p>
	<p>Los criaderos del mosquito se pueden encontrar en cualquier lugar de la casa o del barrio.</p>	<p>La lucha contra el dengue no puede ser sólo individual, tiene que ser comunitaria. <b>Si la comunidad está libre de criaderos, es seguro de que allí no va a haber dengue.</b></p>	<p>Participar en las mingas ambientales.</p>
	<p>Los síntomas del dengue son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fiebre alta, sobre 39°;</li> <li>- dolor de cabeza;</li> <li>- dolores musculares y articulares;</li> <li>- dolor detrás de los ojos;</li> <li>- pérdida de apetito, náuseas y vómito;</li> <li>- decaimiento;</li> <li>- brote o erupción en la piel (tipo puntitos rojos).</li> </ul>	<p>Algunos de estos síntomas ocurren también con otras virosis que no son dengue. Puede ser una simple gripe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- acudir al servicio de salud;</li> <li>- cumplir las recomendaciones del profesional de salud.</li> </ul>

**Objetivo específico 4:** que sean establecidas políticas públicas dirigidas a evitar o mitigar el problema del dengue en el país.

**Resultado 1:** el Parlamento Nacional aprueba legislación adecuada y normas efectivas para la prevención y el control del dengue.

PÚBLICOS	MENSAJES	ACTIVIDADES	MEDIOS DE COMUNICACIÓN
<p>Parlamentarios. Organizaciones populares. Partidos políticos.</p>	<p>El país necesita leyes adecuadas para prevenir y controlar el dengue.</p>	<p>Cabildeo junto a los parlamentarios. Debates en las universidades. Estudio evaluatorio de la última epidemia de dengue (2007).</p>	<p>Prensa, radio y TV. Entrevistas en TV con autoridades. Charlas en organizaciones sociales en todo el país. Publicación de resultados de la evaluación de la lucha contra el dengue en 2007.</p>

**Resultado 2:** \_\_\_\_\_% de la población conoce la ley de lucha contra el dengue y \_\_\_\_\_% está organizado para asegurar su cumplimiento.

<b>PÚBLICOS</b>	<b>MENSAJES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>
Toda la población.	Ya tenemos una ley contra el dengue. Vamos a organizarnos y a luchar para asegurar su cumplimiento.	Lobby para presupuesto adecuado. Creación de grupos contra el dengue en todo el país.	Medios masivos. Debates en las organizaciones sociales.

#### **4. Estructura de organización y coordinación**

Dado el carácter nacional (regional, local) de la estrategia, las instituciones participantes acuerdan establecer la siguiente organización: en la capital funcionará una coordinación general de la estrategia participativa de comunicación, con sede en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, y se instalarán puntos focales en las Regiones Sanitarias y servicios locales de salud. Se establecerán las funciones de estos núcleos así como sus mecanismos de coordinación con otras instituciones públicas y privadas para instalar unidades operativas de lucha contra el dengue, en todas las comunidades del país.





## ***X - MECANISMOS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN***

Tanto evaluar como monitorear son mecanismos informativos que todo sistema debe tener para saber si está caminando o no hacia sus objetivos. La diferencia está en que la evaluación es más rigurosa y cuantitativa, se concentra en aspectos estratégicos y se realiza en momentos clave. El monitoreo, en cambio, consiste en la vigilancia permanente de los diferentes componentes de la estrategia de comunicación, se concentra en aspectos tácticos, tanto cuantitativos como cualitativos. Además está decir que ambos procesos son complementarios y no antagónicos o separados.

Se acostumbra distinguir cuatro niveles o focos en la evaluación y el monitoreo:

- **la situación inicial o línea de base:** equivale al diagnóstico de necesidades de los diversos grupos que constituyen el público, sobre cuyos datos se realiza el planeamiento de la estrategia;
- **el proceso:** se observan y analizan las acciones de la estrategia;
- **los resultados:** se miden e interpretan los logros de la estrategia, es decir, se comparan los resultados obtenidos con los programados;
- **el impacto:** se refiere a los resultados o efectos a largo plazo.

Tanto el monitoreo como la evaluación deben estar previstos en el plan operativo de comunicación y no realizarse de modo improvisado.

### **\* ¿QUÉ SE EVALÚA Y QUÉ SE MONITOREA?**

Decíamos que se evalúan aspectos estratégicos tales como:

- grado de cumplimiento de los objetivos. Cambios significativos producidos en los públicos y en su ambiente;
- adecuación de los objetivos a las demandas y necesidades de la población y a las características del problema abordado por la estrategia;
- razones del éxito del proceso y del no cumplimiento de algunos objetivos;
- contribución relativa de las diversas subestrategias al cumplimiento de los objetivos;
- necesidades de cambios estructurales en el sistema;
- necesidad de cambio de los objetivos de la estrategia;
- impacto (efectos a mediano y largo plazo) que la estrategia tuvo sobre sus públicos y su ambiente.

### Se monitorean aspectos tácticos como:

- funcionamiento del sistema de producción, distribución y utilización de los materiales de comunicación;
- cumplimiento de las pautas de los medios masivos involucrados en la estrategia (especialmente los contratados);
- efectos de los mensajes en los públicos destinatarios, posibles reacciones negativas o problemas de comprensión, para ajustar mejor los mensajes;
- calidad y eficacia de la capacitación del personal de salud, los promotores de salud;
- nivel de coordinación entre las diferentes instituciones participantes en la estrategia de comunicación;
- apoyos y colaboraciones que se consiguen y cómo son utilizados los voluntarios.

## \* **¿CÓMO SE EVALÚA Y CÓMO SE MONITOREA?**

El objetivo de ambos procesos es verificar los efectos de la estrategia. Por consiguiente, se trata de utilizar indicadores que demuestren que los cambios han tenido lugar.

### **Indicadores de resultados**

Se compara la línea de base con la situación posterior a la estrategia de comunicación. Por ejemplo, en la evaluación de base se observó que el 15% de las gestantes conocía los signos de alarma durante el embarazo, mientras que después de la estrategia de comunicación este porcentaje llegó a 35%.

### **Indicadores de impacto**

La evaluación de impacto estudia asuntos de mayor alcance relacionados con el mejoramiento de la calidad de vida de la población como efecto de la estrategia. Por ejemplo: “después de seis meses de terminada la estrategia de comunicación, ¿la población continúa las prácticas de salud recomendadas?”.

## **EN RESUMEN**

La evaluación diagnóstica nos permite reconocer las necesidades del grupo de riesgo en relación al problema de salud, para así buscar la mejor forma de resolverlo, mediante el monitoreo podremos saber si la estrategia de intervención seleccionada se ha desarrollado de manera eficaz. La evaluación de resultados nos demostrará si con la intervención se ha contribuido a solucionar el problema de salud identificado; y la evaluación de impactos nos permitirá examinar hasta qué punto hemos logrado los objetivos conductuales esperados.

### **Ejemplos de indicadores cuantificables**

Se mide numéricamente algunos aspectos que pueden indicar progresos o desvíos de nuestra estrategia:

- personas entrenadas en nuevas técnicas de comunicación en salud;
- *spots* radiales o televisivos difundidos;
- materiales impresos y afiches preparados, distribuidos y utilizados;
- cantidad del público destinatario que entiende los materiales;
- personas que adoptaron nuevos comportamientos saludables y abogan por ellos;

- personas del público destinatario que han aumentado su acceso a los servicios de salud;
- actividades culturales llevadas a cabo;
- organizaciones comunales participantes en actividades de comunicación comunitaria.

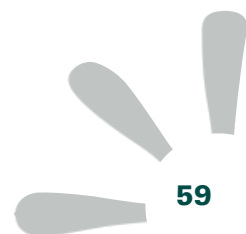
En cuanto a las técnicas de monitoreo se pueden mencionar las siguientes.

#### **Para monitorear efectos de los mensajes:**

- entrevistas rápidas para indagar sobre la percepción que tienen los distintos sectores del público;
- sondeos a los usuarios de los centros o puestos de salud;
- grupos focales para detectar confusión, incompreensión, antagonismo, etc., provocados por los mensajes.

#### **Para monitorear aspectos logísticos:**

- visitas de sorpresa a puntos de distribución de materiales;
- escucha de emisoras que difunden mensajes de la estrategia para comprobar si los difunden de acuerdo a lo convenido;
- conversación con educadores populares sobre cómo se están utilizando los materiales de la estrategia.





## ***XI - EL PRESUPUESTO DE LA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN***

Es necesario recordar que las actividades de comunicación cuestan dinero, por lo cual debe calcularse los recursos financieros que hacen falta. La siguiente lista incluye los gastos que suelen ser necesarios en una estrategia de comunicación.

- Salarios del personal.
- Impresión de materiales gráficos (afiches, folletos, volantes, pasacalles, etc.).
- Producción de materiales audiovisuales (redacción del guión, grabación, edición, etc.).
- Distribución de materiales (embalaje, transporte, correo).
- Viajes a los lugares donde se realizan actividades (transporte, viáticos).
- Servicios de terceros.
- Pago de espacios en medios de difusión masivos (prensa escrita, radio, tv y otros).
- Alquiler de equipos de sonido y de amplificación.
- Alquiler de locales.
- Transporte y alimentación.
- Comunicaciones (teléfono, internet, página web, correo).
- Uso de vehículos (combustible, alquiler).
- Compra o alquiler de equipos (grabadoras, proyectores, fotocopiadoras).
- Materiales de escritorio.
- Impresión y distribución de informes.
- Otros.

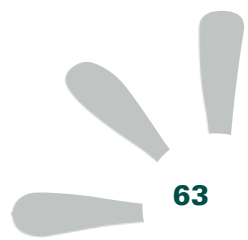
Dado el dinamismo de las actividades de comunicación, es conveniente tener suficiente autonomía para efectuar los pagos necesarios, por lo cual resulta conveniente disponer de una caja chica que permita resolver sin burocracia problemas inesperados en el terreno.



# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academy for Educational Development. **Healthcom, communication and marketing for child survival project. A toolbox for building health communication.** Washington DC. AED, 1995.
- Asociación Benéfica Prisma, Apoyo. **Estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas. Lima, Perú, Ministerio de Salud,** Proyecto Salud y Nutrición Básica, 1995.
- Beltrán, Luis Ramiro. **Planificación estratégica de la comunicación para el desarrollo. Mimeo,** sin fecha. 20 p.
- Catchpole, Jane. **Comunicando con material gráfico.** Maputo, Mozambique, WFO (Welfriedensdienst), 1994.
- De Zutter, Pierre. **¿Cómo comunicarse con los campesinos?** Lima, Perú, Editorial Horizonte, 1980.
- Debus, Mary y Novelli, Porter. **Manual para la excelencia en la investigación mediante grupos focales.** Washington DC, Academia para el Desarrollo Educativo. Health Com. s.f.
- Díaz Bordenave, Juan y Martins Carvalho, Horacio. **Planificación y comunicación.** Quito, Ciespal, 1978.
- Díaz Bordenave, Juan. **Participación y sociedad.** Buenos Aires, Editora Búsqueda, 1983.
- Díaz Bordenave, Juan. **Qué es la comunicación rural. Fundamentos y desafío.** Ciudad de México, Editorial Barranquilla, 1996.
- Díaz Bordenave, Juan y Martins Pereira, Adair. **Estrategias de enseñanza-aprendizaje.** San José, Costa Rica, Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), 3ª. Ed. 2005.
- Díaz Bordenave, Juan y Martins Pereira, Adair. **Estrategias de enseñanza-aprendizaje.** San José, Costa Rica, Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), 3ª. Ed. 2005.
- Díaz Bordenave, Juan y Candia, Mirian. **Propuesta de estrategia IEC para el programa “Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres” de la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República del Paraguay.** Informe de consultoría, Asunción, 2006.
- Flores Bedregal, Teresa. **Comunicación para el desarrollo sostenible.** La Paz, Bolivia, Plural/Lidema, 2002.
- García Nuñez, José. **Evaluación de programas de planificación familiar. Guía detallada para administradores.** Bogotá, Colombia, Profamilia/Pathfinder, 1995.
- Kaplun, Mario. **Los materiales autoinstructivos.** Santiago de Chile, Unesco/Orealc.
- Kaplun, Mario. **Los materiales de autoaprendizaje. Marco para su elaboración.** Santiago, Chile, Oficina Regional de la Unesco, s.f.

- Kotler, Philip y Armstrong, Gary. **Fundamentos de mercadotecnia**. México D.C., Prentice Hispanoamericana, 1991.
- Massoni, Sandra. **La comunicación como herramienta estratégica en los planes de desarrollo rural**. Pergamino, Argentina, Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA), 1990.
- McKee, Nelly. **Social mobilization and social marketing in developing communities: lessons for communicators**. Penang, Southbound, 1992.
- Ministerio de Salud del Perú. **Taller de validación de materiales de comunicación y técnicas de recolección de información**. Lima, Perú, Proyecto Salud y Nutrición Básica, Componente IEC, 1997.
- Ministerio de Salud del Perú. Convenio Perú-BIRF. **Guía del planificador IEC. Planeamiento estratégico de la comunicación educativa**. Proyecto Salud y Nutrición Básica, Lima, Perú, 2000, 139 p.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. **Estrategia nacional IEC para la promoción de la salud integral. 1999-2003**. Asunción, 1999.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. **Reunión subregional del cono sur de evaluación de estrategias de comunicación y movilización social en el control del dengue**. Asunción, Dirección General de Promoción de la Salud, mayo 2000.
- Obregón, Rafael. **Estrategias de comunicación para la salud integral en la infancia: guía metodológica para su desarrollo**. Washington D.C., 2005.
- Organización Panamericana de la Salud. **Estrategias de comunicación para la salud integral de la infancia. Guía metodológica para su desarrollo**. Washington, DC.
- Organización Panamericana de la Salud. **Seminario taller internacional de experiencias en comunicación y salud de la niñez. Lecciones aprendidas, retos y nuevas direcciones**. Washington D.C. OPS, 1993.
- Organización Panamericana de la Salud. **Manual de comunicación social para programas de salud**. Washington D.C., Programa Promoción de la Salud (HPA), 1992.
- Parks, Will y Lloyd, Linda. **Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del dengue: guía paso a paso**. Washington D.C. Organización Mundial de la Salud, 2004.
- Prieto Castillo, Daniel. **Educación con sentido**.
- Rodríguez, C. ; Obregón, R. y Vega, J. **Manual de estrategias de comunicación para el cambio social**. Quito, Ecuador, Fundación Friedrich Ebert, 2002.
- Unicef. **Investigación cualitativa sobre el impacto de las campañas de EDA, IRA e inmunizaciones realizadas por el Ministerio de Salud**. Lima, Perú, 1997.
- Unicef. **Caja de herramientas metodológicas: taller de planeamiento estratégico de la comunicación educativa**. Lima, Perú, 2002.
- Universidad John Hopkins. **Taller de planeamiento estratégico de comunicación en salud reproductiva**. Quito, Ecuador, 1995.
- Valdivia, Leonel y Aller Atucha, Luis. **Manual de técnicas para una estrategia de comunicación en salud**. Serie Paltex para técnicos médicos y auxiliares. N. 11, Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, 1985.
- Werner, David y Coger, Bill. **Cómo ayudar a los trabajadores de salud a aprender. Un libro de métodos, recursos e ideas para instructores en las comunidades rurales**. Palo Alto, California, EE. UU., The Hesperian Foundation, 1991.





**Guía de  
planificación  
participativa  
de**

**ESTRATEGIAS DE  
COMUNICACIÓN  
EN SALUD**