

**Aportes para la Formulación de una  
Política de Comunicación para la Promoción  
de la Salud en América Latina**

**Luis F. Vélez (Editor)**

Conclusiones de la Reunión del Comité Asesor en Comunicación para los Ministerios de Salud Pública

Quito, Ecuador, Septiembre de 1993

Programa de Comunicación Social en Salud  
División de Promoción y Protección de la Salud  
Organización Panamericana de la Salud  
Organización Mundial de la Salud  
OPS/OMS  
Washington, D.C.

Oficina del Consejero Regional en Comunicación para América Latina  
Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura  
UNESCO  
Quito, Ecuador

Julio de 1994

## Prefacio

La Región de las Américas tiene una carga doble proveniente de las enfermedades tradicionales del subdesarrollo, todavía no controladas, y de un aumento constante de las enfermedades degenerativas no transmisibles. A esto se suman la nueva epidemia de infección por el VIH y el SIDA y las numerosas amenazas para la mente y el cuerpo provenientes de unas condiciones de vida cada vez más violentas y del deterioro de los ambientes urbanos. Las políticas de ajuste económico, necesarias como condición para recibir créditos en el futuro, exigen considerables reducciones en el gasto público sectorial, con cortes desproporcionados en las asignaciones para educación, salud y servicios sociales.

La promoción y la protección de la salud, aunque no constituyen una solución instantánea, pueden ser la única posible para las necesidades de salud de las Américas. La promoción y la protección de la salud atraen a aliados fuertes a una batalla antigua, al formar una nueva asociación con individuos y comunidades en lo relativo a la salud. La promoción y la protección de la salud obtienen sus recursos de los aspectos fuertes de individuos y comunidades para prevenir la enfermedad y mejorar la calidad de la vida, desencadenando quizás la única fuerza capaz de crear un nuevo perfil de salud para las Américas durante el siglo XXI.

Los retos que debe encarar el desarrollo de la promoción y la protección de la salud surgen de otros más amplios que se plantean a la salud en general. Los Gobiernos Miembros se encuentran ante el inquietante desafío de conciliar las medidas económicas necesarias para remediar la crisis de la "década perdida" con las necesidades masivas de cantidades crecientes de sus ciudadanos que viven en la pobreza. La salud desempeña una función importante y dual en este reto.

Es obvio que frente a las descomunales y urgentes metas de la promoción de la salud, las capacidades y los recursos para la asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud y el UNESCO, parezcan insuficientes. El éxito de la cooperación técnica en la promoción y protección de la salud depende de la capacidad para fomentar experiencias locales e individuales, así como experiencias colectivas a nivel político.

En este sentido, la comunicación juega un rol importante para el desarrollo de una sociedad, en la democratización de la información y el conocimiento de salud. Así como en su posibilidad de influenciar todas las fuerzas de la comunidad para lograr la definición de políticas públicas saludables, facilitando los debates comunitarios sobre las necesidades y alternativas a aplicar para buscar bienestar común.

Es en este marco de la promoción de la salud que se entiende el debate de las políticas de comunicación social en salud para los ministerios de salud.

La OPS y la UNESCO reconocen la valiosa colaboración de los participantes de la reunión y con gratitud agradecen la edición y redacción del Dr. Luis Fernando Vélez y las revisiones y contribuciones de los Dres. Elizabeth Fox y Hernando Bernal.

Dra. Helena E. Restrepo, Directora  
Sr. Alejandro Alfonzo

## **Introducción**

Si la salud es un derecho universal y fundamental, según se afirma en los principios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entonces la comunicación para la salud --o sea, compartir los conocimientos y prácticas que puedan conducir a una mejor salud-- es una obligación de los ministerios de salud de toda la Región. La comunicación para la salud abre las puertas y ventanas de los hospitales y consultorios y lleva los mensajes que pueden salvar vidas y aumentar el bienestar en los hogares y comunidades de todo el país, incluso en aquellos que raras veces ven a un médico o a una enfermera. La comunicación para la salud pone los instrumentos e información necesarias para vivir una vida mejor, directamente en las manos de quienes más lo necesitan: el paciente, la madre, el proveedor de atención de salud y la comunidad.

Los ministerios de salud, han presenciado la repercusión de los principios de la comunicación para la salud con el desarrollo de programas de comunicación contra el cólera y el flagelo letal del VIH y el SIDA, o sea, promoviendo prácticas destinadas a reducir su implacable propagación a todo el mundo. Los ministerios de salud han observado la reducción del tabaquismo en aquellas sociedades que han emprendido campañas de información pública contra esta droga que apremia a nuestros jóvenes y diezma las filas de nuestros adultos. Y han seguido con esperanza el éxito de la lucha contra otros peligros que acechan a personas jóvenes y sanas, como la violencia y el alcohol, que sin embargo pueden ser eliminados con los instrumentos de la educación, la información y la comunicación.

Por ser la institución gubernamental a la que se ha confiado el derecho sagrado de la salud, el ministerio de salud debe levantar la bandera de la meta de coordinar la comunicación para la salud en nuestros países. Aunque ésta no es una tarea fácil, se reconoce que ya se han dado pasos en la dirección correcta. Lo que se necesita es un marco integral de política para coordinar las medidas tomadas y proporcionar continuidad y retroalimentación al largo y arduo proceso de adoptar la comunicación para la salud como un elemento esencial de todos los programas. Este proceso también incluye el estudio y evaluación de la eficacia de los programas sobre comunicación para la salud con el objeto de responder a nuevos desafíos con métodos y tecnologías idóneos.

## **Antecedentes**

La comunicación para la salud une a nuevos y poderosos aliados en la antigua batalla por la salud. La comunicación para la salud, que se define como la comunicación en el sentido más amplio de la palabra, agrupando nuevos canales y medios y trascendiendo los programas educativos tradicionales, es un diálogo, un nuevo pacto entre los ministerios de salud de las Américas y los pueblos a los que sirven. Es una promesa de educar, informar, convencer y explicar, así como de escuchar. La comunicación para la salud le proporciona a individuos y comunidades las ventajas y recursos necesarios para prevenir enfermedades y mejorar la calidad de su vida. Las fuerzas que desencadena la comunicación para la salud son muy necesarias para traer a nuestro continente un nuevo perfil de salud, una cultura de la salud, en el Siglo XXI. En Santa Fe de Bogotá, en noviembre de 1992, 550 representantes de 21 naciones se reunieron para asistir a la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, la primera conferencia de esta naturaleza que se celebra en una región en desarrollo, en la cual se le asignó un papel prominente a la comunicación social en salud. Las Américas piden la igualdad en la salud y nuevos instrumentos para

combatir las enfermedades tradicionales del atraso y la pobreza, así como las nuevas enfermedades resultantes de la urbanización y la industrialización. La comunicación para la salud es uno de esos instrumentos.

## **Política de comunicación social en salud en los ministerios de salud**

¿Qué constituye una política de comunicación para la salud? Se propone el siguiente marco para discusión:

### **A. Componentes básicos**

#### **1. Misión**

Entre los componentes básicos o marco de trabajo de una política de comunicación para la salud, la misión de la política es primordial. La misión consiste en velar por que las actividades eficaces en comunicación para la salud formen parte integral de todos los programas diseñados para promover la salud, mejorar la calidad de la vida y fomentar ambientes sanos. Esta misión de la comunicación para la salud, aunque independiente de las ya tradicionales en materia de información pública y relaciones públicas del ministerio y la producción de material docente formal para la educación sanitaria, está coordinada con ellas. La comunicación para la salud brinda a estos programas tradicionales un nuevo enfoque de creatividad cultural y participación social, así como los recursos de muchos medios diferentes a nivel individual, comunitario y nacional.

La misión de la comunicación para la salud debe estar integrada en los programas del ministerio a todos los niveles. La cuestión no es dónde debe ubicarse la oficina de comunicación para la salud, sino qué actividad en comunicación para la salud se ha de llevar a cabo en todos y cada uno de los programas del ministerio. Un marco de política sobre comunicación para la salud es una oportunidad para reformar la administración pública proporcionando un nuevo instrumento a todos sus programas. El resultado debe ser un ministerio más eficiente y eficaz, no necesariamente uno más grande.

#### **2. Recursos**

Al mismo tiempo, para que sea eficaz, cualquier política debe disponer de todos los recursos necesarios. Aunque el potencial de la comunicación para la salud existe a muchos niveles dentro del ministerio y la administración pública de la salud, estas aptitudes se deben coordinar y se les deben asignar los fondos necesarios, recursos y adiestramiento de personal, a fin de poder llevar a cabo las campañas.

#### **3. Coordinación y dirección**

La coordinación y dirección son, por consiguiente, componentes clave del marco de política que le permiten al sector de salud pública funcionar eficazmente con un gran número de instituciones privadas y públicas.

La comunicación para la salud puede aprovechar los recursos y la experiencia de las empresas de la comunicación de la región. Estas empresas, como ya aprendieron sus equivalentes de Europa y Norteamérica, son socios importantes y partícipes ansiosos por hacer llegar el mensaje de la salud a audiencias mayores. Los anuncios de servicio público son partes lógicas del servicio público de la radiodifusión. Pero le corresponde al ministerio presentar y coordinar estas actividades con las empresas de la comunicación a fin de lograr un beneficio mutuo para todas las partes interesadas. Una sociedad para la comunicación sobre salud es una sociedad de todos, tanto en el sector público como en el privado.

#### 4. Capacitación

Otro componente del marco de política es la capacitación. Se deben formar profesionales de la comunicación, en colaboración con las facultades de medicina, las universidades y las escuelas de comunicación, donde deben aprender las teorías, métodos y prácticas de la comunicación social en salud. La energía creadora y el talento de la región están listos para enfrentarse al desafío de las comunicaciones para la salud. Sus profesionales deben ser adiestrados y dirigidos por el ministerio en colaboración con la universidad para lograr el mayor beneficio posible.

#### 5. Evaluación e investigación

Un último componente es la evaluación e investigación. El calor del momento creará y definirá programas de comunicación para la salud que se deben observar y evaluar para mejorar su eficacia y reorientar sus esfuerzos con el objeto de asegurar el aprovechamiento máximo de los recursos. Por último, los programas deben basarse en evaluaciones concienzudas del conocimiento, las actitudes y las prácticas de las personas.

### ***B. Guías operativas y de gestión***

Las políticas altisonantes corren el riesgo de ser olvidadas con los cambios de gobierno o la aparición de demandas más urgentes sobre los recursos de un país. Por este motivo, deben adoptarse planes estratégicos para implementar la política "ideal" en el mundo cotidiano de personas y lugares reales. Los planes a corto, mediano y largo plazo son instrumentos valiosos para ejecutar políticas y alcanzar metas específicas, por ejemplo, contactar a 30 compañías de televisión y coordinar campañas contra el tabaquismo, o sistematizar el adiestramiento en salud y la planificación de programas de estudios de 10 escuelas de comunicación.

Existe una diferencia entre el quehacer de los ministerios de salud y los planes estratégicos ejecutados por organizaciones multilaterales o bilaterales externas que operan en la región para combatir los problemas de salud concretos de nuestras poblaciones. La diferencia radica en el origen del proceso. Los organismos externos trabajan a partir de un problema concreto para formular una estrategia. En cambio, los ministerios de salud, trabajan en la formulación de una estrategia que puede ser aplicada a una gran variedad de problemas a medida que van surgiendo. El compromiso permanente del ministerio de salud es el de aplicar la comunicación para la salud como parte integral de todos sus programas. Los organismos externos operan partiendo del enfoque táctico de usar la comunicación para la salud para resolver un problema determinado. En cambio, los ministerios de salud, exigen un cambio de actitud generalizado. Su opción consiste en hacer de la comunicación el amigo y aliado permanente en una lucha continua contra muchos enemigos diferentes: las enfermedades, los problemas ambientales, la violencia y los accidentes que azotan a nuestras poblaciones. Por lo tanto, los ministerios de salud deben pensar estratégicamente para hacer de la comunicación para la salud una opción permanente a todos los niveles.

Los instrumentos y las etapas de planificación de programas de comunicación en salud, sin embargo, suelen ser los mismos a corto, mediano y largo plazo. Los programas de comunicación para la salud deben

poder identificar correctamente el problema, las características del público que se debe contactar y los medios de comunicación para llegar hasta ese público, y luego formular los objetivos y mensajes para los medios de comunicación seleccionados, ejecutar el programa, y desarrollar estrategias de monitoreo y evaluación de los resultados.

Los ministerios de salud tienen una ventaja sobre las intervenciones externas en lo que se refiere a la acumulación de una base nacional de conocimientos aprovechables en la comunicación para la salud, sacando partido del conocimiento directo de las audiencias y las características de salud de nuestros países, que pueden utilizarse para dirigir muchas actividades diferentes de comunicación para la salud. En otras palabras, los ministerios de salud son acumulativos, los depositarios de los éxitos y fracasos de sus intentos por resolver los problemas urgentes de salud de sus poblaciones. Además, los ministerios de salud son responsables por los servicios de atención de salud. La comunicación para la salud sin servicios de salud apropiados no tiene sentido. Una campaña para vacunar niños fracasará si las madres no pueden llegar a un consultorio o si no hay vacunas. Una campaña para prevenir la propagación del VIH y el SIDA mediante el uso de condones carece de sentido sin la coordinación de los proveedores de productos médicos y las farmacias. Un comercial cantado atractivo o un cartel convincente producirá poco sin la mano firme del profesional de salud que guíe al paciente hacia los servicios de salud de la comunidad.

La planificación y gestión operativa implica la coordinación de todos los sectores de atención de salud con las actividades de comunicación para la salud. La investigación y la práctica han demostrado que las normas operativas y de gestión en la comunicación para la salud deben incluir una combinación de factores: la motivación del público, la movilización para la prestación de servicios, la movilización para exigir servicios y la educación del personal de salud para prestar servicios. Todos estos factores requieren la vigilancia del ministerio, así como la cooperación de la comunidad y los profesionales de comunicación para la salud; empresa nada pequeña, por cierto. Sin embargo, cuando se ve coronada por el éxito, la recompensa es enorme.

La promesa de la comunicación para la salud aumenta potencialmente a medida que se diversifican y generalizan los medios y canales de comunicación en nuestras sociedades. La televisión por cable, la radio comunitaria, las redes de computadoras, las máquinas de telefax en zonas alejadas, no son instrumentos mágicos, pues se usan constantemente para llegar a los inalcanzables. A medida que nuestras vías nacionales de información se extienden sobre caminos de tierra y sobrepasan barrancos para llegar hasta poblados remotos, los instrumentos de la comunicación, en las manos indicadas, se hacen más potentes. También se hacen más democráticos, accesibles y bidireccionales.

Más importante aún, en el otro extremo de la línea telefónica siempre debe haber alguien que conteste la llamada. Esa también es la función del ministerio de salud al entrar en el siglo XXI el video interactivo y la transmisión digital a alta velocidad. En la actualidad se necesita planificar a largo plazo la comunicación para la salud a fin de asegurar que haya alguien que conteste la llamada, oprima el botón de respuesta y dirija los enormes recursos de la información hacia quienes más los necesitan.

La meta estratégica de la OPS y la UNESCO de utilizar la comunicación social para la salud encaja bien en las metas de los ministerios de salud de la región. Garantiza la existencia de un público cada vez más informado que desempeñará una función decisiva en la batalla por la salud, y el apoyo de la audiencia de trabajadores de salud y líderes sociales y políticos para el mejoramiento o transformación de los sistemas nacionales de salud. El uso de los medios de comunicación y la innovación tecnológica para difundir información sanitaria útil al público y grupos especializados, aumenta el conocimiento de aspectos específicos de la salud individual y colectiva y la importancia de la salud en el desarrollo. Los programas de estos organismos funcionan para desarrollar y evaluar los mejores usos de la comunicación social, teniendo en consideración las ricas y variadas experiencias de la Región en cuanto a comunicación, y la existencia de tecnologías de comunicación e información que incluyen desde satélites de radiodifusión directa hasta otros tipos de video y teatro popular.

### ***C. Lineamientos básicos***

En base a estas consideraciones, la OPS y UNESCO sugieren la formulación de políticas coordinadas para el uso de las comunicaciones para la promoción de la salud. Considerando las políticas de salud convenidas internacionalmente, se sugieren los siguientes lineamientos básicos:

1. El Estado reconoce el papel fundamental de la comunicación social para alcanzar las metas de salud determinadas.
2. Se asigna el presupuesto apropiado para mejorar la infraestructura y ampliar la capacidad de los organismos del estado para el uso de las comunicaciones en la promoción de la salud.
3. Se separan claramente la publicidad y las relaciones públicas de los planes de comunicación para la salud.
4. Un porcentaje considerable de la asistencia financiera externa se asigna a la capacitación del recurso humano y la creación de infraestructura para el uso de las comunicaciones en los programas de salud.
5. El Estado promueve la colaboración intersectorial y pone a disposición los recursos de sectores afines como los de información pública, previsión social, educación formal y desarrollo rural para que contribuyan cooperativamente a fortalecer los sistemas de comunicación para la salud.
6. El Estado moviliza todos los mecanismos posibles para obtener la cooperación entre los recursos tanto públicos como privados para el uso de las comunicaciones en la promoción de la salud.
7. Se promueve la investigación y la evaluación como mecanismos fundamentales para priorizar las necesidades, aprovechar al máximo los programas exitosos y reorientar o suprimir aquellos cuyos fines no son claros o no se logran.
8. Se establece un estricto código ético que asegure la planificación de programas equitativos que respeten las creencias y valores culturales, rechacen la creación de estereotipos y la discriminación y tengan en cuenta los posibles efectos nocivos del uso inadecuado de las comunicaciones.
9. Se establecen o fortifican las unidades de comunicación en los ministerios de salud y se estructuran sus funciones. Las unidades de comunicación no producen programas independientes, sino que cumplen un papel de integración, coordinación, apoyo y entrenamiento del resto de los programas para el uso integrado de las comunicaciones.
10. El uso de las comunicaciones se hace parte de programas integrados de promoción de la salud y sigue, por lo tanto, los principios y objetivos trazados para mejorar la salud de los ciudadanos.



11. Se considera la comunicación social como una estrategia que incluya no solo la provisión de información sino elementos de educación, persuasión, movilización de la opinión pública, participación social y promoción de audiencias críticas.
12. El estado produce normas claras para regular los mensajes comerciales, con el fin de proteger la salud del público, y provee mecanismos de monitoreo y penalización.
13. Se establecen lineamientos técnicos, éticos y estéticos para el uso de las comunicaciones en la salud, de acuerdo con las necesidades y recursos locales, regionales y nacionales.
14. Se establecen estrategias de control de calidad para el uso de las comunicaciones en la promoción de la salud y se contrata al personal más calificado para asegurar excelencia técnica, creatividad en el diseño de los programas y respeto a los principios éticos. La remuneración para estos especialistas será justa y atractiva, asegurando estabilidad laboral, independiente de los cambios políticos y consideraciones extraprofesionales.
15. El estado fomenta la capacitación de comunicadores en salud. Asimismo, promueve la educación de los profesionales de la salud y de la comunicación para el uso de las comunicaciones en la promoción de la salud. Se desarrollan a su vez esfuerzos conjuntos con los centros académicos y de investigación.

#### ***D. Estrategias para la aplicación de las políticas***

Se plantean aquí como estrategias un conjunto de recomendaciones acerca de procedimientos y finalidades para el uso de las comunicaciones en la promoción de la salud. El marco de referencia son los ministerios de salud de los países de la Región y sus programas. No se concibe aquí el uso separado de las comunicaciones, sino su papel como parte de los programas.

Para promover el uso de las comunicaciones internas de las instituciones de salud se sugieren las siguientes estrategias:

1. Promover la incorporación de las comunicaciones en los diferentes programas. Para esto es necesario motivar a los diseñadores y administradores de los programas. También deben capacitarse los equipos de trabajo de las diferentes unidades para que puedan estimar la necesidad y presupuestar el uso de las comunicaciones de acuerdo a los lineamientos técnicos y los requerimientos de los programas.
2. Enfatizar la necesidad de incluir como parte de todos los programas la investigación de los elementos de conducta y comportamiento y medioambientales de los problemas y en el estudio de los medios de comunicación más apropiados para llevar los mensajes.
3. Determinar los lineamientos del proceso de investigación que debe incorporarse en todos los programas.
4. Organizar un sistema para integrar los diferentes programas para el uso de la comunicación social. Con frecuencia los planes de promoción de la salud en diferentes áreas tienen elementos comunes que deben manejarse de manera integrada para reducir costos, evitar contradicciones y duplicación innecesaria de esfuerzos.
5. Coordinar el uso de las comunicaciones y mantener contactos que aseguren acceso a los diferentes medios de comunicación (tanto masivos como interpersonales).
6. Optimizar los contactos con diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales para realizar esfuerzos conjuntos y apoyarse mutuamente. Además, es necesario hacer uso de los recursos disponibles

en otras instituciones para mejorar el impacto de los programas y lograr una óptima colaboración intersectorial.

7. Monitorear los medios de comunicación y denunciar situaciones que puedan ser nocivas para la salud del público. Los investigadores o funcionarios expertos en prevención deben formar parte de los organismos estatales de regulación de los medios.
8. Capacitar al personal encargado de las comunicaciones para la salud a nivel regional, local y comunitario. Llevar a cabo una labor de monitoreo y apoyo permanente a los planes descentralizados de promoción de la salud.
9. Sensibilizar y activar la opinión pública para que asuma un papel activo, participe en la programación y monitoreo de los programas, ejerza presión para lograr los cambios y reclame sus derechos no solo ante el estado sino ante las empresas privadas.
10. Promover la creación de sistemas eficientes de comunicación intra e interinstitucionales.
11. Promover y apoyar la búsqueda de fondos extrapresupuestarios para la realización de programas de promoción de la salud.

### ***E. Manejo de la comunicación en la salud***

En muchos países de la Región existen oficinas de comunicación a nivel ministerial. Con frecuencia estas oficinas tienen funciones más cercanas a las relaciones públicas y a las relaciones con la prensa que a la comunicación social en salud. Se propone la modificación o creación de las unidades de comunicación social de los ministerios de salud que cumplan una función de apoyo y motivación para los diferentes programas de salud pública y promoción de la salud. Esta función debe ser de carácter técnico y permanente.

Las funciones sugeridas para la unidad de comunicación social de los ministerios de salud son:

1. Capacitar y motivar a los funcionarios del ministerio para que usen la comunicación en salud--que tiene reglas y técnicas específicas-- como parte de los programas que se estén planificando o llevando a cabo.
2. Brindar apoyo técnico a los diferentes programas en lo relacionado con la investigación y planificación del uso de la comunicación social. La unidad de comunicación social no deberá desarrollar programas por separado. Tampoco los distintos programas. Esto constituye una contradicción de los principios de intersectorialidad e integración de la promoción de la salud.
3. Mantener los contactos necesarios con los medios de comunicación masiva y las fuentes de recursos para las comunicaciones interpersonales, con el fin de asegurar un acceso rápido y una colaboración efectiva cuando así lo requieran los programas.
4. Asegurar que el uso que los programas hagan de las comunicaciones sea ético y equitativo.
5. Promover la participación comunitaria en el diseño, desarrollo y evaluación de los programas, y activar las comunidades para que asuman un papel crítico y ejerzan una función fiscalizadora del uso comercial de las comunicaciones. Es función de otras dependencias del estado fiscalizar y sancionar los medios de comunicación, pero es parte de la promoción de la salud el educar a las comunidades para que reconozcan sus derechos y asuman posiciones activas.



## ***F. Recursos humanos para la comunicación en salud***

El personal que se sugiere para las unidades de comunicación social en salud de los ministerios de salud debe ser de las más altas cualidades técnicas, investigativas y éticas. Su remuneración debe ser lo suficientemente buena como para atraer profesionales con excelente preparación y motivación.

Como no se trata de una unidad de relaciones públicas, se hace necesario un balance de las diferentes disciplinas envueltas en el uso de las comunicaciones para la promoción de la salud.

La unidad de comunicación no debe convertirse en una carga burocrática para el ministerio. Su función en la ejecución debe ser de apoyo y coordinación. Las labores específicas de producción y emisión pueden ser subcontratadas con agencias especializadas con experiencia en promoción de la salud y el presupuesto planeado dentro de cada uno de los programas. Es decir, el costo del uso de las comunicaciones debe ser parte de la planificación de cada uno de los programas del ministerio.

El equipo dedicado a la comunicación social en los ministerios de salud debe trabajar de manera integrada. Cada uno de los profesionales participantes debe enriquecer el trabajo de los demás. Cada una de las profesiones juega un papel fundamental y el éxito de los programas dependerá de la mutua colaboración.

El equipo de la unidad de comunicación social debe ser dirigido por un especialista en comunicación; profesional con formación académica en comunicación social con énfasis en salud. Sus funciones se relacionan con el uso efectivo de las comunicaciones masivas e interpersonales.

El equipo de la unidad de comunicación social debe tener el apoyo de:

**Especialistas en promoción de la salud:** Profesionales con formación académica en educación y promoción de la salud. Sus funciones fundamentales se relacionan con el diseño integrado de los programas.

**Especialistas en modificación de conductas a nivel poblacional:** Profesionales con formación académica en las áreas de psicología social y/o psicopedagogía y un fuerte componente de investigación. Sus funciones fundamentales son el trazar directrices de investigación de las conductas relacionadas con los diferentes problemas de salud y buscar métodos y estrategias para su modificación.

**Especialistas en salud pública:** Profesionales con formación en el área de la salud pública, con énfasis en epidemiología conductual y diseño de investigaciones. Sus funciones son servir de enlace entre los diferentes grupos que estudian los problemas de salud y apoyar los diseños experimentales.

**Especialistas en educación y participación comunitaria:** Profesionales con formación en el área de la promoción de procesos de educación activa y participativa. Su función es orientar a los programas para el uso activo de las comunicaciones y la formación de audiencias críticas.

## Conclusión

La aplicación de la comunicación social a la salud pública y la promoción de la salud debe ser un proceso estructurado e integrado. Debe seguir lineamientos claros y planes específicos. Su importancia en el desarrollo y mejoramiento de la salud y las condiciones de vida en la región obliga a una aplicación cuidadosa, metódica y ética.

## Referencias Bibliográficas

Ampuero J, Clark L, Correa M, Gutiérrez M, Pérez R. Los medios sí pueden educar. Asociación de Comunicadores Sociales, CALANDRIA. Perú. 1992.

Atkin, C., Wallack, L. Complexities and Conflicts. Sage Publications, Inc. California 1990.

Beltran, Luis Ramiro. La salud y la comunicación en latinoamérica: Políticas, estrategias y planes. Reunión del Comité Asesor sobre Políticas de Comunicación en los ministerios de salud pública para la Promoción de la Salud. Quito, Ecuador. Septiembre 1993.

CIESPAL. Comunicación contra las drogas. Evaluación de campañas en América. Colección "Encuentros". Volumen No. 5. Diciembre 1992.

Cialdini, Robert B. Influence. Harper Collins Publishers, 1985

Fox, Elizabeth. Global Change and Mass Communication Policies: Latin America: Lessons of the Past. Presentation at the XV World Congress of the International Political Science Association. Buenos Aires, Argentina. July 21-25, 1991.

Marques de Melo, J. Communication for a New World. Brazilian Perspectives. School of Communication and Arts University of Sao Paulo. 1993

Organización Panamericana de la Salud. Manual de comunicación social para programas de salud. Programa de Promoción de la Salud. Washington, D.C. Mayo 1992

Organización Panamericana de la Salud. Manual de técnicas para un a estrategia de comunicación en salud. Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares. No.11. Washington, D.C. 1985.

Organización Panamericana de la Salud. XXXVII Reunión del Consejo Directivo, XLV del Comité Regional. Promoción de la salud de las Américas. Washington D.C. Septiembre-October 1993.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Comité Asesor sobre Políticas de Comunicación en los ministerios de salud pública para la Promoción de la Salud. Documento Síntesis. Bogotá, Colombia. Noviembre 1993.

Rajecki, D.W. Attitudes. Sinauer Associates, Inc. Publishers. Massachusetts. 1990

Rice, R.E., Atking, C.K. Public Communication Campaigns. Sage Publications Inc. California 1989.

Roper, William L. Health Communication Takes on New Dimensions at CDC. Public Health Reports; 108(2):179-83, 1993.

UNESCO "La importancia de la información para el desarrollo socio-económico y cultural" Conferencia sobre el desarrollo de la Telecomunicación Europea. Praga, noviembre 19-23 de 1991. Contribución de UNESCO.

UNESCO. Documento 25 C/4 Aprobado. Tercer Plan a Plazo Medio (1990-1995).

UNESCO. Programa IV.2. La comunicación al servicio del desarrollo. Documento 25 C/4 Aprobado. Tercer Plan a plazo medio (1990-1995).

## Apéndice

### Proceso de la Comunicación Social en Salud

Luis F. Vélez

#### Planeación de programas de comunicación en salud:

Los programas de comunicación social se planifican basándose en tres principios: investigación formativa, diseño de los programas y evaluación. Aunque la planeación sigue un proceso sistemático, estos tres elementos están estrechamente interrelacionados y se combinan en las diferentes fases.

##### *A. Evaluación de base (o investigación formativa)*

La investigación formativa es el proceso a través del cual se determina el problema, su naturaleza y su dimensión. Igualmente, se definen los cambios que serán promovidos, la audiencia (situación, preferencias y necesidades), los mensajes, los métodos y los canales.

El objetivo fundamental de la investigación formativa es definir el problema a profundidad y encontrar los elementos necesarios para la planeación de los programas. Existen varios métodos para llevar a cabo esta parte del proceso. Se presentan aquí una serie de pasos basados en el modelo PROCEDE (Green y Kreuter, 1991).

1. Determinar los problemas de mayor importancia para las comunidades, estudiando sus orígenes e impacto epidemiológico, social, físico, psicológico y económico en los individuos, las comunidades y el sistema. Esta evaluación de base debe ser llevada a cabo mediante investigaciones con diseños experimentales apropiados de acuerdo al tipo del problema y los recursos disponibles.

##### Evaluación social:

- Situación social que genera el problema
- Efectos del problema a nivel social

##### Evaluación epidemiológica:

- Persona, lugar y tiempo
- Prevalencia del problema y factores predisponentes
- Indicadores de salud

##### Evaluación conductual:

- Comportamientos que contribuyen al problema
- Efectos del problema en las conductas de los individuos

Evaluación medio ambiental:

- Factores externos al individuo (Culturales, sociales, físicos)
2. Analizar los elementos de conductas individuales y factores medioambientales que son causas o factores de riesgo comunes para las principales enfermedades. Por ejemplo, el consumo de tabaco y la polución ambiental son factores de riesgo para patologías tales como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. La promoción de la salud no se enfoca entonces en la enfermedad cardiovascular o el cáncer en sí, sino en la(s) conducta(s) o el(los) factor(es) ambiental(es) que representa(n) riesgo(s) para ambos problemas. Esto evita duplicidades y fortalece los esfuerzos, además de reducir el número de objetivos a un grupo relativamente pequeño de conductas y elementos del medio ambiente que ejercen gran influencia sobre los problemas de mayor importancia.

Análisis de los factores determinantes del problema a nivel individual y del medio ambiente:

- Factores que predisponen a los individuos para asumir las conductas en consideración (predisponentes). Por ejemplo, la carencia de elementos para el manejo del "stress" predispone al individuo para el consumo de tabaco u otras sustancias adictivas.
  - Factores que le permiten al individuo llevar a cabo el comportamiento (capacitantes). El bajo costo del cigarrillo y el poder económico de los individuos (ingreso disponible) son elementos capacitantes para el consumo del tabaco.
  - Factores que refuerzan la conducta (de refuerzo). Por ejemplo, la publicidad, la presión social y las normas culturales refuerzan el tabaquismo.
3. Priorización: Establecer cuáles conductas y elementos del ambiente pueden influenciarse a través de las comunicaciones masivas e interpersonales. La priorización se hace con base en la importancia del problema y las posibilidades de cambio.
4. Inventario de los recursos disponibles: programas, sistemas, canales, recursos físicos, personal y presupuesto.

#### *B. Diseño del programa:*

El diseño de los programas sigue también un plan estructurado, basado en la investigación formativa y apoyado por ésta a través de todo el proceso de planeación. Los pasos aquí sugeridos incluyen elementos de varios métodos usados en la comunicación social y la promoción de salud (Bratch, 1990; Glanz, y col., 1990; Rogers, 1983).



1. Definición de los objetivos educacionales (lo que se espera que la audiencia aprenda), de cambio (los cambios que se esperan en la audiencia) y de comunicación (cobertura y entrega de los mensajes). Los objetivos deben ser planteados en términos concisos que no den lugar a confusiones. Deben proponer acciones concretas y medibles, estipulando el tiempo y la dimensión del cambio esperado.
2. Definición y fragmentación de la audiencia. De acuerdo a la evaluación de base, se determinan los grupos hacia los cuales deben dirigirse los mensajes.
3. Decisión de los puntos de partida basados en las necesidades de la audiencia:
  - Enfocar los mensajes en las actitudes, creencias y prácticas de las comunidades relacionadas con las conductas seleccionadas como de mayor influencia. Por ejemplo, los adolescentes deben ser persuadidos de que el tabaquismo no es símbolo de madurez.
  - Tomar en consideración el nivel de conocimiento que los individuos tengan sobre dichas conductas para evitar repeticiones innecesarias u omisiones. La mayoría de los adolescentes en ciertas comunidades conocen los efectos del cigarrillo y no es necesario repetírselos. Sin embargo, podrían carecer de elementos para rechazar la presión social.
  - Definir las estrategias más apropiadas para promover los cambios. Por ejemplo, si la audiencia escogida son los individuos en el proceso de dejar de fumar, el apoyo social es uno de los factores fundamentales.
4. Precisión de la idea central de los mensajes. Los mensajes deben ser claros, cortos y simples. Cada mensaje debe tener un solo objetivo. La adición de elementos que no corresponden a la idea principal distrae la atención de la audiencia.
5. Elaboración y prueba de los mensajes. La elaboración de los mensajes requiere creatividad, pero no es ésta su única característica. Los mensajes deben ser probados antes de lanzarse. Estas pruebas se hacen tomando en cuenta la opinión de técnicos expertos y la opinión de grupos seleccionados de la audiencia sobre el contenido y la presentación. La prueba de materiales incluye la evaluación de su atracción, comprensión, aceptación, identificación/envolvimiento de la audiencia y persuasión.
6. Determinación de los canales de comunicación más apropiados: redes comunitarias, escuelas, radio, televisión, prensa, boletines, volantes, mensajes electrónicos, consejeros, personal de salud, etc.
7. Selección de las horas y lugares adecuados para la presentación de los mensajes. Es preferible presentar pocos mensajes (o tal vez cortos) en lugares o espacios de tiempo que lleguen a la audiencia deseada antes que muchos mensajes (o tal vez largos) en lugares o espacios que no llegan a los grupos. Con frecuencia los espacios donados por organizaciones o instituciones colaboradoras o los medios de comunicación masivo no son adecuados para llegar a la audiencia deseada.

### *C. Planificación del presupuesto:*

La planificación del presupuesto debe ser un proceso cuidadoso, determinando prioridades y teniendo en cuenta las circunstancias en las que se desarrolla cada proyecto. No existe una forma particular de desarrollar todos los proyectos, pero se sugieren aquí principios básicos. En la planeación del presupuesto de los programas de promoción de la salud se deben tener en cuenta los siguientes elementos:

1. Definición del personal:

Debe especificarse claramente el nivel profesional y las habilidades requeridas de cada una de las personas. Esto define el nivel salarial. Las funciones de cada empleado deben estar claramente especificadas, el nivel de ejecución esperado fijado con anticipación, así como el tiempo requerido para cumplir cada una de las funciones. Es frecuente subestimar el tiempo necesario para realizar ciertas actividades. El tiempo asignado debe ser de acuerdo a la complejidad de la acción.

2. Gastos de producción:

Los gastos de producción dependen del método a ser usado, la estrategia, los canales y la cobertura deseada. Frecuentemente la contratación de agencias especializadas para la producción de los mensajes resulta ser más efectiva y reduce costos de personal.

3. Gastos de distribución:

Los mensajes o instrumentos de comunicación (volantes, folletos, etc.) deben alcanzar a toda la población a la que se dirige el programa. Para esto es necesario planear cuidadosamente la estrategia de distribución y presupuestar sus costos. La distribución es un elemento crítico para el éxito de los programas.

4. Gastos de oficina:

Deben tomarse en cuenta elementos de funcionamiento ordinario tales como libros, adquisición de datos, copias, impresión de cuestionarios, teléfono, facsímil, correo, etc.

5. Costos de evaluación:

La evaluación de los programas debe presupuestarse cuidadosamente. Frecuentemente se subestima el tiempo y el esfuerzo requerido para la evaluación. Los costos de evaluación empiezan en las etapas iniciales de planeación del programa y se continúan durante su ejecución. La evaluación del impacto debe tenerse en cuenta desde un principio y con frecuencia es el paso final de un programa y da comienzo a nuevas iniciativas.

Otros elementos que deben tomarse en cuenta son:

6. Viáticos.

7. Costos indirectos (costos de funcionamiento institucionales).

8. Presupuesto donado por la institución u otras instituciones. Es muy importante tener en cuenta los aportes de la institución cuyos costos no son cubiertos por el programa, así como los aportes voluntarios para la evaluación de costo/efectividad y la reproducción de los programas.

Desde la planeación del programa el presupuesto debe tener en cuenta los ajustes que serán necesarios en el futuro debido a los incrementos salariales, la inflación y la devaluación de la moneda.

#### *D. Evaluación:*

Todo programa o mensaje debe ser evaluado para asegurar que sea ética y estéticamente apropiado. Igualmente debe evaluarse la recepción, comprensión y reacción que presente la audiencia. La evaluación es importante no solo cuando se logran los objetivos planeados sino también cuando éstos no se logran.

La evaluación de los programas de comunicación en salud incluye tres pasos: evaluación de base (investigación formativa), monitoreo del proceso y evaluación del impacto. La investigación formativa o de base descrita anteriormente antecede al diseño de los programas y se continúa con la evaluación del proceso y del impacto (Rossi y Freeman, 1989; Windsor y col., 1984).

Algunas estrategias de evaluación son:

- Archivos y sistemas de recolección de datos
- Encuestas con la comunidad y con los participantes

Líderes de opinión

Grupos de Enfoque

Encuestas Seleccionadas

- Observación Directa
  - Evaluadores Externos
  - Auditorías Internas
1. La evaluación o investigación formativa determina las necesidades de la audiencia, los canales y la estructura de los mensajes. Asimismo, verifica que los mensajes sean adecuados y los ajusta de acuerdo con la audiencia y la opinión de expertos. Esta fase fue descrita en la sección anterior.
  2. La evaluación del proceso asegura el desarrollo del programa de acuerdo al plan original y revisa su calidad y cobertura.

La evaluación del proceso responde a tres preguntas fundamentales:

- Qué ha hecho el programa?
- Qué tan bien lo ha hecho?
- Qué y cómo debió haberse hecho?

Los principales elementos a evaluar son la calidad de los productos o procedimientos, la cobertura de los programas y los mensajes, y su replicabilidad o posibilidad de ser ampliados, generalizados o reproducidos en otros lugares o dirigidos a problemas diferentes.

3. La evaluación del impacto analiza los objetivos logrados y los no logrados. Asimismo verifica los cambios obtenidos, y estudia los costos de acuerdo a los logros (costo-efectividad). La evaluación del impacto debe tener en cuenta el cambio obtenido, la situación anterior al programa, el desarrollo de programas simultáneos por parte de otros organismos y la posibilidad de que el impacto logrado se deba a procesos independientes del programa desarrollado (Cook and Campbell, 1979).

### **Referencias Bibliográficas**

Bratch, N (Ed). Health Promotion at the Community Level. Sage Publications, Newbury Park, CA, 1990.

Cook, TD, Campbell, DT. Quasi-Experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings. Houghton Mifflin Company, Boston, MA, 1979.

Glanz, K, Lewis, FM, Rimer, BK (Eds). Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, CA, 1990.

Green, LW, Kreuter, MW. Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. Mayfield Publishing Company, Mountain View, CA, 1991.

Rice, RE, Atkin, CK (eds). Public Communication Campaigns. Sage Publications, Newbury Park, CA, 1989.

Rogers, EM. Diffusion of Innovations. The Free Press, Macmillan Publishing Co., Inc., New York, NY, 1983.

Rossi, PE, Freeman, HE. Evaluation, A Systematic Approach. Sage Publications, Inc., Newbury Park, CA, 1989.

Windsor, RA, Baranowsky, T, Clark, N, Cutter, G. Evaluation of Health Promotion and Health Education Programs. Mayfield Publishing Company, Palo Alto, CA, 1984.

DOC.ID.C:COMUSOC.II