aad9964

TESIS
COS995
G325

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE COMUNICACIÓN SOCIAL
PUBLICIDAD Y RELACIONES PÚBLICAS

PROYECTO DE MODELO DE LA CÁTEDRA *COMUNICACIÓN Y SALUD* PARA LA ESCUELA DE COMUNICACIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO

Universidad Católica Andrés Bello
BIBLIOTECA
Caracas

Autora: Anabella Gabaldón Parra

Tutor: Adán Benedetti

Julio, 1995

Quisiera dedicar este proyecto

a mis padres, a Rodrigo y a

Rodrigo Andrés, por motivar en mi

el espíritu para seguir adelante

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer al personal de la Organización Panamericana de la Salud, y en especial al Licenciado Félix Reyes, quien brindó su ayuda, colaboración y apoyo en todo momento, convirtiéndose en parte fundamental del desarrollo de este proyecto.

Quisiera también agradecer al Profesor Isaac Nahón, a la Profesora Marta Colomina, a mi tutor Adán Benedetti, y a los doctores Lilian Morantes y Arnaldo José Mavares por la ayuda prestada en la realización de este trabajo.

A Tony, Ana María y Mayo por su colaboración y apoyo incondicional .

A todas aquellas personas que de una manera u otra contribuyeron a la elaboración de este Trabajo Especial de Grado.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES PREVIAS pp 1

1.1. Planteamiento del problema pp 2

1.2. Objetivo General de la Investigación pp 4

1.3. Objetivos Específicos pp 4

1.4. Posibilidades y Limitaciones pp 5

1.5. Metodología pp 6

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO pp 9

2.1. Consideraciones acerca del concepto de salud y bienestar pp 10

2.2. Representaciones sociales de la salud y la enfermedad pp 17

2.3. Educación y salud pp 27

2.3.1. Sistemas de aprendizaje propios de la comunidad pp 30

2.3.2. Inventario de principales técnicas educativas pp 32

2.4. Situación General de la salud en Venezuela y sus tendencias pp 36

2.4.1. Salud y condiciones de vida en Venezuela pp 37

2.4.1.1. Mortalidad pp 39

2.4.1.2. Morbilidad pp 39

2.4.2. Principales problemas de salud por grupo humano pp 41

2.4.2.1. La salud perinatal, del niño y del adolescente pp 41

2.4.2.2. La salud del adulto pp 44

2.4.2.3. La salud de la mujer pp 45

2.4.2.4. La salud de la tercera edad pp 46

2.4.2.5. La salud de los trabajadores pp 47

2.4.2.6. La salud del indígena pp 48

2.4.3. Enfermedades de mayor incidencia en la población venezolana pp 49

2.4.3.1. Enfermedades transmisibles pp 49

2.4.3.1.1. Malaria pp 49

2.4.3.1.2. Dengue pp 51

2.4.3.1.3. Enfermedad de Chagas pp 51

2.4.3.1.4. Esquistomiasis intestinal pp 52

2.4.3.1.5. Lepra pp 53

2.4.3.1.6. Cólera pp 53

2.4.3.1.7. Sida y otras enfermedades de transmisión sexual pp 53

2.4.3.1.8. Otras categorías de enfermedades transmisibles pp 54

2.4.4. Factores de riesgo asociados a problemas de salud pp 56

2.4.4.1. Desastres naturales y accidentes industriales pp 56

2.4.4.2. Vivienda y urbanización pp 56

2.4.5. La respuesta social a los problemas de salud pp 57

2.4.5.1. Situación actual del sector salud pp 57

2.4.5.2. Políticas de salud en Venezuela pp 69

2.4.5.3. El Sistema Nacional de Salud pp 74

2.5. La comunicación y la salud pp 77

2.5.1. Consideraciones en torno al concepto de comunicación pp 77

2.5.2. La comunicación y la salud pp 81

2.5.3. La promoción de la salud pp 83

2.5.4. El papel de los medios de comunicación de masa en la promoción de la salud pp 86

2.5.5. Impacto de las imágenes de salud en la televisión pp 99

2.5.6. La publicidad y el mercadeo social como herramientas para la promoción de la salud pp 105

2.5.6.1. El mercadeo social de servicios de salud pp 108

2.5.6.2. Estrategia de mercadeo para servicios de salud pp 111

2.5.7. Estrategias para campañas de comunicación y salud efectivas en los medios masivos pp 114

2.5.7.1. Diferencias entre las campañas de salud pública y las campañas de productos comerciales pp 116

2.5.7.2. Condiciones necesarias para realizar campañas de salud efectivas pp 118

2.6. Etapas para la elaboración de programas de comunicación y salud pp 133

2.6.1. Etapa I: Planificación y selección de estrategias pp 135

2.6.2. Etapa II: Selección de canales pp 146

2.6.3. Etapa III: Elaboración de materiales y pruebas preliminares pp 151

2.6.4. Etapa IV: Ejecución del programa pp 168

2.6.5. Etapa V: Evaluación de la efectividad pp 178

2.6.6. Etapa VI: Retroalimentación para refinar el programa pp 181

CAPÍTULO III: DISEÑO DE UN MODELO PARA LA CÁTEDRA DE *COMUNICACIÓN Y SALUD* pp 185

3.1. Justificación del programa de la cátedra pp 186

3.2. Programa de Comunicación y Salud pp 189

3.2.1. Objetivo de la cátedra pp 189

3.3. Contenidos programáticos analíticos pp 196

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Venezuela se encuentra atravesando actualmente una de las peores crisis de las últimas décadas, la cual ha ocasionado un agravamiento de la desigualdad y un crecimiento de la pobreza, magnificados por el explosivo crecimiento demográfico. Frente a esto, la disminución del gasto en los sectores sociales durante los últimos años ha acercentado las carencias en materia de infraestructura básica y de servicios públicos, acentuándose con ello la insuficiente respuesta a las necesidades de los grandes sectores de la población.

Ante esta situación, los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud, han comenzado a orientar sus esfuerzos hacia lconsecusión de una meta común: *la salud para todos en el año 2000.* Han definido a la comunicación como una de las herramientas fundamentales para lograr un cambio en las condiciones de vida de los individuos.

Es cada vez más reconocido el hecho de que la comunicación desempeña un papel primordial en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Los programas diseñados para promover cambios en las conductas de salud e incentivar la detección precoz y el tratamiento oportuno de las enfermedades, han demostrado que los medios masivos y otras

estrategias comunicacionales pueden ser efectivas para reducir el riesgo de dolencias graves.

Ante esto, a nivel de América Latina las universidades y organismos de salud, han comenzado a tomar en consideración a la comunicación como un elemento fundamental de cambio. Es así como se han desarrollado en varios países iniciativas universitarias de introducir a la comunicación y la salud en los programas de pregrado y postgrado.

En Venezuela se han realizado iniciativas similares a nivel de la Universidad del Zulia, la Universidad Central y la Universidad de los Andes. Es por ello que este trabajo de grado pretende diseñar un modelo para la cátedra de comunicación y salud para la Escuela de Comunicación Social de la Universidad Católica Andrés Bello, que permita a esta universidad sumarse a la gran tendencia latinoamericana de contribuir en la formación de profesionales de la comunicación que estén conscientes de la realidad de salud que se vive en el país, y que sean capaces de elaborar mensajes de salud para ser insertados en los medios masivos, y que contribuyan de algún modo al mejoramiento de las condiciones de la población.

CAPÍTULO I
CONSIDERACIONES PREVIAS

1.1. Planteamiento del problema

El creciente deterioro de las condiciones socioeconómicas y las reducciones en materia de inversión social y de infraestructura básica, han producido un aumento de las condiciones de marginación de la población y un incremento de los niveles de pobreza, lo cual se traduce en la existencia de condiciones de alto riesgo en la población que favorecen el brote constante de epidemias.

Más de 200 millones de seres humanos en América Latina y el Caribe viven en una situación de extrema pobreza, que les impide satisfacer sus necesidades básicas; por otro lado, más de 700.000 mil personas, en su mayoría niños, mueren cada año por enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y enfermedades prevenibles por inmunización. Lo más grave es que gran parte de estas muertes se podrían evitar, haciendo llegar a la población afectada información que les permita dar tratamiento adecuado o saber cuándo buscar ayuda médica.

Entonces la clave de muchos de estos problemas está en la falta de educación; el desarrollo de programas de comunicación y salud permitirían dar acceso a información básica para salvar vidas y aliviar problemas de salud, proporcionando también soluciones interinas para evitar problemas serios en esta área relacionados con un saneamiento y otras condiciones específicas.

Por lo tanto, es necesaria una vinculación entre los profesionales de la comunicación y los del sector salud, ya que estos últimos no están debidamente capacitados para la correcta emisión de mensajes a través de los medios masivos, con la finalidad de orientar a los individuos para el matenimiento de unas condiciones de vida saludables.

1.2. Objetivo General de la Investigación

Diseñar un modelo de cátedra de Comunicación y Salud para la Escuela de Comunicación Social de la Universidad Católica Andrés Bello.

1.3. Objetivos Específicos

- Investigar acerca de las condiciones de salud de la población venezolana.

- Averiguar cómo ha sido la respuesta del Estado a los poblemas de salud.

- Investigar profundamente el área de la Comunicación y la Salud, cómo opera la transmisión de mensajes de esta área en los medios masivos.

- Brindar a los estudiantes de Comunicación Social, a través de este modelo de cátedra, las herramientas necesarias para la realización de programas de Comunicación y Salud.

- Elaborar un marco teórico que sirva de respaldo a cada uno de los puntos tratados en el programa de la cátedra, de tal modo, que con experiencia en el área y la lectura de ese marco conceptual, la persona

que esté destinada a dictar la cátedra cuente con las herramientas necesarias para hacerlo de manera eficiente.

1.4. Posibilidades y Limitaciones

Se planteó desde el inicio de la investigación la posibilidad de contactar apoyo profesional por parte de los integrantes de la Organización Panamericana de la Salud; estas personas cedieron parte de su tiempo con el fin de atender a los requerimientos que presentaba la investigación en lo relativo a la entrevista y a la recolección de datos. En base a las entrevistas se logró ordenar las ideas que inicialmente se plantearon para dar vida a este proyecto.

En lo concerniente a las limitaciones, la principal es la falta de documentación sobre esta área existente en el país. La comunicación y la salud es una disciplina bastante reciente, que no ha sido profundamente estudiada en Venezuela, por lo que una parte de la bibliografía consultada fue solicitada al exterior del país.

Además a nivel de pre-grado es difícil desarrollar una investigación completa, ya que no se cuenta con el soporte, los recursos económicos y de tiempo necesarios para establecer criterios que permitan desarrollar un programa de cátedra definitivo. El proyecto se redujo a dimensiones investigables por una alumna en un lapso que no alcanza a un año académico con la finalidad de presentar una

aproximación, un modelo, que debe ser enriquecido a medida que se profundizen las investigaciones en esta área.

En cuanto al factor humano, los entrevistados, se presentaron como es lógico las dificultades inherentes a la disposición de tiempo y lugar.

A pesar de lo anterior, la investigación se desarrolló sin tropiezos significativos.

1.5. Metodología

- Se realizó una investigación de tipo exploratoria inicialmente con la finalidad de recoger la información necesaria para proponer un modelo de cátedra de Comunicación y Salud que pretende resolver un problema a nivel comunicacional. En este sentido, la investigación realizada se inscribe en la modalidad C: diseño de proyectos y producción, descrita en la *Guía para la realización del trabajo especial de grado en Comunicación Social.*

- En lo relativo a la recolección de datos, es indispensable un marco referencial que conlleve a la ubicación del fenómeno dentro del panorama comunicacional y dentro de la realidad práctica. Para esto se recurrió a diferentes tipos de fuentes de información, entre las que se encuentran:

1. Fuentes bibliográficas: Se consultó una extensa bibliografía que aborda temas de importancia. Esta fue utilizada para la parte correspondiente al marco teórico e información complementaria. La misma se obtuvo de la consulta directa de diversos textos, folletos y manuales.

Para la recolección del material bibliográfico fueron visitados centros de estudio, librerías y bibliotecas y se solicitó material a editoriales tales como:

- Universidad Católica Andrés Bello (Biblioteca Central).

- Biblioteca de la Organización Panamericana de la Salud.

- Universidad Central de Venezuela (Biblioteca de Comunicación Social).

- Instituto de Estudios Superiores de Administración (IESA)

- Biblioteca del Centro de Investigaciones de Comunicación Social (CEDEICOSO)

- Biblioteca de la Escuela de Gerencia Social.

- Librería Élite

- Librería de la UCAB

- Sage Publications, Beverly Hills, CA.

2. Fuentes vivas: En esta categoría entran todas las entrevistas realizadas a especialistas en el área, quienes manifestaron sus ideas en torno al estudio y de acuerdo con su experiencia y conocimiento del tema. Se tomó este tipo de fuente con el objeto de obtener información actualizada que proporcionara una visión global y fidedigna de lo que se está estudiando.

Cabe señalar al respecto, que para la realización de las entrevistas se realizó una investigación de campo basada en entrevistas no estructuradas, buscando así conseguir información más completa, profunda y de la mejor calidad posible.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Consideraciones acerca del concepto de salud y bienestar

La Organización Mundial de la salud ha definido a la salud como *el estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad.* La condición de estar saludable implica una serie de elementos o variables que interactúan traduciéndose en satisfacción, es decir, en bienestar. Así en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud (1986) se establece: "...Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente...".

Con el propósito de identificar los elementos del bienestar, Blum (1974) propuso un modelo que se llamó "Campo causal y paradigmas de bienestar y el campo de fuerzas de la salud". Se trata de cuatro elementos que se interrelacionan entre sí e interactúan con el entorno, constituido por la población, los sistemas culturales, la salud mental, el equilibrio ecológico y los recursos naturales. Estos elementos son los siguientes:

- Herencia
- Estilos de vida
- Medio Ambiente
- Servicios de Atención Médica

Si la interacción entre estos elementos es positiva, se traduce en satisfacciones individuales y sociales; si por el contrario son negativas, producen enfermedad, malestar social y discapacidad.

Este modelo fue modificado posteriormente por Dever (1976), quien plantea como elementos del bienestar los siguientes:

- Biología Humana: no sólo hace referencia a la herencia genética, la cual puede determinar la presencia de malformaciones físicas o funcionales, sino también al funcionamiento biológico del cuerpo humano, y a lo que se conoce como herencia patólogica, que mantiene relación estrecha con los estilos de vida e inadecuados hábitos de consumo.

- Estilos de vida: "Los estilos de vida corresponden a las decisiones del individuo que afectan o no su estado de salud y sobre los cuales pueden ejercerse controles en mayor o menor grado. Dever (1991) identifica los estilos de vida como *Los riesgos autogenerados;* a la vez los clasifica en:

- Riesgos inherentes al ocio.

- Riesgos inherentes a los modelos de consumo.

- Riesgos ocupacionales.

1. Riesgos inherentes al ocio.

- Falta de ejercicio: entre los daños a la salud se pueden mencionar:

  obesidad

  hipertensión arterial

  enfermedades coronarias

  várices

  artrosis

  déficit de autoestima

- Falta de recreación: entre los daños a la salud podemos mencionar:

  deserción y repitencia escolar

  consumo de sustancias psicoactivas

  stress

  neurosis

  bajo rendimiento laboral

  hipertensión arterial

  enfermedades coronarias

  embarazo precoz

  violencia doméstica y social

2. Riesgos inherentes a los modelos de consumo:

- Alimentos: exceso de azúcares

  exceso de grasas animales

obesidad

déficit de proteínas

deficiencias higiénicas en la manipulación de alimentos

- Bebidas alcohólicas:

  cirrosis hepática

  desnutrición

  violencia doméstica

  delitos contra la persona

  accidentes automovilísticos

  abandono laboral

  marginalidad

- Tabaco: enfermedad pulmonar obstructiva

  cáncer del pulmón

  potencia de las enfermedades cardíacas

  prematuridad

- Drogas psicoactivas:

  suicidios

  homicidios

  trastornos de personalidad

  psicosis

  accidentes

  delitos contra la propiedad

  accidentes automovilísticos

  deserción escolar

improductividad

pérdida de la autoestima

marginalidad

envenenamiento

- Sexual: promiscuidad

enfermedades de transmisión sexual

3. Riesgos ocupacionales:

- Ambientales:

envenenamientos

cáncer

intoxicaciones

alergias

accidentes

- Personales:

- presiones de trabajo:

trastornos somáticos: úlceras, gastritis, neuritis, cefaleas, infartos, accidentes.

trastornos psíquicos: insomnio, stress, angustia, tensiones.

- presiones familiares:

culpa por ausencia en el hogar en la formación de los hijos (mujeres) trastornos familiares: abandono en la formación de los hijos, menores expuestos a alto riesgo de suicidios, consumo de

alcohol y drogas, abandono escolar, actos delictivos, etc. Problemas de pareja, accidentes en el hogar, etc.

Tomando en cuenta el modelo anterior es preciso señalar que al momento de analizar el estado de salud de las personas es importante hacer referencia al medio ambiente y al estilo de vida de las personas.

- El medio ambiente: es un factor determinante. Es así como en el medio urbano encontramos deficiencias en el área de vivienda, saneamiento ambiental y suministros de agua, así como contaminación sonora y malos hábitos alimenticios, que se traducen en un incremento de los problemas de salud. Las principales afecciones de este sector de la población son las siguientes; las llamadas *enfermedades del desarrollo,* representadas principalmente por las enfermedades cardiovasculares, el cáncer en el pulmón y el cáncer de mama; las *enfermedades sociales,* tales como el alcoholismo, la drogadicción y las enfermedades venéreas; y el desarrollo de enfermedades depresivas, somáticas y crónicas como resultado de una situación característica de este sector: el desempleo.

En el medio rural, encontramos el desarrollo de enfermedades producto del enorme grado de pobreza en el que vive la población, y de las condiciones de vivienda y salubridad en las que vive la población. Igualmente los datos apuntan a un gran número de mujeres afectadas

por el cáncer del cuello uterino como resultado de sus formas y estilos de vida. Estas son las conocidas como *enfermedades del subdesarrollo.*[1]

Entonces, sólo la presencia de un medio ambiente adecuado, formado por hogares sanos, que mantienen un régimen alimenticio sano, con un estilo de vida adecuado, sin la intervención médica en toda ocasión, permitirán el desarrollo de un estado de salud óptimo en las distintas poblaciones.

Es así como la salud designa un proceso de adaptación. No es el resultado del instinto sino de una reacción autónoma aunque moldeada culturalmente ante la realidad creada socialmente. Designa la capacidad de adaptarse a ambientes cambiantes, de crecer, madurar y envejecer, de curar cuando está uno lesionado, sufrir y esperar pacíficamente la muerte. La salud abarca también lo futuro y por tanto comprende la angustia y los recursos internos para vivir con ella. [2]

Es así como desde 1977 en la 30º Asamblea Mundial de la Salud se comenzaron a preparar las estrategias necesarias para *alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva;* esto es lo que los Estados miembros de la OMS han definido como la *salud para todos en el año 2000.*

De igual modo, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en 1978 en Alma Ata, se señaló a la atención primaria de salud, como un elemento clave para alcanzar esta meta; esto consiste en impedir que una enfermedad ocurra actuando sobre los factores causales, determinantes y/o condicionantes de la misma. El objetivo de la atención primaria es el de mejorar el nivel de salud a través del fomento (promocionando el bienestar, mejorando los estilos de vida) y protección específica (mejorando el saneamiento del medio, inmunizando). 3

Por otro lado, cada país debe contemplar una serie de estrategias que permitan alcanzar esta meta, adecuándolas a su situación particular, a los recursos de salud disponibles, y a los mecanismos políticos y económicos propios de cada país. Algunos de los medios utilizables para desarrollar estos objetivos serían la implementación de sistemas de salud basados en la atención primaria, la aplicación de una tecnología propia para la salud, la operación de personal adiestrado y la participación de la comunidad.

2.2. Representaciones sociales de la salud y la enfermedad

El proceso de comunicación está caracterizado por la intervención de un lenguaje, que actúa como portador de ideas y emociones; de aquí se deriva su carácter simbólico. Igualmente, si no existe un lenguaje común entre los interlocutores se recurre a la

utilización de gestos que permitan el intercambio. Es así como en el caso de los interlocutores que manejan un mismo código, se produce la *representación* de objetos o ideas. Con la aparición de las representaciones sociales en la comunicación humana, resulta evidente que éstas trascienden la esfera de las simples opiniones, imágenes y actitudes. Se trata de sistemas cognitivos que poseen una lógica y lenguaje particulares, de teorías, de ciencias sui generis, destinadas a descubrir la realidad y ordenarla. 4

En cuanto a las representaciones sociales de la salud y la enfermedad, encontramos que se concibe a la salud como desprovista de causas, es decir, no requiere explicación; se tiene la suerte de haber nacido con una buena constitución y, por consiguiente, se goza de una excelente salud. Por el contrario, la enfermedad debe ser explicada; es atribuida en gran parte al entorno, al carácter artificial del ritmo de vida urbano, a una alimentación no natural y a la contaminación; en pocas palabras, la calidad de vida se ha deteriorado. 5

Por otra parte, en el campo de la salud se han sucedido una serie de cambios a lo largo del tiempo. Estos cambios están representados por la aparición de nuevas enfermedades y epidemias que anteriormente no se conocían y por la desaparición de otras que constituian posiblemente la principal causa de muerte en épocas

específicas. Estos avances en los estados de salud podrían relacionarse con el progreso y con las mejoras en el campo de la asistencia médica. Pero en realidad, diversos estudios no demuestran la existencia de una relación directa entre la desaparición de ciertas enfermedades y los avances en el campo de la medicina.

Por otro lado, durante generaciones ha existido una acentuada tendencia a ligar estrechamente la figura del médico a la salud; pero sin embargo diversos estudios proporcionan pruebas de que los médicos no han influido de una manera determinante en el desarrollo favorable o desfavorable de las epidemias y las enfermedades.

Cabe citar ejemplos de esto: Las infecciones que predominaban al comenzar la edad industrial pueden ilustrar cómo la medicina adquirió su reputación. Por ejemplo, la tuberculosis alcanzó una cima a lo largo de dos generaciones. La mortalidad por esta causa era indudablemente muy alta en Nueva York en 1812, y había disminuido a 370 por 10.000 en 1882, cuando Koch cultivaba y teñía el primer bacilo. La tasa había disminuido ya a 180 cuando se abrió el primer sanatorio en 1910, aunque la tisis ocupaba todavía el segundo lugar en los cuadros de mortalidad. Después de la Segunda Guerra Mundial, antes de comenzar a usarse los antibióticos, había bajado al undécimo lugar con una tasa de 48. De manera análoga, el cólera, la disentería y la fiebre tifoidea alcanzaron un máximo y luego disminuyeron

independientemente del control médico. Cuando se llegó a conocer su etiología o se obtuvo un tratamiento específico para esas enfermedades, ya habían perdido mucho de su importancia. 6 La tasa combinada de mortalidad por escarlatina, difteria, tosferina y sarampión, desde 1860 hasta 1965, en niños de menos de 15 años muestra que cerca del 90 % de la disminución total de la tasa de mortalidad durante ese período ya se había registrado antes de la introducción de los antibióticos y de la inmunización generalizada contra la difteria. 7 Parte de la explicación podría estar en una disminución de la virulencia de los microorganismos y el mejoramiento de la vivienda, pero con mucho el factor más importante fue una mayor resistencia del huésped a mejorar la nutrición. Actualmente, en los países pobres, la diarrea y las infecciones de las vías respiratorias superiores se registran con más frecuencia, duran más tiempo y provocan más alta mortalidad cuando la nutrición es mala, independientemente de que se disponga de mucha o poca asistencia médica. 8

Las situaciones anteriormente descritas, ilustran claramente la temática planteada, y tal como lo señala Illich, no se le puede acreditar al ejercicio profesional de los médicos la eliminación de antiguas formas de mortalidad. En este mismo sentido, diversos análisis consideran al ambiente como un factor determinante del estado de salud, tomando en cuenta, por supuesto, que éste abarca diversos

factores como son la alimentación, la vivienda, las condiciones de trabajo, entre otros. 9

El hecho de que la sociedad asocie profundamente al médico con la erradicación y curación de determinadas enfermedades, está condicionado actualmente también por el avance de la tecnología médica, el cual resulta imponente y avasallador, ocasionando la percepción de eficacia en todas las ocasiones. Si bien es cierto que los grandes avances de la medicina han permitido evolucionar ampliamente en ciertos campos de la medicina, también lo es el hecho de que el éxito en algunos casos de enfermedades o la aparición de otras, no se le puede atribuir en su totalidad al campo médico.

Otro aspecto que se deriva lo expresa Illich al afirmar que los efectos de la medicina constituyen una de las epidemias de más rápida expansión en nuestro tiempo. El dolor, las disfunciones, las incapacidades e incluso la angustia consecutivas a la intervención médica técnica rivalizan actualmente con la morbilidad producida por actividades relacionadas con el tráfico, el trabajo y aún la guerra. Sólo la malnutrición moderna va claramente a la cabeza. Esto es lo que se conoce como Yatrogénesis, es decir, las enfermedades producidas por el doctor, que abarcan en un primer plano aquéllas que se presentan en un individuo sano por la intervención médica; en un segundo plano, la medicina fomenta y refuerza la enfermedad como un estado

frecuente entre los miembros de la sociedad; "en un tercer plano, las llamadas profesiones de la salud tienen un efecto más profundo aún, que estructuralmente niega la salud en la medida en que destruye el potencial de las personas para afrontar sus debilidades humanas, su vulnerabilidad y su singularidad en una forma personal y autónoma." 10

Por otro lado, encontramos que la gente está cada vez más consciente del importante papel que juega el ambiente en el estado de salud de las personas. Sin embargo, existe todavía la creencia de que un aumento en la inversión en los servicios de salud y en la cantidad gastada en atención médica se traducirá en mejores condiciones de salud para los individuos.

Gran parte de la preocupación actual en el campo de la atención médica se centra en el rápido aumento de los gastos en servicios de salud que se ha producido durante los últimos 20 años. Otro campo que ha atraído creciente atención durante los últimos diez años es la calidad de los servicios de salud. Estas dos inquietudes no son, por supuesto, independientes. A medida que los gastos aumentaban, el interés en la calidad de los servicios adquiridos también ha aumentado, no solo debido a la presión para determinar si esos servicios son de calidad satisfactoria, sino también debido a la mayor inquietud respecto de la magnitud de algunos gastos en relación con el incremento correspondiente de la calidad.

Esta situación es bastante compleja de probar, ya que los estudios de disminución de costos y los estudios de costo-efectividad sólo pueden aplicarse a un limitado grupo de enfermos en el caso de atención domiciliaria, y a un limitado número de hospitales en el caso de nuevas pruebas diagnósticas. Esos estudios también sirven para indicar cuándo el costo de oportunidad del desarrollo de la atención hospitalaria resulta elevado en términos de las posibilidades que se pierden de mejorar la salud a través de la atención primaria. Además, es necesario tener en cuenta que, si bien la experiencia de los países desarrollados indica que los cambios de tecnología producen un aumento de costos, no se puede negar que los adelantos tecnológicos también permiten reducir costos en lo que respecta a la atención hospitalaria como resultado, por ejemplo, de mejores técnicas de diagnóstico o de una recuperación más rápida.

La situación llega hasta tal extremo que la asistencia de salud y la asistencia médica profesional forman parte de la vida de los individuos y de las metas perseguidas por la sociedad; son aspectos considerados en sus presupuestos, manifestándose también en lo que Illich señala como la *clasificación yatrogénica*, que se refiere a que los individuos aceptan como una verdad, la necesidad de requerir de la atención médica en sus distintas etapas de desarrollo, como el nacimiento, la infancia o la vejez. Es así como los estados de salud y su respectiva atención se convierten en valores intrínsecos a la

condición de las sociedades actuales. Prácticamente es un aspecto que evoluciona paralelamente al hombre, teniendo como centro de este fenómeno la figura del médico, que como se señaló anteriormente no siempre rige el curso de la enfermedad. 11

En la mayoría de los casos, se puede contar con que la atención médica alterará la dirección de los estados de salud previstos después del comienzo de la enfermedad. La magnitud de la alteración y si dicha alteración consiste en una mejoría o en un empeoramiento dependen de la pericia de quienes suministren los servicios de salud, la disponibilidad de recursos, el grado de desarrollo de la ciencia y la tecnología de la medicina, y varios factores que influyen en la gravedad de la enfermedad y en la capacidad de recuperación del paciente. Sólo en el mejor de los casos, el enfermo será manejado por un experto que trabaje en un medio donde los recursos no estén limitados.

La medicina actual, a su vez, centra su atención principalmente en la atención de individuos enfermos y no en la salud de las poblaciones. Es un proceso que cada vez se torna más mecánico. Para el médico *científico*, la medicina es una ciencia y cada tratamiento es una repetición más de un experimento con una probabilidad de éxito definida estadísticamente. 12 La medicina actual se preocupa entonces, por eliminar el dolor, la enfermedad y luchar contra la muerte principalmente. Estos lineamientos de conducta no se desarrollaban

anteriormente, pero ahora han llegado a convertirse en experiencias esenciales de los individuos. Es así como la gente empieza a dejar a un lado esa concepción del sufrimiento como parte inevitable de su enfrentamiento con la realidad, para pasar a interpretar al dolor como una necesidad de intervención de la ciencia.

Es bastante clara la influencia de factores socioculturales en la percepción y el manejo del proceso salud/enfermedad; algunos ejemplos de esto serán citados a continuación:

- Muchas personas tienen resistencia a percibir el hospital como el lugar donde uno se muere, y no creen que se dará allí el tratamiento adecuado a las partes del cuerpo.

- En algunas partes del mundo se utilizan las materias fecales para hacer brujerías y la gente rechaza utilizar a veces letrinas donde se puedan encontrar sus fluidos corporales y otras personas puedan utilizarlos para hacerles mal.

- En otros países se considera que la sangre es fuente de vida no regenerativa, por lo tanto, si se extrae, esto disminuye las posibilidades de una larga vida.

- En localidades donde la tradición cooperativista está muy arraigada, puede ser muy difícil tratar de establecer negocios privados, o al revés.

- Algunos estudios han demostrado que en América Latina, gran parte de las mujeres perciben los efectos secundarios de las pastillas anticonceptivas en términos de cambios en el cuerpo y de diferencia en la cantidad de flujo menstrual como importantes para el bienestar personal y la femeneidad, a pesar de la incomodidad. Por el contrario estudios en los Estados Unidos, demuestran que los mismos efectos secundarios son tolerados por las mujeres sin mayores problemas o simbolismos.

- Algunas enfermedades como el "mal de ojo", el "empacho", el "susto", la "fontanella caída" son definidas actualmente por la comunidad como enfermedades propias. Se resisten frecuentemente a tratarlas con médicos modernos, quienes pueden no compartir las mismas categorías cognoscitivas que la población.

- La gente se niega a utilizar cinturones de seguridad pues perciben que su libertad está amenazada. 13

2.3. Educación y Salud

El concepto de formación del capital humano mediante educación se basa en las ideas gemelas de que las personas, como agentes productivos, mejoran con la inversión en estos servicios y que estas inversiones proporcionarán un rendimiento continuo en el futuro. 14

Los servicios de salud y la educación se transforman por lo tanto en una parte del individuo, y de su efectividad en el desempeño en los distintos roles de la sociedad. Por lo tanto, la salud y la educación son inversiones conjuntas que se hacen en un mismo individuo; y frecuentemente el rendimiento de la inversión en salud se le atribuye a la educación.

Se podrían establecer muchas interrelaciones entre salud y educación, ya que por citar un ejemplo, algunos programas de salud están orientados a un tópico específico; entonces correspondería a la educación la formación del personal de salud, representado por profesionales y personal auxiliar, para que proporcione ese servicio de salud determinado de una manera adecuada.

Por otro lado, un aumento de la esperanza de vida por mejoría de la salud reduce la tasa de depreciación de la inversión en educación y aumenta su rendimiento. Por otra parte, un aumento de la eficiencia

productiva por una mejoría de la educación aumenta el rendimiento de una inversión en salud que salve vidas.

Igualmente, los niveles educativos determinan en un grado muy importante la demanda de servicios de salud y la selección de los tipos adecuados de servicios. Hay muchos datos que indican una correlación elevada entre la utilización de servicios de salud y el nivel educativo. Uno de los principales problemas de salud con los que se enfrentan los funcionarios de salud pública, es la educación de grupos de la comunidad para que utilicen los servicios públicos disponibles. Los retrasos en la demanda de atención, por ignorancia, intensifican los problemas de la enfermedad y convierten casos que podrían haberse prevenido o controlado en casos graves o fallecimientos prematuros.

La salud y la educación no son elementos que se utilizan para satisfacer deseos humanos simplemente, sino que además son una pieza importante del bienestar de los seres humanos. Los niveles de educación y salud son componenetes implícitos del nivel de vida. [15]

Los rendimientos en la inversión tanto en salud como en educación revierten en parte al individuo que hace la inversión y en parte a otros individuos. La adquisición de servicios de salud para la prevención de enfermedades contagiosas e infecciosas, beneficia a toda la comunidad. Los servicios de salud curativos contribuyen a

prevenir la extensión de las enfermedades; de este modo la adquisición de estos servicios por parte de un individuo, beneficia también a sus compañeros. Con la mejoría de su nivel de vida y el de sus compañeros aumenta entonces la productividad de la economía.

La salud como la educación, se financia principalmente por los fondos de consumo actual. No es tan importante que el individuo que gasta en educación se considere consumidor o inversionista como que los recursos utilizados para financiar los servicios provengan de fondos de consumo o inversión. 16 Denison hace hincapié en que los fondos utilizados para la educación, tanto públicos como privados, reducen principalmente el consumo y, por tanto, hacen una contribución neta positiva al crecimiento económico. Las inversiones en educación, considerando esta desviación de fondos del consumo a la inversión, aumentan el volumen total de la inversión, incluso aunque la tasa de rendimiento de la inversión en educación sea considerablemente menor que la de inversión en capital físico. 17 Las consideraciones de Denison sobre las fuentes de fondos para la educación son trasladables a las fuentes de fondos para la salud.

Igualmente cabe señalar que los servicios de salud y educación son financiados en la mayor parte de los países por el sector público de la economía por una parte, y por otra por el sector privado. Sin embargo, la proporción de la inversión entre ambos sectores varía de

un país a otro, así como la inversión en salud y educación puede ser diferente en un mismo país.

2.3.1. Sistemas de aprendizaje propios de la comunidad

Toda persona involucrada en el sector salud, se caracteriza por tener una responsabilidad educativa dentro de la comunidad. Esta labor puede ejercerse de varias maneras, bien sea a través de programas formales de educación o de una manera informal, que viene dada por la interacción continua con los individuos y grupos de la comunidad. El primer elemento será entonces, que el trabajador de salud esté consciente del papel que juega dentro de la sociedad.

Si se desea llevar a cabo un programa educativo en la comunidad, se deberán establecer en primer lugar las metas y los objetivos que se desean alcanzar. La meta es la razón de ser del programa y constituye el conjunto de logros que se desea alcanzar. Es importante que las metas del programa educativo sean acordes a las del programa de salud, y que contribuyan de algún modo al logro de las primeras. [18] Por ejemplo, si la meta del programa es mejorar las condiciones de salud de la comunidad, la meta del programa educativo será contribuir a ese mejoramiento a través del desarrollo de conocimientos, actitudes o hábitos que se procuran lograr como condición para alcanzar la meta.

Por otra parte, la definición de los objetivos, contribuye a dar una dirección al trabajo realizado en el programa educativo. En este sentido deben indicarse los cambios de conocimiento, actitudes o hábitos que se pretenden lograr; entre más específicos sean, más contribuirán al desarrollo de un programa efectivo.

El siguiente paso será el diseño de una estrategia educativa, que consiste en la identificación, selección e incorporación de métodos y técnicas para lograr el aprendizaje por parte de los individuos y grupos de la comunidad con que se trabaja. El punto de partida para el diseño de una estrategia educativa deberá ser la identificación y utilización de los recursos, métodos y técnicas de aprendizaje ya existentes en la comunidad. Entonces, la estrategia educativa es la identificación, selección e incorporación de metodologías y grupos de la comunidad con que se trabaja.

Un aspecto muy importante para que el programa resulte efectivo, es que el trabajador se familiarize profundamente con los medios que comúnmente usa la comunidad para obtener y transmitir información. Encontramos que en este sentido, en muchas comunidades la gente está acostumbrada a que ciertas personas de relevancia social condicionen su manera de pensar y actuar; un ejemplo de estas personalidades son los policías, los sacerdotes, los maestros, entre otros.

Por otro lado, existen comunidades que prefieren un tipo de actividades antes que otras; y lo que para una puede ser importante, para otra resulta ajeno. Esto es importante que el trabajador lo conozca, porque muchas veces el éxito de un programa puede estar en la comprensión de las cosas que le agradan y desagradan a una comunidad en particular.

Hay que tomar en cuenta también el hecho de que algunas comunidades han estado más expuestas que otras a actividades educativas y a la participación en proyectos colectivos. Es importante conocer estos aspectos con el fin de saber cuáles fueron los resultados de estos proyectos. Igualmente en el desarrollo de este tipo de actividades, generalmente surgen personalidades líderes de la comunidad, trabajadores voluntarios que podrían contribuir en el desarrollo del programa.

2.3.2. Inventario de las principales técnicas educativas

- **Charla:** Esta es una de las técnicas educativas más utilizadas en el área de educación para la salud. Se caracterizan por ser fáciles de organizar; permiten agrupar gran número de personas, así como despiertan en el público gran interés y curiosidad. Este tipo de técnica impide medir exactamente el aprendizaje de las personas; de igual modo, muchas veces es difícil conseguir buenos charlistas, y si los que se consiguen no son de muy buena calidad pueden conducir al

aburrimiento de los asistentes. Para lograr mejores resultados, en la charla deberían repartirse hojas de resumen, e ilustrar lo más posible el tema a través de láminas o gráficos.

- **Socio-drama (juegos de simulación):** en esta técnica se estimula altamente la participación, y permite tratar temas complicados de una manera muy relajada. Puede resultar agradable, pero requiere de tiempo para su preparación y control, y en muchos casos los participantes pueden sentirse ofendidos por el papel que les tocó interpretar. Por otra parte, permiten conocer las impresiones acerca de un determinado servicio de la comunidad, así como representar acciones o modelos de conducta sanitarios.

- **Teatro popular:** Ofrece la oportunidad de que entretiene a la audiencia; puede producirse a bajo costo. Es preciso adaptar el mensaje a la cultura y el lenguaje locales, así como buscar otras formas de entretener a la audiencia. El problema que presenta este tipo de técnica es que muchas veces los espectadores tienden a prestarle más atención a la forma que al contenido, lo cual reduce las posibilidades de alcanzar los objetivos deseados.

- **Narración de historias (cuentos):** Es bastante aceptable culturalmente, y estimula altamente la participación. Es bastante importante porque mantiene el interés de los espectadores. Los

problemas y hábitos de una comunidad pueden ser señalados de forma simulada sin ofender a los asistentes. Es preciso aplicar esta técnica en comunidades donde exista la tradición de contar cuentos, ya que si no puede resultar infantil.

- **Canciones:** Culturalmente es aceptable, y atrae bastante la atención de la audiencia. Es más conveniente utilizarla como técnica de motivación que como técnica de enseñanza.

- **Discusión en grupos:** En las discusiones de grupo, cada uno de los participantes emite sus opiniones acerca del tema, favoreciendo de este modo la participación y el intercambio de ideas. Para ello se necesita un moderador preparado.

- **Torbellino o lluvia de ideas:** Tiene la ventaja de que se ejecuta en muy poco tiempo, y es más efectiva en las audiencias de mayor nivel educativo. Es conveniente utilizar esta técnica en combinación con otra menos directiva.

- **Visitas domiciliarias:** Favorece el establecimiento de buenas relaciones entre las familias y los trabajadores de salud. Permite transmitir información relevante y oportuna, pero consume bastante tiempo, y generalmente se tiende a visitar a los domicilios más

accesibles. Es importante dejar a la familia visitada algún material impreso que sirva de instructivo.

- **Demostración:** Permite mostrar en forma práctica cómo se hacen las cosas. Es conveniente hacer participar a la audiencia en la demostración. Es más efectiva cuando la situación que se presenta es lo más cercana posible a la vida real, así como combinarla con discusiones y materiales escritos.

2.4. Situación General de la Salud en Venezuela y sus tendencias

Venezuela en la actualidad, se encuentra atravesando una de las peores crisis económicas y financieras de las últimas décadas, producto de administraciones anteriores y de la errada política en materia económica, financiera y social que llega a la cúspide con la debacle del sector financiero del país, así como la presión inflacionaria y la devaluación de la moneda, que llevaron al gobierno nacional a tomar decisiones severas que evitaran que se siguiera agudizando la crisis, tales como un régimen de control de cambio, destinado a detener la presión sobre las divisas y el control de precios para contener los brotes especulativos que han deteriorado cada vez más el bienestar social y la calidad de vida del venezolano.

El período de 1989 a 1993 es caracterizado por un marcado proceso de descentralización administrativa que tiene importantes efectos sobre todo en el sector salud. En 1989 se realizan por primera vez las elecciones de los gobernadores de estados y los alcaldes de los municipios del país por votación directa; las segundas elecciones se realizan en diciembre de 1992.

En ese mismo período se realiza un período de ajuste económico con acuerdos con el F.M.I., reestructuración de la deuda externa y programas de compensación para disminuir el impacto del ajuste sobre los segmentos más desprotegidos de la población venezolana. Es un período en el cual los índices de inflación superan los valores del país en los cuatro años anteriores, con crecimiento del Producto Interno Bruto y concentración de los ingresos. Los problemas de orden estructural y coyuntural de naturaleza económica han tenido efecto directo sobre la prestación de servicios de salud, convirtiéndose en una de las áreas más afectadas el ámbito que se refiere a la calidad de atención y algunos indicadores específicos.

2.4.1. Salud y condiciones de vida en Venezuela

A continuación se describirán de manera general los principales problemas de salud que afectan a la población venezolana. Cabe destacar que los datos señalados corresponden a investigaciones realizadas por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social hasta el año 1993, que aunque no son los más recientes permitirán ilustrar cuál es la situación que se vive en el país, ya que muchos de los aspectos no han variado desde esa fecha.

En diciembre de 1991 se desata en el país la epidemia del cólera, la cual en el transcurso de un año se extiende a casi todo el territorio nacional debido a la existencia de problemas de saneamiento y situaciones de malas condiciones de vida que afectan a varios sectores de la población, especialmente del área rural y áreas urbanas marginadas. La epidemia del cólera probablemente se extenderá por muchos años en nuestro país, pero sin embargo no alcanza niveles tan dramáticos como en otros países de América Latina.

Muchos estudios realizados sobre la magnitud de la pobreza crítica en el país demuestran que las condiciones de vida en el país se han empeorado a lo largo de los últimos años; más aún si se observa la problemática hacia las diferencias entre los grupos humanos en mejores y peores condiciones, produciéndose un aumento considerable del porcentaje de la población que representa el sector de pobreza crítica. Esta situación tiene repercusión directa en las condiciones de salud de los diferentes grupos humanos del país. Siendo más específicos, la mortalidad infantil es dos veces y media más alta en el grupo en peores condiciones que en el primero, la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles es tres veces superior en el grupo extremo, la tasa de mortalidad por causas perinatales es seis veces mayor, con las tasas por causas

cardiovasculares, neoplasmas, externas y otras manteniéndose en rangos comparables, con variaciones de más o menos un veinte por ciento.

2.4.1.1. Mortalidad

Datos arrojados por investigaciones realizadas por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social señalan que la tasa bruta de mortalidad para 1991 era de 4.70 por mil habitantes, cifra que ha sufrido muy pocas variaciones desde esa fecha. De igual modo estos datos señalan que las principales causas de muerte en el país son las siguientes; enfermedades del corazón, cáncer de todo tipo, accidentes de todo tipo, ciertas afecciones originadas en el período perinatal, enfermedades cardiovasculares, neumonías, suicidios y homicidios, diábetes miellitus, enteritis y otras enfermedades diarreicas, y anomalías congénitas.

2.4.1.2. Morbilidad

Conocer los datos sobre morbilidad resulta bastante difícil ya que prácticamente la única fuente de datos es el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social a través de sus diferentes direcciones y divisiones, ya que el resto de las instituciones del sector público y especialmente del sector privado no informan o lo hacen de manera parcial. En este sentido existían estimaciones de que el sector público cubría cerca de un 90 % de la población, lo cual no parece ser cierto de acuerdo a los

resultados arrojados por la encuesta social de 1991 que señalan que para la población de 10 y más años con enfermedades agudas o lesiones que solicitó atención, solamente el 54,4 % acudió a un ambulatorio u hospital público, el 34,0 % fue atendida en clínicas privadas y el 11,6 % restante buscó atención en otros establecimientos, tales como farmacias, servicios médicos del trabajo, entre otros.

Los sistemas existentes de recolección de información corresponden a la División de Enfermedades Transmisibles, a la Dirección de Endemias Rurales y a la Dirección de Dermatología Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. El sistema de mayor cobertura y que incluye más información es el de Enfermedades Transmisibles, con la publicación de un boletín epidemiológico semanal, con cerca de un 80 % de los establecimientos ambulatorios y hospitales del Ministerio informando. De acuerdo con las cifras de cobertura anterior los datos recolectados por este sitema representan menos del 44 % de los casos correspondientes a la población que busca atención. No existen estudios para determinar si el perfil epidemiológico de este subgrupo atendido en los establecimientos informantes corresponde al de la población general.

De acuerdo a la información suministrada por los establecimientos denunciantes para 1989 y 1990, cuatro de las cinco primeras causas de consulta son infecciosas, a excepción de los

accidentes que ocupan el quinto lugar. Las diez primeras son, catarro, amigdalitis crónica, gastroenteritis en menores de dos años, helmintiases, accidentes en menores de quince años, anemias, heridas, asma bronquial, piodermitis, y disenterías no especificadas en personas de dos años en adelante.

2.4.2. Principales problemas de Salud por grupos humanos

2.4.2.1. La Salud Perinatal, del niño y del Adolescente

La tasa de mortalidad infantil ha bajado de manera acentuada en Venezuela en los últimos 30 años, pero sin embargo, a partir de 1989 se ha producido un ligero ascenso, lo cual puede deberse a la crisis económica y al deterioro notable de la infraestructura de atención.

Estas cifras de muerte en niños pueden deberse al hecho de que solamente un 22,5 % de las mujeres en el noveno mes de embarazo habían tenido cuatro o más controles prenatales, y de este mismo grupo, un 32,3 % recibieron estos servicios en establecimientos del sector privado. Igualmente se produjo un aumento del porcentaje de niños nacidos con un peso inferior a 2.500 kg. de entre el 12 % y 13 % en la Maternidad Concepción Palacios en el período de 1986 a 1989.

En Venezuela existen grandes problemas en la calidad de atención de los partos, generando los siguientes hechos: la primera causa de las muertes de los menores de un año son la hipoxia, asfixia y otran enfermedades respiratorias, correspondiendo a un 29,7 % del

total, y gran la mayoría de los casos eran de recién nacidos. Las lesiones y complicaciones debidas al parto, provenientes o no de la madre representan un 4,2 % de las muertes de menores de un año.

La segunda causa de muerte en menores de un año son las enteritis y otras enfermedades diarreicas, y cerca del 13 % de los niños menores de dos años habían tenido por lo menos un episodio de diarrea. Esto puede deberse en gran medida a las condiciones de vida y hábitos de la madre, ya que por ejemplo, la práctica de la lactancia materna es considerada como un factor que disminuye en gran medida la incidencia de este tipo de enfermedades; según datos arrojados por la encuesta social de 1991 revelan que del grupo seleccionado de menores de un año, el 12,1 % eran alimentados exclusivamente con leche materna, el 57,7 % recibían alimentación mixta (leche materna y biberón), y el 29,8 % tomaban exclusivamente biberón de leche artificial.

Por otro lado, es importante señalar que se ha producido un aumento en la cobertura de los planes de inmunización en menores de un año, sobre todo en los casos de la vacuna antipoliomelítica oral y la antisarampionosa, lo cual parece haber arrojado resultados positivos, ya que el último caso de poliomelitis informado en Venezuela ocurrió en 1989, y de los cinco indicadores principales exigidos para certificar

la erradicación de esta enfermedad, Venezuela cumplía con cuatro de ellos para 1992 y los cinco en el primer trimestre de 1993.

Ocurrieron cincuenta casos de tétano neonatal en 1988, 37 en 1989, y 37 en 1991. Para 1992 se establece un plan de eliminación de esta enfermedad, tomando como base el comportamiento epidemiológico y la identificación de las parroquias de alto riesgo, ya que diversos estudios han revelado que la mayor incidencia de esta enfermedad ocurre en aquellos grupos de la población que tienen un 80 % o más de necesidades básicas insatisfechas. El criterio de riesgo del tétano neonatal no tiene que ver necesariamente con la existencia de un caso en una población determinada, sino con la presencia de determinadas condiciones de vida.

El sarampión, por otra parte, es endémico en Venezuela, con tendencia histórica a la disminución, y presentándose epidemias cada cinco años aproximadamente.

En el grupo de edades de uno a cuatro años, la primera causa de muerte son los accidentes, seguido por las enfermedades infecciosas respiratorias agudas y las diarreas. En el grupo de cinco a catorce años el porcentaje de muertes por accidentes se eleva, representando más de la mitad de las muertes en el grupo de quince a veinte y cuatro años de edad. En este mismo grupo, el problema de las

drogas se incrementa cada vez más, especialmente en las grandes áreas urbanas.

De acuerdo con el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional del Instituto Nacional de Nutrición en 1990 para el grupo de menores de diez años, el porcentaje de insuficiencia de peso para la edad era del 25 %, el de talla para la edad de 30,7 % y el de peso para la talla de 18 %.

2.4.2.2. La Salud del Adulto

Para el total del país, el grupo de causas de muerte más importantes es el de las enfermedades cardiovasculares, seguido de los neoplasmas. La tasa de mortalidad para este grupo de causas para todas las edades es de 132,8 por mil habitantes, pero la real importancia de este grupo está representada por la población con edad de cuarenta y cinco años en adelante.

La tasa de mortalidad para el grupo de causas cardiovasculares es de 316,5 por 100.000 entre cuarenta y cinco a sesenta y cuatro años. Esta tasa varía considerablemente de un grupo a otro, dependiendo de las condiciones de vida y del porcentaje de necesidades básicas insatisfechas. Así la tasa para el grupo de cuarenta y cinco a sesenta y cuatro años de edad es 56 % más alta en los grupos de peores condiciones que en los de mejores. En el caso de

los neoplasmas, la situación es diferente ya que las cifras son prácticamente las mismas en todos los estratos.

Las enfermedades transmisibles se agudizan en la población de peores condiciones de vida. Las tasas de mortalidad específica por enfermedades transmisibles son aproximadamente cuatro veces menores a las de las cardiovasculares, independientemente de las condiciones de vida.

Los datos sobre morbilidad son prácticamente inexistentes para los problemas de salud del adulto. Solamente existen estudios aislados en áreas restringidas y no se puede estimar con precisión la magnitud que alcanzan problemas como cirrosis hepática, enfermedades renales, que seguramente ocupan una parte importante de los problemas de salud del adulto.

2.4.2.3. La Salud de la mujer

La mortalidad materna se ha mantenido por varios años cerca de 0,6 por mil nacidos vivos.

El programa citológico del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social tiene una cobertura muy baja ya que alcanza menos del 20 % y existen indicaciones de que está manteniendo esta cifra anualmente, sin la incorporación de nuevos pacientes. Sin embargo, los datos

señalan que la mortalidad por cáncer de cuello uterino se ha reducido notablemente en los últimos treinta años. La tasa de mortalidad por cien mil mujeres era cerca de 17 en 1960, y bajó a menos de la mitad, es decir, 8,2 por cien mil para 1990.

Por otro lado, aunque en el país se han reducido los índices de fecundidad notablemente, los programas de planificación familiar no han alcanzado la cobertura deseada. El programa del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social presentó para 1991 una cobertura de 14,5 % de las mujeres en edad fértil. El 17,7 % de los nacimientos registrados en 1988 fueron de madres con edades inferiores a 20 años y el 10,9 con edades entre quince años y menos.

2.4.2.4. La Salud de la tercera edad

Según datos suministrados por el censo de 1990, el grupo con edad de sesenta y cinco años y más ha alcanzado un 4,0 % de la población. En Venezuela existe el Instituto Nacional de Geriatría (INAGER) destinado a brindar atención integral a las personas de edad avanzada. Este instituto desarrolla una labor importante, especialmente en la promoción de la necesidad de extender la cobertura y atención a este sector de la población. Sin embargo, su cobertura es bastante baja ya que en 1992 el INAGER atendió aproximadamente cincuenta y un mil consultas de este tipo, mientras que el Ministerio de Sanidad y

Asistencia Social realizó más de treinta y cinco millones de consultas de todo tipo.

2.4.2.5. La Salud de los trabajadores

En Venezuela, las cifras de afiliación al Instituto Venezolano del Seguro Social (IVSS) son muy bajas y desiguales; en el Estado Bolívar son bastante altas por el desarrollo de actividades como la minería y la industria pesada, mientras que en el Estado Mérida son muy bajas, donde predominan actividades como la agricultura y los servicios. A nivel nacional la cifra es de un 37 % aproximadamente.

La tarea inicial en este sentido deberá ser el mejoramiento de los sistemas de registro de accidentes de trabajo y de exposición a factores de riesgo ocupacionales. Los datos disponibles en la actualidad son muy escasos. El número total de accidentes de trabajo registrados por la División de Seguridad y Prevención de Accidentes y hechos violentos del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social ha sido de solamente veinte y dos mil ochocientos para el período de 1985 a 1989, comparados con más de seis millones de personas económicamente activas en el país.

Especialistas en el área estiman que cada año ocurren alrededor de cien mil accidentes de trabajo, con una cifra de alrededor de mil

quinientos trabajadores que mueren a consecuencia de estos accidentes y cerca de diez mil quedan incapacitados.

2.4.2.6. La Salud del Indígena

La población indñigena en Venezuela está representada por más de 314 mil personas, lo cual representa el 1,55 % de la población total del país, que habita principalmente en las fronteras con Colombia, Brasil y Guyana. Sin embargo, a consecuencia de los frecuentes movimientos migratorios viven desplazándose en esa zona. Los datos sobre morbilidad y mortalidad en este sector de la población son muy escasos, pero sin embargo se conocen algunos problemas específicos. El 35 % de los casos de cólera en el país ocurrieron en poblaciones indígenas, principalmente goajiros y waraos.

Datos arrojados por un estudio realizado por la OPS en 1992 sobre la salud indígena en las Américas, señalan que las condiciones de vida de casi todos los grupos indígenas son malas y conducen a altas tasas de morbilidad por enfermedades de la pobreza como las diarreas, las infecciones respiratorias agudas en la infancia, las parasitosis intestinales, entre otras. En estas poblaciones, los índices de mortalidad infantil son bastante elevados.

2.4.3. Enfermedades de mayor incidencia en la población venezolana

2.4.3.1. Enfermedades transmisibles

Las enfermedades transmisibles constituyen una importante causa de mortalidad en Venezuela, especialmente en el sector de la población con peores condiciones de vida, hasta el punto de que las enfermedades respiratorias agudas están entre las diez primeras causas de muerte para todos los grupos, y el Mal de Chagas está entre las primeras diez en la población con edad de cuarenta y cinco años en adelante.

Las enfermedades transmisibles de mayor importancia por su extensión y por el número de personas afectadas en Venezuela son las siguientes:

2.4.3.1.1. Malaria

Esta enfermedad se ha desarrollado principalmente desde 1988. Para 1992 el número de personas afectadas por esta enfermedad era la mitad de la cifra del año anterior. En realidad no se puede saber con certeza si esta disminución es real o es producto de conflictos laborales en los sistemas de vigilancia epidemiológica.

Igualmente esta disminución puede estar asociada con la reducción de concesiones mineras, el cierre de minas, el desplazamiento de la población minera a otros sectores del país, y el

inicio de la exploración minera mecanizada en otras partes de Venezuela.

En los años sesenta existía una enorme expectativa de erradicación de esta enfermedad en Venezuela. Sin embargo, se han producido dos brotes explosivos en los últimos treinta años, que se han debido a los cambios demográficos y socioeconómicos ocurridos en las áreas de mayor incidencia. El crecimiento de esta enfermedad en el período de 1970 a 1973 puede deberse a la inmigración hacia el Estado Bolívar, hacia las áreas de minería, principalmente por el descubrimiento de diamantes. En la década de los ochenta se descubren en este mismo estado nuevas minas de oro, lo cual ocasiona nuevos flujos migratorios.

La malaria a su vez se ha extendido de estos sectores a otros de la población, debido a la extrema movilidad de los grupos mineros, quienes no permanecen más de seis semanas en el área de las minas.

El programa antimalárico del país centra su atención en la erradicación de esta enfermedad, objetivo que es bastante ambicioso ya que pretende intensificar la promoción y educación sanitaria en las comunidades identificadas como de riesgo.

2.4.3.1.2. Dengue

El brote de dengue iniciado en 1989 puede deberse en cierta medida a la derivación de recursos para el control de la malaria por el brote explosivo de ésta. Desde 1950 han ocurrido varios brotes epidémicos, y puede considerarse como el más importante el más reciente ocurrido en el período de 1989 a 1990 en el cual se registraron aproximadamente más de doce mil casos que afectaron a un 70 % de la población venezolana.

2.4.3.1.3. Enfermedad de Chagas

Los vectores de esta enfermedad son encontrados en 86,5 % de las parroquias del país, correspondientes al 78 % del área total. El área afectada alcanza prácticamente a todo el país, especialmente a los estados Portuguesa, Lara, Trujillo, Cojedes, Carabobo, Barinas, Sucre, Mérida, Miranda, Guárico, Yaracuy, Anzoátegui, Aragua, Falcón, y Zulia.

Las estimaciones de los programas de control de la enfermedad consideran que existen todavía más de ochocientos mil enfermos en el país, es decir que éstos han alcanzado un éxito relativo en las últimas tres décadas.

La situación de pobreza representa el principal factor de riesgo de la enfermedad, y la Dirección General Sectorial de Saneamiento

Sanitario Ambiental ha tratado de coordinar el programa de control de la enfermedad de Chagas y los programas de construcción y mejoría de viviendas rurales y campesinas considerando que ellos representan la real solución para el problema de control de los vectores.

2.4.3.1.4. Esquistomiasis intestinal (Bilharzia)

El área con mayor probabilidad de riesgo para esta enfermedad es la zona centro-norte costera del país, donde habitan cerca de siete millones de habitantes, de los cuales aproximadamente un millón y medio están expuestos al riesgo de contraer la enfermedad.

La prevalencia ha disminuido considerablemente desde la creación del programa nacional de control en 1943, bajando de 14 % en el periodo de 1943 a 1960 a 0,7 % en el período de 1986 a 1990.

Un aspecto positivo en el proceso de control de la esquistomiasis en Venezuela ha sido la creación en 1984 del Grupo de Investigación en Esquistomiasis con la participación de la Universidad Central, La Universidad de Carabobo, el Instituto Nacional de Investigaciones Científicas y el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

2.4.3.1.5. Lepra

En el período de 1985 a 1991 se han registrado todos los años entre cuatrocientos y quinientos casos nuevos. La tasa de prevalencia es de 4,52 por diez mil habitantes. Los estados con mayor riesgo son Apure, Táchira, Mérida, Trujillo y Barinas. El Instituto de Biomedicina estima que en los últimos cuarenta años la incidencia de lepra en el país bajó de diez y seis por cien mil en 1951 a 2,3 por cien mil en 1991

2.4.3.1.6. Cólera

El primer caso de cólera en el país fue registrado el 3 de diciembre de 1991; a finales de ese año se registraron un total de quince. Esta enfermedad se ha extendido en el territorio nacional hasta el punto de llegar a afectar a 18 de las 23 entidades federales.

La epidemia se inició en el país en el estado Zulia, específicamente en el área habitada por los goajiros. Posteriormente ocurrieron dos brotes , uno en el estado Delta Amacuro entre los indios waraos, y otro en el estado Sucre. Estudios realizados revelan que hasta el 2 de enero de 1993 habían sido diagnosticados 2.852 casos con 1.226 hospitalizaciones y 68 defunciones.

2.4.3.1.7. Sida y otras enfermedades de transmisión sexual

La mayor incidencia de esta enfermedad es en el grupo de personas con edades comprendidas entre los veinte y cuarenta y

nueve años de edad. Hasta diciembre de 1992 se habían registrado un total de dos mil trescientos cuarenta y dos casos de Sida en Venezuela, produciéndose un aumento de más del doble desde 1989. Del 74,3 % de los casos se conocen los factores de riesgo asociados; en su mayoría se trata de homosexuales o bisexuales, hemofílicos, drogadictos, o una mezcla de estas. A partir de 1990 aumentan los casos en mujeres y entre 1990 y 1992 se registraron un total de diez y nueve casos de transmisión perinatal. Otra de las causas de esta enfermedad son las transfusiones de sangre, sin embargo esta razón ocupa un porcentaje bastante bajo. Hasta diciembre de 1992 se han registrado un total de 1.229, representando una letalidad del 52,5 %.

Para otras enfermedades de transmisión sexual existen problemas para el registro de datos. Sin embargo, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social ha registrado una leve disminución en la incidencia de varias enfermedades como son la sífilis y la gonorrea.

2.4.3.1.8. Otras enfermedades transmisibles

La hepatitis viral puede ser considerada como un problema de salud pública importante en Venezuela. En 1992 se registraron en los establecimientos del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social un total de más de diez y seis mil casos de hepatitis; en 1991 se registraron más de diez y ocho mil.

Por otro lado entre 1989 y 1992 se diagnosticó un promedio anual de mil 1700 casos de leishmaniasis con predominio de las formas cutáneas localizadas. Esta enfermedad se ha registrado en la mayoría de los estados venezolanos, a excepción de los estados Nueva Esparta y Delta Amacuro.

En el año 1991 fueron notificados 5.216 casos nuevos de tuberculosis, de los cuales un 86 % son de localización pulmonar. Otro dato significativo es que para 1989 un 0,9 % de las muertes registradas en el país tuvieron de alguna forma la tuberculosis como causa. Igualmente la tasa de mortalidad de tuberculosis es aproximadamente veinte veces mayor en los estratos con peores condiciones de vida.

A partir de 1989 surgen en el municipio Guanarito de el Estado Portuguesa casos de un proceso con manifestaciones hemorrágicas que al principio fueros confundidos con la fiebre hemorrágica del dengue. En 1990, a partir de muestras de suero de pacientes fallecidos se aisló un nuevo agente viral que recibió el nombre de virus de Guanarito. La nueva enfermedad es bastante semejante clínica y epidemiológicamente a la fiebre Lassa del África occidental y a las fiebres hemorrágicas de Argentina y Bolivia. La nueva enfermedad recibió el nombre de Fiebre hemorrágica de Venezuela. El virus también fue aislado en dos diferentes especies de roedores de la región.

2.4.4. Factores de riesgo asociados a problemas de salud

2.4.4.1. Desastres naturales y accidentes industriales

En los últimos años no han ocurrido en Venezuela importantes accidentes naturales o industriales; sin embargo, existe el potencial para su ocurrencia ya que una gran parte de Venezuela está en áreas sísmicas, y la industria petrolera y petroquímica son las más importantes del país.

Se han desarrollado planes de contingencia con la participación de organismos públicos y privados que han creado los Comités de Auxilio Mutuo ante emergencias, bajo la coordinación de la Oficina de Emergencias y Desastres del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

2.4.4.2. Vivienda y urbanización

De acuerdo a los datos arrojados por el censo de 1990, un 12,6 % de las viviendas de los venezolanos fueron calificadas como "ranchos"; es así como se observa una disminución ya que para el censo de 1950 el porcentaje era de un 46,7 %. Las razones son muy variadas, pero sobre todo hay que destacar la consolidación de este tipo de vivienda en el país, por lo cual van experimentando una serie de reformas estructurales y de servicios, lo cual permite calificarlas como "casas" en vez de "ranchos"

El problema de la vivienda se agrava más en las zonas rurales, especialmente en los estados Apure, Delta Amacuro, Portuguesa y Amazonas.

2.4.5. La respuesta social a los problemas de salud

2.4.5.1. Situación Actual del Sector Salud

El sector salud en Venezuela está integrado por más de 70 instituciones del sector privado con o sin fines de lucro. La mayoría de las instituciones ejecutan solamente acciones de restitución de la salud.

También existe una amplia variación en tamaño y cobertura. Se estima que el sector privado cubre aproximadamente un 10 % de la población, cifra que resulta bastante alarmante. Existen en el sector público cinco instituciones con un número importante de población a atender, las cuales son, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (I.V.S.S.), la Gobernación del Distrito Federal (G.D.F.), el Instituto de Previsión Social del Ministerio de Educación (I.P.A.S.M.E.), y Sanidad Militar.

De las instituciones anteriormente mencionadas, el I.V.S.S. y el I.P.A.S.M.E. están destinadas a la atención de población selectiva que es capaz de cubrir dichos servicios; Sanidad Militar

atiende sólo al personal de la Institución Armada y a los familiares beneficiarios; La Gobernación del Distrito Federal tiene acción geográficamente limitada a la Entidad Federal; es entonces el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social el que se encarga de atender a la alarmante cifra de la población que busca atención médica.

En el presente la planificación y las acciones de sus diferentes entes se hace por separado, y con muy poca o ninguna participación.

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social es el único organismo que desarrolla actividades integrales para toda la población. Desde el punto de vista funcional el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social ha dividido el país en veinte y regiones de salud, las cuales a su vez están subdivididos en distritos sanitarios. Estos sectores generalmente corresponden a los estados, a excepción del sector capital que abarca el Distrito Federal y una parte del Estado Miranda en el área metropolitana de Caracas. Generalmente cada distrito sanitario está constituido por uno o más municipios, sin embargo hay casos en que un solo municipio está dividido en varios distritos sanitarios. La organización de las funciones es la siguiente; cada región de

salud es dirigida por un Director Regional del Sistema Nacional de Salud y los distritos son dirigidos por un jefe.

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social cuenta con la red más amplia; a fines de 1992 contaba con veinte y ocho ambulatorios tipo III, sesenta y un urbanos tipo II, quinientos veinte y un urbanos tipo I, seiscientos ochenta y nueve rurales tipo II y dos mil cuatrocientos noventa y ocho rurales tipo I. Para este mismo año, de los 609 hospitales, 298 correspondían al sector público y 311 al sector privado.

El número de médicos ha aumentado de 28.400 en 1987 a 32.616 en 1992. Igualmente, funcionaban en el país 1.820 laboratorios clínicos del sector privado y 557 del sector público.

La distribución territorial de los recursos es bastante heterogénea. La infraestructura ha crecido en términos absolutos, pero ha bajado para algunos indicadores per cápita, como el número de camas hospitalarias que pasa de 2,74 por mil habitantes en 1985 a 2,61 por mil en 1992.

Dentro del contexto general de la crisis que atraviesa el país, el sector salud se ha visto seriamente afectado entre otros,

por los siguientes factores (estos factores han sido desarrollados por el MSAS y planean darles las soluciones necesarias):

1. Pérdida de la misión fundamental del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, como ente rector de las políticas de salud en Venezuela.

2. Toma de decisiones centralizadas en los niveles normativos del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, que han obstaculizado, por un lado el funcionamiento y desarrollo de los programas a nivel operacional obviando las necesidades y realidades locales de salud, y por el otro el proceso de descentralización, sin olvidar la competencia de poderes entre las autoridades nacionales y regionales en cuanto a la rectoría de los mismos.

3. Daño de la imagen del sector salud, del Ministerio y de sus ministros como consecuencia del deterioro de los servicios de atención médica.

4. Mala administración de los recursos económicos por carecer de una política de supervisión y control, lo cual propició la corrupción y la malversación de fondos destinados al sector salud.

5. Ausencia de parámetros de evaluación que impidieron medir los procesos, resultados e impactos de los programas sociales de la población.

6. Deterioro de la infraestructura y equipos de los establecimientos de salud que han imposibilitado brindar una asistencia médica acorde a los requerimientos y demandas del país.

7. Programas de salud orientados hacia lo curativo en desmedro de la acción preventiva en salud.

8. Conflictos de carácter laboral por el incumplimiento reiterado por parte de las administraciones pasadas del pago de los compromisos adquiridos con el personal profesional, técnico y obrero del Ministerio, lo cual trajo como consecuencia la paralización en múltiples ocasiones de los servicios de salud, sumado a la escasa motivación del personal, producto de la ausencia de una política adecuada de recursos humanos.

Las políticas de salud del Estado Venezolano han tenido desde 1936, fecha de creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, hasta los momentos actuales sus bases fundamentales en la llamada "Doctrina Sanitaria Integralista" en

la que en el correr del tiempo se han venido incorporando una serie de nuevos conceptos, expresiones del conocimiento tanto nacional como internacional, en especial de la Organización Mundial de la Salud.

Antes de la fecha mencionada anteriormente, Las Oficinas de Sanidad se dedicaban exclusivamente a la medicina preventiva, haciendo énfasis en el saneamiento básico, y pretendiendo la desvinculación de la medicina curativa. En aquélla época se podía considerar como principal causa de las enfermedades a la insalubridad.

Se crea entonces el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, formando sus bases en las ideas predominantes en países cultural y sanitariamente más avanzados. De aquí resulta el cuerpo básico de la doctrina del Ministerio, donde lo curativo y lo preventivo no se excluyen como se hacía anteriormente, y el saneamiento básico tiene gran importancia. El Ministerio se organiza en base a dos direcciones: la de salubridad y la de Asistencia Social. Los establecimientos curativos existentes eran de los estados y los municipios. Del Ministerio se desprendieron, los dispensarios primero y después las unidades sanitarias, con médicos higienistas formados en el exterior que trabajan en el

área de lo preventivo y lo curativo en las grandes endemias: Tuberculosis, Malaria, Viruela, Parasitosis, entre otras.

En 1945 el movimiento político de octubre influyó en la transformación o "Resolución Sanitaria" que se venía gestando. Es entonces cuando se oficializa la "Doctrina Sanitaria Integralista" resumida en tres aspectos fundamentales defensa, fomento y restitución. Se incorporan los conceptos de salud de la OMS, recién creada, que incluye el concepto de bienestar físico, mental, social, como expresión de solidaridad y base fundamental para la paz.

La "Doctrina Sanitaria Integralista", concibe tanto a la salud como a la enfermedad como fenómenos ecológicos, ocasionados por múltiples causas: hereditarias, congénitas biológicas, químicas, físicas, familiares y colectivas donde el ambiente natural y cultural juegan un papel fundamental en el fomento, la conservación y la restitución de la salud, tanto en su aspecto físico, como mental y especialmente el social, y hacen posible el bienestar y el desarrollo integral de personas, familias y comunidades.

En 1965 se realiza un avance en ese sentido, ya que se incorporan los conceptos de niveles de prevención incluyendo el

diagnóstico y el tratamiento precoz de las enfermedades, la minimización de sus daños y la rehabilitación; y los conceptos de salud y enfermedad como fenómenos ecológicos. Esto le da al concepto de salud una dimensión más amplia, ya que no se considera exclusivamente como un producto del Sector Salud.

Cabe citar también en 1978, la declaración de Alma Ata de la Organización Mundial de la Salud, la cual incorpora el propósito de elevar los niveles de calidad de vida, con el fin de dar al ser humano la capacidad de producción, para incorporarlo al desarrollo individual familiar y colectivo.

Entonces, podríamos afirmar que las políticas del Estado Venezolano en lo referente al Sector Salud, han venido evolucionando en base a tres conceptos:

1. Las situaciones epidemiológicas

2. La evolución de la doctrina

3. Las variables de las reformas políticas

Se inicia la obligatoriedad de pasantía rural de los médicos en el interior del país. Se crean los centros de salud, unión de

hospitales (de carácter curativo) y las unidades sanitarias (de carácter preventivo).

Para 1948 Venezuela crea las llamadas Redes Tuberculosas, que actúan como un sistema de control de esta enfermedad en base de niveles de atención de complejidad reciente, donde la atención es integral.

Cuatro años más tarde se organizan y demarcan los llamados Distritos Sanitarios.

En 1964 se crean los Servicios Cooperativos de Salud, con una estructura operacional similar a la Región Sanitaria del Estado Aragua, con la unificación de los recursos de las Gobernaciones y Estados y los del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

En 1982, se crean las Regiones Sanitarias, se oficializan y normalizan los Distritos Sanitarios como células administrativas y asistenciales de las Entidades Federales; se ordena la desconcentración y transferencia de la autoridad y los recursos a las Direcciones de Salud de las Regiones; se creaban entonces tres niveles de autoridad en la organización central,

político y normativo, regional, direccional, supervisor y de control y uno local en el Distrito Sanitario operativo.

Cabe reseñar un acontecimiento bastante importante: en junio de 1987 se dicta la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud que reafirma y profundiza los conceptos regionales, se crea un Sistema Nacional con autonomía en el Distrito Federal y los estados, se unifican los servicios de atención médica de todo el sector, se reafirma la concepción integral unitaria y se considera que la estructura y funcionamiento del Sistema tendrá como base la participación de la población organizada dándole carácter de Servicio autónomo al sub-sistema de atención médica, creando un sub-sistema de información, catastro nacional de salud, para la toma de decisiones y la planificación estratégica. Igualmente, se establece el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social como organismo rector del sector, estableciéndose un plazo de diez años para la implementación.

En junio de 1989 se reforma la Ley Orgánica de Régimen Municipal, iniciando el proceso de reforma del Estado con la transformación de los distritos políticos en municipios autónomos, a los cuales se les asigna competencias en los componentes hoslísticos de la salud y el bienestar.

En ese mismo año se realiza la elección popular de Gobernadores y Alcaldes y se dicta la Ley Orgánica de Descentralización y Transferencia de Competencia del Poder Público, que como su nombre lo señala descentraliza las funciones del Sector, observando la Dirección Técnica, las normas administrativas y la coordinación de los servicios destinados a la defensa de las mismas que disponga el Poder Nacional.

Podríamos resumir que desde 1958 hasta ahora se han elaborado ocho planes de la nación, dentro de los cuales se contempla el Plan Nacional de Salud; simultáneamente y sincronizado con ellos, especialmente en el VIII plan vigente se viene desarrollando un proceso presidido por la Comisión Presidencial para la reforma del Estado (COPRE), tan es así que este VIII Plan de la Nación donde se ligan los lineamientos generales de la política se le conoce como el gran viraje. Esto significó que para el sector salud las políticas establecidas por los decretos de regularización, la confirmación de ellos en las Leyes Orgánicas del Sistema Nacional de Salud y la de descentralización hacen posible el desarrollo de las estrategias confluentes como son la de Atención Primaria de Salud y la del VIII Plan de la Nación. Es así como empiezan las labores de prevención, dirigidas éstas al fomento y la conservación de la

salud, pretendiendo elevar el nivel de calidad de vida para hacer de cada persona, familia o comunidad una unidad con capacidad económica autosuficiente, y con capacidad para incorporarse al desarrollo integral con las características de universalidad y equidad. Esto solamente es posible por la coordinación intersectorial.

La educación para la salud, con la información y motivación que genere un grado de autogestión individual y colectivo, para desencadenar la concientización de salud como derecho social y como deber individual capaz de compulsar con un sentido de perseverancia a una participación en todos los procesos de actividades y programaciones. Se trata de buscar un cambio en los estilos de vida que hagan posible el bienestar individual y colectivo. Una reorganización administrativa que tenga las siguientes características:

1. Prestar atención a la salud oportuna, eficiente, permanente, eficaz e indiscriminada.

2. Determinar coberturas reales de cada servicio.

3. Maximizar los beneficios de los recursos en cuanto a estructura, por niveles para hacerles eficientes en base de una descentralización administrativa.

4. La formación y adiestramiento del recurso humano en sus diferentes disciplinas; profesionales, técnicos, desarrollo del concepto de equipo de salud y de equipos gerenciales que apoyen las estrategias establecidas.

5. Usar las tecnologías apropiadas para las áreas de atención y de la administración.

Desde 1989 y en concordancia con la Resolución XV de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud sobre Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, en Venezuela se ha iniciado el Proyecto de Intervenciones Integradas con el propósito de acreditar a los Distritos Sanitarios como Sistemas Locales de Salud con la cooperación técnica de la OPS.

2.4.5.2. Políticas actuales de salud en Venezuela

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social ha diseñado un plan de contingencia de respuestas a la crisis a corto, mediano y

largo plazo. Dentro de sus políticas de salud se podrían mencionar las siguientes:

La política actual del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social se plantea como objetivo principal, lograr que la institución recobre su papel como cabeza del sector salud, tanto en el ámbito público como privado.

Ellos señalan que este es un paso fundamental para reorientar, con enfoques técnicos basados en los avances de la planificación, todas las acciones destinadas a la orientación favorable de los programas de salud, los cuales han de abarcar aspectos integrales para cubrir la atención en salud, saneamiento ambiental, nutrición, promoción social con la colaboración de otros organismos y la sociedad organizada.

Por lo tanto, si entramos de lleno en lo que son las políticas del Sector Salud, cabría destacar dos aspectos fundamentales:

1. La participación del Sector Salud en la formulación de las políticas de otros sectores.

2. La formulación de las políticas del Sector.

En el primer aspecto, es labor del Sector Salud el aporte del diagnóstico de la salud y de factores de riesgo a la salud a fin de que otros sectores nacionales orienten y realicen acciones tendientes a controlar y minimizar los factores de riesgo en las poblaciones, con establecimiento de prioridades. Entre los sectores más directamente relacionados con el sector salud podríamos mencionar los de construcción, producción y educación.

La política del sector tiene que tender a optimizar el estado de bienestar físico, mental y social de la población, y el Ministerio afirma que los lineamientos generales deben ser los siguientes:

1. Descentralización administrativa con centralización normativa.

2. Integración de todos los subsectores de salud en un ente único.

3. Desarrollo de programas de Atención Primaria de Salud.

4. Reorganización del Sector de Atención a la Salud.

5. Énfasis en los programas de promoción y prevención de programas de salud.

En el primer punto, la descentralización administrativa debe hacerse a nivel de municipio, con la coordinación y complementación necesaria a los niveles regionales y nacionales, basados en la Ley de Descentralización y Transferencia de Poderes y en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. A nivel central deben quedar las siguientes funciones:

1. Formulación y supervisión de la Política Nacional de Salud.

2. Política de Salud de frontera (incluidos puertos y aeropuertos).

3. Información epidemiológica nacional.

4. Relaciones internacionales en el área de salud.

5. Políticas de investigación de salud.

6. Evaluación de tecnología, incluido el registro de las mismas.

7. Relaciones de intersectorialidad y complementación geopolítica.

8. Establecimiento de normas en lo relacionado a información, procedimientos, planta física y equipamiento de instituciones.

9. Evaluación, supervisión, control, y asesoría.

10. Políticas y orientación de preparación de recursos humanos.

11. Coordinación y cooperación de asistencia en situaciones de emergencia y desastre.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud contempla la integración de los subsectores del área pública, pero esta es una cuestión que debe irse haciendo progresivamente.

Es importante hacer énfasis en los programas de prevención y promoción; ésto es posible a través de la concepción de los

programas de Atención Primaria como atención integral de salud, y no sólo como atención médica de primer nivel. El concepto de atención integral debe ser extendido a los niveles primario, secundario y terciario, a fin de establecer una red funcional de Atención de Salud.

Cabe destacar que los análisis realizados anteriormente constituyen reflexiones, estudios realizados por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

2.4.5.3. El Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud podría ser definido como un instrumento para ejecutar la política y los planes de salud del Estado Venezolano. Este sistema establece tres niveles básicos de autoridad:

1. Central: con funciones políticas, normativas y de supervisión.

2. Regional: con atribuciones de dirección, coordinación, supervisión y control.

3. Distrital o local: con funciones de programación, evaluación y control.

Las actividades desarrolladas en el nivel central se agrupan en base a cinco sub-sistemas diferenciados que agrupan el saneamiento, la asistencia social, el control sanitario de alimentos, drogas, establecimientos profesionales y equipos, información y catastro , el Integrado de Atención Médica, y un conjunto de oficinas de apoyo al nivel central: Recursos Humanos, Contraloría Interna, Administración, Asesoría jurídica, planificación e infraestructura.

Por otro lado, aquéllas entidades que posean una estructura administrativa similar, en proceso de descentralización, son cubiertas por el nivel regional. A su vez, el nivel distrital se encuentra dividido en comunidades, cada una de las cuales posee un servicio de salud donde se desarrolla la estrategia APS a través de actividades y programas, así como una junta socio-sanitaria integrada por el equipo de salud del establecimiento y una representación de la población organizada de la comunidad. Estos servicios de salud son los que realizan todo el proceso de la planificación y constituye el primer nivel de atención integral.

Otra fuente de atención que encontramos en las comunidades son los establecimientos ambulatorios y hospitalarios, los cuales poseen una clasificación en servicios de

primer, segundo y tercer nivel organizados y sus recursos son muy variables. Estos establecimientos funcionan dentro de un sistema de atención por niveles de complejidad creciente donde el primer nivel es representado por médicos generales; el segundo por especialistas y medios de diagnósticos (RX y Laboratorio); y el tercer nivel ya hospitalario.

2.5. Comunicación y Salud

2.5.1. Consideraciones generales en torno al concepto de comunicación

El término *comunicación* ha sido definido de muchas maneras por distintos autores, pero en líneas generales se trata del proceso de transmisión de mensajes de un emisor a un receptor, por un medio cualquiera.

La comunicación debe ser considerada como un proceso inherente a la persona humana que garantiza el correcto desenvolvimiento de las relaciones sociales. Si no existiera comunicación no existiera ni sociedad ni cultura, ya que fuese imposible la transmisión de ideas, pensamientos y costumbres, entre otras cosas. Esta visión general define a la comunicación como una "interacción social por medio de mensajes".

El mensaje es considerado como el elemento que se transmite a través del proceso de comunicación; generalmente tiene una gran carga de intencionalidad por parte del emisor, aunque es posible que éste opere en muchos casos sin tenerla; la intencionalidad viene dada por el deseo de producir efectos en el receptor. Por otro lado, cabe señalar que no es un requisito indispensable de la comunicación que se identifiquen expresamente el receptor y el emisor.

De igual modo, John Fiske señala que en toda comunicación se encuentran involucrados signos y códigos. Los signos son actos o artefactos que se refieren a algo diferente de ellos mismos, es decir, son conceptos significativos. Los códigos son los sistemas de organización de los signos que determinan cómo éstos pueden estar interrelacionados.

Este conjunto de signos adquiere una significación en el momento que el receptor los recibe. Aquí se encuentra una de las causas de la existencia de múltiples interpretaciones de un mismo mensaje, ya que cada receptor lo hace a su manera dependiendo de muchos factores. De igual modo, la recepción de los mensajes transmitidos por los medios de comunicación no opera de igual manera en todos los individuos; ante un mismo medio, las personas pueden comportarse de manera distinta, bien sea recibiendo la información con gran frecuencia, o haciéndolo esporádicamente; el comportamiento también es distinto a la hora de seleccionar los mensajes de interés, ya que éstos variarán de un receptor a otro dependiendo de las características personales, psicosociales y sociales.

Otro aspecto determinante señalado por Moscovici es la repercusión; se trata del proceso de penetración del mensaje en una población que pone de manifiesto la estructuración de esta última. Al parecer es posible distinguir dos casos diferentes:

- El mensaje llega primero a un número limitado de personas que lo transmiten posteriormente, adaptándolo a un público más amplio;

- El mensaje llega de entrada a un gran número de personas, pero es retomado por ciertos individuos a través de otros. 19

En estos casos rara vez existe una influencia directa, más bien se ejerce a través de los llamados líderes de opinión. La influencia personal ejercida por los guías de opinión presenta cinco características principales que permiten explicar su eficacia en términos interactivos y posicionales:

- La exposición a un medio de comunicación de masa siempre moviliza hasta cierto punto el sistema de actitudes del receptor y sus *mecanismos de defensa*: de este modo, el individuo se prepara para aceptar o rechazar, incluso a interrumpir la recepción, con lo que resulta más difícil de convencer. Por el contrario, los contactos interpersonales con una persona próxima se prestan muy bien a una acción de influencia: es así por ejemplo que se constituyen y se propagan rumores. La proximidad social de la fuente y su carácter informal aumentan su credibilidad.

- Otra propiedad, específicamente interactiva, del contacto interpersonal se refiere a la inmanencia de sus efectos: un descuerdo

con el interlocutor representa un cierto coste psicológico y crea una fuente de tensión que se hace sentir inmediatamente; el acuerdo, la convivencia y el reparto aportan satisfacciones de consumo en el mismo instante en que son experimentados.

- El encuentro interpersonal se caracteriza igualmente por su flexibilidad, su capacidad de modularse según las reacciones del interlocutor y de adoptar así, por medio de esa adaptación, la táctica de influencia más eficaz. Privados de esta posibilidad, ya que no disponen instantáneamente de una información de retorno sobre las reacciones de sus receptores, los medios formales no alcanzan sus metas a veces por torpeza y exceso de celo, incapaces como son de reducir o evitar las resistencias a medida que éstas van apareciendo.

- Al pertenecer al mismo grupo, al guía de opinión se le atribuyen los mismos intereses, por consiguiente lo que concierne o repercute es considerado por sus receptores como algo que también les concierne a ellos. Así la confianza y la identificación se refuerzan, e incluso reemplazan, la plausibilidad del mensaje. Por otra parte, los propios guías de opinión seleccionan los mensajes según su credibilidad: en este aspecto existe un *efecto general de la fuente* , ya que algunos medios de información son objeto de una mayor confianza que otros.

- Finalmente, el contacto interpersonal obtiene su eficacia de su propia personalización: en otros términos, a veces los individuos adoptan una opinión y modifican su actitud efectiva por simpatía hacia el interlocutor y no tras una reflexión o cuestionamiento provocados por éste. 20

2.5.2. La Comunicación y la Salud

El nivel de salud de los pueblos está condicionado básicamente por cuatro elementos fundamentales, como son la biología, el entorno, los estilos de vida de las personas y las organizaciones sanitarias. Sin embargo, los aspectos que más influyen en la salud son aquellos que no pueden ser controlados por las personas. Por ello, para lograr avances en el área de salud pública en América Latina, es necesario que las políticas de salud tomen en cuenta aspectos como la economía, la alimentación, educación, información y el medio ambiente.

Los estilos de vida de las personas se han convertido en un condicionante importante del estado de salud, hasta el punto de que las primeras causas de muerte y enfermedad en América Latina están asociadas con ese aspecto. Es decir, resulta evidente que los problemas de mortalidad más relevantes en la región están relacionados con factores de riesgo y factores protectores que tienen que ver con las decisiones que los individuos toman cada día. Es más,

podría asegurarse que la falta de una estrategia de medios de comunicación adecuada ha sido uno de los factores que más ha contribuido a la propagación de la epidemia del cólera en la región.

Es así como cada vez más los profesionales de la comunicación se van concientizando de la importancia de la utilización de la comunicación para mejorar el nivel de salud de las personas. Es así como gran cantidad de los ministerios de salud en América Latina y entidades internacionales como la OPS y UNICEF, han incorporado oficinas de información o comunicación.

Muchas de las teorías sobre educación en salud, medios de comunicación de masas y prácticas de programas de comunicación en salud, no se originaron en América Latina y el Caribe, por lo que deben ser adaptadas a la situación de estos países y los medios masivos disponibles.

Pero si es cierto que en cualquier frontera, la comunicación desempeña un papel importante en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. Diversos estudios han demostrado que los programas diseñados para promover cambios en las conductas de salud e incentivar la detección de las enfermedades a tiempo, así como su tratamiento oportuno, alcanzan mejores resultados si están

acompañados por estrategias de comunicación y planes en los medios masivos.

Comunicarse eficientemente sobre salud se convierte en una tarea difícil, ya que este tipo de información es a menudo compleja y técnica, al igual que puede ser contradictoria, polémica y provisional. En algunos casos, nueva información sobre salud puede estar en conflicto con creencias personales muy arraigadas. Por consiguiente, existe el peligro de desorientar o enajenar al público. Es importante entonces, la correcta planificación y desarrollo de los programas de comunicación y salud para así evitar esos efectos indeseables.

2.5.3. La Promoción de la salud

Los programas de comunicación y salud constituyen una herramienta importante en la *promoción de la salud.*

La promoción de la salud, tal como lo señala la Carta de Ottawa de 1986, consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un nivel adecuado de bienestar físico, mental y social, las personas o grupos de la población deben poder identificar y satisfacer sus necesidades básicas y su capacidad de cambiar y adaptarse a su entorno. Es así como surge la salud como una fuente de riqueza de la vida cotidiana. Esta sería una concepción positiva de la salud que hace

hincapié tanto en los recursos sociales y personales como en las habilidades físicas.

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para *promocionar* la salud.

Según la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, la participación activa en la promoción de la salud implica:

- La elaboración de una política pública sana, es decir, la salud debe ser tomada en cuenta en todo momento por las personas responsables de la elaboración de programas políticos en todos los sectores y a todos los niveles. La política de promoción de la salud requiere que se identifiquen y eliminen los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud en aquellos sectores que no están directamente implicados en la misma. El objetivo debe ser conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas.

- La creación de ambientes favorables, se refiere a la necesidad de fomentar el apoyo recíproco entre los distintos sectores, con la finalidad de recalcar que la salud no es un objetivo aislado, y que se encuentra afectado por los cambios en las formas de vida, de trabajo y de ocio; el trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes.

- El reforzamiento de la acción comunitaria; la promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.

- El desarrollo de las aptitudes personales, ya que la promoción de la salud favorece de algún modo el desarrollo personal y social siempre que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. Esto favorece el hecho de que las personas ejerzan un mayor control sobre su salud, el

medio ambiente y todos aquellos aspectos que favorezcan el desarrollo de situaciones saludables.

- La reorientación de los servicios sanitarios; se refiere a que todos los participantes de los servicios sanitarios así como individuos particulares deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de salud. La idea es que los representantes del sector salud no se limiten solamente a prestar servicios de atención médica, sino que ejecuten todas las acciones posibles para que de jueguen un papel importante en la promoción de la salud. 21

2.5.4. Papel de los medios de comunicación de masas en la promoción de la salud

Existen diversos puntos de vista o posiciones acerca del papel que juegan los medios de comunicación de masas en el proceso de promoción de la salud.

Por una parte encontramos una tendencia que considera que si se elabora un mensaje pensando en las necesidades de la audiencia seleccionada, y se transmite por el canal adecuado en el momento más adecuado, entonces los medios ejercen la influencia planeada en el público escogido.

Hay otros que sostienen que los medios de comunicación de masas son una fuerza malévola que se convierte en una barrera para la educación de la salud. Se presume que los medios son instituciones manejadas por el interés de obtener el mayor porcentaje de ganancias, así como atraer la mayor cantidad de consumidores posibles para venderlo a los anunciantes. Esta corriente concibe a los diferentes medios de comunicación de masas como una herramienta que utilizan los anunciantes para estimular un más alto nivel de consumo; en este sentido los servicios públicos constituyen una prioridad muy baja.

Existe una tercera posición que argumenta que los medios de comunicación de masas no tienen efecto en la conducta del individuo; plantean que éstos estrictamente refuerzan ideas, actitudes o conductas, en lugar de formar la opinión pública y la conducta individual. Los medios de comunicación de masas son vistos como parte del ambiente general, pero no como agentes de cambio.

Cada una de estas perspectivas implica serios inconvenientes. La primera se basa en presunciones cuestionables que llevan a intervenciones de poco valor; la segunda lleva a un nihilismo improductivo; mientras que la tercera perspectiva tiene poca credibilidad y se contradice claramente con las más recientes investigaciones sobre la comunicación de masas.

El papel asignado a los medios de comunicación de masas en el área de la salud debe estar ubicado en un punto intermedio. No se puede negar que en muchas ocasiones éstos han obtenido grandes logros en este sentido. Las campañas bien diseñadas e implementadas de los medios de comunicación han demostrado ser útiles en la atracción de la comunidad para que participe en determinados programas de salud. Sin embargo, es preciso reconocer los efectos limitados por parte de la comunicación pública, ya que la escasez de campañas exitosas y la inconstancia de un tratamiento serio sobre la salud en el medio televisivo, recalcan la monotonía y las limitaciones del escenario televisivo, desde el punto de vista de la salud.

Por otra parte es necesario estudiar ampliamente los posibles efectos contraproducentes para la salud pública. Los medios de comunicación de masas tienden a reforzar definiciones convencionales de problemas de salud. El problema está en que estos problemas generalmente son de origen social, y los medios lo que hacen es reforzar explicaciones a nivel individual. Este enfoque lo que hace es desviar el problema de sus causas y de las condiciones sociales para destacar entonces, síntomas y fracasos personales. Dependiendo de la estrategia utilizada en este sentido, los medios de comunicación de masas pueden actuar como una barrera o como un facilitador.

Idealmente, los medios están destinados a facilitar el alcance de la metas de una sociedad, proporcionando diversidad de información y de opiniones. El objetivo principal, sería entonces, dar mejores alternativas a los individuos para que tomen decisiones sobre cómo contribuir con la vida de la comunidad y con su bienestar personal. Los medios de comunicación se aproximan al logro de este objetivo a través de las noticias y los mensajes de servicio público, y en algunas ocasiones, a través de los programas de entretenimiento, en los casos donde se refuerzan roles de modelos positivos.

En las distintas etapas del individuo, la atención televisiva consume más tiempo que otra actividad individual, excepto dormir. Por esta razón, generalmente se ve a la televisión como la fuente de comunicación más creíble; se ha convertido en la principal fuente de noticias. Si a través de este medio se realizan campañas de comunicación pública, éstas pueden llegar a jugar un papel importante en el proceso de comunicar al público distintas informaciones sobre salud, que permitan modificar las conductas características de un estilo de vida.

Estas campañas en los medios de comunicación de masas, para que sean realmente efectivas deben estar acompañadas de una mayor atención a la definición del problema, un más detallado análisis del público, el establecimiento de metas más realistas, una

complementación con actividades a nivel local y un mejor uso de la teoría e investigación previa. En resumen, las campañas de comunicación pública son más efectivas si se aumenta la comprensión y la planificación global.

Por otra parte, el principal problema al que se enfrenta un trabajador del área de salud pública al utilizar los medios de comunicación de masas tiene que ver con el nexo fundamental que existe entre la salud del público y la estructura social. La persecución de las metas de salud, generalmente involucran un cambio social. Las teorías de salud generalmente enfatizan los problemas del sistema para explicar las existencia de condiciones de salud bastante inferiores. Los medios de comunicación, por su parte, refuerzan las disposiciones existentes y principalmente enfatizan como principal causa de las condiciones de salud, el fracaso de los individuos como entes capaces de adoptar un estilo de vida adecuado.

La escasa información sobre salud en nuestros medios, generalmente hace énfasis en los hábitos personales y en la responsabilidad del individuo. Bien sea que la información sea generada por noticias, programación regular o campañas sobre educación de la salud, usualmente se desvía la atención de los factores políticos y sociales. Lo que se necesita son simples explicaciones de causa-efecto, y claras asignaciones de

responsabilidad que contribuyan a mejorar el entendimiento y descubran la naturaleza verdadera de los problemas de salud.

Por esta razón, los medios de comunicación parecen apropiados sólo para aquellos mensajes que fluyen de una teoría del estilo de vida de la promoción de la salud. Del mismo modo que la teoría del estilo de vida tiende a reducir los asuntos de salud complejos a conductas individuales, la televisión toma los temas sociales y los de salud y los reduce a emociones personales. Los problemas se definen finalmente como una falta de información o como personas que disponen de la información correcta pero que toman las decisiones equivocadas. La lógica señala que si pudiésemos dar la información correcta a las personas precisas, cada uno de ellos cambiaría y eventualmente el problema social, se disminuiría. Esto funcionaría para una parte selecta de la población, pero para la mayoría, ésta es una estrategia inadecuada y parcial. Los problemas de salud están estrechamente ligados a condiciones sociales y tienen fuertes componentes económicos y políticos. Las más recientes investigaciones sobre salud pública refuerzan esta posición, acentuando la relación entre la clase social y la enfermedad; es decir, las personas de clases socioeconómicas más bajas tienen tasas de incidencia más altas de cualquier enfermedad. Este tipo de información tiene serias implicaciones prácticas y políticas, lo cual puede explicar hasta cierto

punto el hecho de que los medios de comunicación en raras ocasiones tratan este tema.

En forma global, la programación de la televisión tiende a presentar un cuadro de enfermedad como un asunto individual que se localiza a nivel familiar y enfrentado bien sea de una manera mecánica o como un problema de información. En resumen, la televisión en general reduce los asuntos sociales y de la salud a problemas a nivel individual. Las raíces sociales del problema de salud son normalmente ignoradas. Existe una falla en el cuestionamiento de las disposiciones sociales que contribuyen con el problema, ignorando hechos como la relación entre pobreza y enfermedad.

Históricamente siempre se han ligado los problemas de la salud pública a las condiciones sociales y económicas más amplias. Muchos teóricos coinciden en que el estado de salud depende en gran parte de los factores externos al individuo y sobre los cuales éste ejerce poco o ningún control.

La promoción de la salud, para que sea eficaz, debe estar destinada a lograr un cambio social. Los medios de comunicación de masas, por otra parte, tienden a preservar los arreglos sociales existentes. Estos dos objetivos se contraponen y producen un dilema al momento de utilizar los medios para la promoción de la salud. Si la

promoción de la salud, se realiza pretendiendo explicar las condiciones que dan origen a los problemas de salud, puede resultar bastante controversial.

Los medios de comunicación pretenden evitar la controversia y mantienen un ambiente favorable para la publicidad orientada al consumo. Uno de los mensajes primarios de los medios de comunicación es la lealtad a la estructura social y no la necesidad de cambios fundamentales en el sistema. Lazarfeld y Merton notaron que los medios de comunicación tienen un *efecto narcotizante* en el público que disminuye el interés sobre los asuntos sociales. Argumentan que el flujo de información contribuye a la pasividad en lugar de la acción. Como Lazarfeld y Merton explican, lo que no es dicho en los medios de comunicación puede ser más significante que aquello que es dicho. Para reforzar el status quo, los medios de comunicación generalmente ignoran los puntos estructurales, así conllevando al conformismo y proporcionando pocas bases para una apreciación crítica de la sociedad, los medios de comunicación comercialmente patrocinados indirectamente pero efectivamente, refrenan el contundente desarrollo de una manera de ver las cosas genuinamente crítica. Esta es la perspectiva crítica que es esencial para estimular el cambio y crear una fundación para discutir los problemas de salud pública. 22

El mayor reto para los medios de comunicación de masas y la comunidad de salud pública, será hacer el uso más amplio de los medios para mejorar la salud de la sociedad. El problema radica en que informar simplemente a los individuos acerca de los factores de riesgo, no será suficiente para estimular el tipo de cambio que es necesario para mejorar significativamente la salud. Cualquier planificador de estrategias para el sector salud, debe estar consciente de que las metas de la sociedad generalmente están en conflicto con la salud pública.

Los medios de comunicación de masas deberían ser utilizados en mayor proporción para transmitir información sobre salud, y para conferir status y legitimidad a estos problemas. Los profesionales de los medios deberían trabajar estrechamente con los profesionales de salud, con la finalidad de mantener el porcentaje necesario de la programación, que debe ser destinado a temas de salud en general, ya que tradicionalmente sólo se tratan casos como la droga, el SIDA y las enfermedades del corazón.

Por otra parte, puede ocurrir que las campañas de comunicación pública no alcancen a los más necesitados. Para evitar esta situación, es preciso aprovechar al máximo la información disponible para así diseñar campañas basadas en las teorías de la comunicación de

masas, los principios del mercadeo social, métodos de investigación formativa, y técnicas de la organización de la comunidad.

Las condiciones de salud de los individuos solamente mejorarán en la medida en que los cambios se produzcan en las condiciones económicas y de la sociedad en general, y no en la conducta individual.

La vinculación entre los profesionales de ambos sectores es necesaria para que los del sector salud le comuniquen a los de los medios de comunicación las causas de las enfermedades y contribuyan a la mejor comprensión popular. Por otra parte, estos últimos deben estar más dispuestos a examinar críticamente las teorías de causalidad de la enfermedad y lograr que las estrategias de promoción de la salud se deriven de las necesidades de una sociedad.

La mejor contribución que podrían realizar la televisión y los medios en general, sería proporcionar una mayor comprensión que ayude a construir una sociedad saludable y segura a través de las mejoras de las condiciones económicas y sociales. Estas son las condiciones que verdaderamente formarán las bases de las estrategias para una salud pública progresiva. Si la sociedad es seria en la promoción de la salud, entonces los medios de comunicación deberían redefinir el problema fundamental de modo que un número de estrategias suficientemente amplio pueda ser realizable. Aún con las

restricciones de los medios de comunicación de la sociedad contemporánea, existe un potencial de progreso en esta área. Los medios de comunicación son recursos demasiado valiosos para ser usados como una simple máquina de información y entretenimiento; más bien deberían construir herramientas para mejorar la comprensión. Siendo la televisión el medio de mayor influencia en la sociedad actual, entonces ella debería ser la pionera de un cambio destinado a lograr una sociedad más saludable. Aproximadamente hace unos trainta años Edward R. Murrow, hablando sobre la televisión explicó: *Este instrumento puede enseñar, puede iluminar; sí, y puede inspirar incluso, pero puede hacerlo sólo en la magnitud en que los seres humanos estén determinados a usarlo para estos fines. De otra manera son sólo alambres y luces en una caja.* 23

Por otro lado, es importante conocer cómo responde la comunidad de la salud pública a los medios de comunicación de masa; para ello, es necesario reconocer la diversidad que caracteriza a las instituciones, disciplinas e individuos dentro del campo de la atención y de la promoción de la salud.

En este sentido, la comunidad de salud recurre a los medios en busca de apoyo, atención y como aval para una cobertura positiva. Por su parte, los medios de comunicación buscan transmitir toda aquella información que sea interesante y relevante para su público. Los

trabajadores del sector salud muchas veces categorizan las noticias que los medios seleccionan en un momento dado como de baja calidad. Existen entonces dos concepciones acerca de lo que es noticioso, pero generalmente domina la perspectiva de los medios de comunicación.

El sector de salud pública requiere más de los medios de comunicación, que lo que los medios requieren de ellos. Esta es una relación desequilibrada que puede causar desilusiones, especialmente en la medida en que las personas del sector salud, dependen de los medios de comunicación para que sirvan de apoyo a los programas de educación para la salud, por lo que se crean ciertas expectativas que a veces no se pueden lograr.

Hasta no hace mucho, los integrantes del sector salud y de los grupos médicos, eran completamente indiferentes a trabajar con los medios de comunicación. Esta situación tendrá que seguir modificándose, ya que la comunidad de salud es cada vez más dependiente de los medios de comunicación, ya que éstos son los que permiten mejorar el conocimiento del consumidor sobre las opciones que están disponibles en un mercado altamente competitivo.

Los especialistas del área de salud, compiten cada vez más por alcanzar un mayor porcentaje de participación en los medios; sin

embargo, es una realidad que el tiempo y los espacios en ellos es finito. La mayoría de las noticias sobre el cuidado de la salud transmitidas por los medios, no tinen gran fuerza, y pueden ser cubiertas o ignoradas sin ramificaciones serias. Es preciso estructurar bien el mensaje, de modo que la información no adquiera esa naturaleza, y pueda cumplir sus objetivos eficazmente.

Los responsables de la información sobre salud tienen expectativas poco realistas sobre el control del mensaje; a menudo piensan que tienen un control mayor sobre el formato y el contenido del mensaje que el que realmente tienen. Consideran que en el desarrollo de las herramientas de los medios de comunicación se invierten bastantes fondos, así como energía y tiempo, por lo que muchas veces, a pesar de tener buenas intenciones, las cosas no salen como se planificaron inicialmente.

Esto se puede ejemplificar de varias formas; anuncios de servicio público que salen al aire en horas inadecuadas o con muy poca frecuencia para producir un impacto real; historias periodísticas que tuvieron una mala ubicación o tratamiento y entrevistas realizadas, que no salen al aire nunca. Sin embargo, es cierto que la televisión ha introducido progresivamente cambios positivos de la programación en su enfoque de la cobertura de salud. Al trabajador de salud le toca también la tarea de estructurar el mensaje de modo que resulte

atractivo a las necesidades del formato del medio de comunicación, así como también a las necesidades del público que se desea alcanzar.

Igualmente, en cuanto al mensaje hay que tener cuidado de que existan errores sobre los hechos verdaderos, ya que pueden deteriorar la confianza de la comunidad de salud en los medios de comunicación de masa. Desde el punto de vista de ellos, estas equivocaciones ocurren más frecuentemente de lo que los medios parecen reconocer, y existen relativamente pocos recursos para su corrección. Un problema mayor resulta de la interpretación; los periodistas a veces malinterpretan los hechos, tienen ideas que no son exactas, o tratan ,de una manera demasiado fuerte de hacer historias relevantes.

El problema muchas veces puede deberse a que los médicos y científicos, hablan de manera muy oscura, expresan mal los hechos, o se retractan de sus opiniones después de que las emiten. Si cada una de las partes brinda su apoyo, se puede lograr una cooperación que resulte en mensajes bien estructurados.

2.5.5. Impacto de las imágenes de salud en la televisión

La televisión se ha convertido en el ambiente de aprendizaje más común y constante; ella en cierto modo guía y refleja a la sociedad. La televisión es el mayor distribuidor de imágenes al público, y constituye la corriente principal de la cultura popular.

El mundo de la televisión relata historias sobre personas y lugares; esta función narrativa es sumamente importante ya que permite a la gente aprender cosas muy diferentes sobre el mundo y sus pueblos.

Los programas de entretenimiento y los comerciales de televisión, con mensajes de salud insertados en ellos, alcanzan a numerosos espectadores cada día. Lo más importante es que muchas veces el público no se expondría a tal información de otra manera, o no se darían cuenta totalmente del impacto que podrían tener estos mensajes en ellos.

Evidencias recientes demuestran la importancia de los factores del estilo de vida, incluso la influencia de los medios de comunicación tanto en impartir información sobre salud como en impactar sobre la salud. Médicos estadounidenses sostienen que los factores del comportamiento sostenido culturalmente y del estilo de vida de las personas son responsables de gran parte de la tasa de mortalidad en ese país. El éxito o fracaso de los programas de educación y de las campañas de información depende principalmente del contexto cultural donde son ejecutadas. Pocas campañas pueden ser exitosas si no conocen el sector donde van a ser desarrolladas.

¿Qué tipo de información relacionada a la salud obtenemos cuando miramos la televisión? Smith, Trivax, Zuehlke y Nghiem (1972) examinaron 130 horas de programación transmitidas durante una semana en el año 1970, evaluando todos los casos (entretenimiento, noticias, comerciales) relacionados a las condiciones físicas o mentales, los doctores, los dentistas, el tratamiento médico, el fumar o la salud. Este análisis reveló que los contenidos relacionados con la salud aparecían en un 7 % de la programación, y menos de un tercio era información útil. De hecho, el 70 % del material sobre salud era inexacto, engañoso, o ambos. Los mensajes que incitan al uso de píldoras anticonceptivas u otra droga relacionada, sobre pasan en número a los mensajes en contra del abuso de las drogas en una proporción de 10:1. En esta semana de programación, los problemas más relevantes de salud como son el cáncer, las enfermedades del corazón, parálisis, accidentes, hepatitis, enfermedades venéreas y la educación sexual, fueron prácticamente ignorados. En la mayoría de las series televisivas se tocaban problemas corrientes de salud en adultos mayores, niños, jóvenes y mujeres, y se mencionaban en lugar de actuarse. Las descripciones no eran muy informativas, el tratamiento e interés global de médico no eran tan heroícos, y los pacientes eran raramente mostrados interactuando con sus doctores. 24

Por otra parte, las enfermedades físicas son menos frecuentes en la información infantil diurna del fin de semana, ya que sólo un 3 %

de estos caracteres se lesionan o enferman lo suficiente como para requerir de algún tipo de tratamiento médico. Las enfermedades y las lesiones parecen afectar a héroes y villanos, varones y hembras, jóvenes y viejos, y a otros grupos de personas en forma muy semejante. Otros estudios de la programación realizados en los Estados Unidos revelaron que la medicina de la televisión tenía poco en común con los cambios recientes en cuanto al cuidado de la salud, tanto en materia de enfermedades como en materia de costos. Este análisis reveló que un tercio de la cobertura relacionada con la enfermedad, se encontró en comerciales de productos farmacéuticos, especialmente de remedios para el catarro y el dolor. La programación estelar de las cadenas cuenta con otro tercio de cobertura, las series diurnas llegan casi a un quinto, las revistas de variedades a más de un décimo, y las transmisiones de noticias de la tarde a menos de una vigésima parte. 25

Existe una considerable cantidad de información relacionada con la salud en los programas y comerciales de televisión. Muchas de las investigaciones revelan que estas imágenes están a menudo en serio conflicto con las pautas realistas para la salud y la medicina. Las investigaciones sobre las contribuciones de estas representaciones a las concepciones de las personas sobre salud y medicina, sin embargo, son escasas.

En la televisión, cuando ocurre una enfermedad, esta pasa a ocupar el centro de la atención y tiende a ser presentada como aguda, y la cura se alcanza prontamente sin tomar en consideración los costos implicados. El cuidado médico, en la forma de médicos todopoderosos, abunda, mientras que los empleados de apoyo, principalmente enfermeras y paramédicos, quedan atrás.

En muchas ocasiones la televisión proporciona mensajes no saludables sobre comida, nutrición y peso. La comida bien sea en un comercial o en una historia, se presenta en un contexto graciosamente orientado; satisface propósitos emocionales o sociales en vez del hambre. Tomar un bocado, normalmente un dulce, prevalece tanto como aparecer sentados en una comida. Por sobre todo, la dieta del mundo de la televisión es realmente lo opuesto a las recomendaciones dietéticas actuales. La mayoría de las investigaciones señalan que los niños son afectados por los mensajes relacionados con la nutrición, bien sea a favor o en contra. Aquéllos que ven más televisión, o más probablemente tienen a la televisión como una fuente de información relacionada con la salud, tienden a tener pobres conocimientos nutritivos y patrones de conducta.

Los personajes de los programas televisivos, sobre todo en los horarios estelares, consumen bebidas alcohólicas al igual que otro tipo de bebida. El problema radica en que la mayoría de las veces, las

consecuencias o efectos dañinos del beber demasiado no son presentados adecuadamente. Sin embargo, se sabe poco acerca del impacto de los mensajes dramáticos con respecto a fumar, beber y el uso de drogas sobre las concepciones de las personas sobre estas cosas. Finalmente, mientras el sexo abunda en la televisión, los mensajes relacionados con las enfermedades transmitidas sexualmente raramente se presenta. En este sentido, la mayor parte de las imágenes sexuales son de naturaleza juvenil, enfocando la provocación y enfatizando la naturaleza cómica de la sexualidad. 26

Finalmente, hace falta investigar bastante acerca de los efectos que producen estas imágenes, y de que manera impactan en las conductas y concepciones de los individuos. Es preciso determinar si las imágenes a las que se exponen las personas continuamente a través de la televisión tienen un impacto sobre sus ideas.

Ver televisión es un aspecto que se encuentra muy ligado a la vida del individuo; la televisión se ha convertido en un factor de socialización importante en la cultura de hoy. Se sabe que los niños y los adultos obtienen todo tipo de información de la televisión; algunas son positivas y otras negativas. La televisión le transmite al individuo informaciones donde no se manejan las escalas de valores adecuadas. Por ejemplo, al colocar la bebida como parte necesaria de los encuentros sociales, le está diciendo al receptor que beber es

bueno. Por otra parte, señalan que el uso de drogas puede llevar a una persona al desastre, como si la bebida no tuviese consecuencias graves. 27

Si los riesgos de la salud, sostenidos culturalmente, son la nueva frontera para promover la salud y prevenir las enfermedades, existe la necesidad de una mayor movilización de esfuerzos y recursos en un sector central de esa frontera. El primer paso hacia tal movilización es un estudio más completo y más amplio sobre los mensajes que la televisión conlleva en lo referente a salud, bebida, uso de las drogas y sexo, y más importante aún, un refinamiento y comprensión de la contribución que estos mensajes hacen a las concepciones de varios grupos de espectadores.

2.5.6. La publicidad y el mercadeo social como herramientas para la promoción de la salud

Los mensajes publicitarios son constantemente criticados por ir en detrimento de la salud. La publicidad, generalmente promueve el consumo de productos que algunas veces sin saberlo, causan daños a la salud. Por otra parte, el enorme poder económico de los productores y los anunciantes pueden limitar la presentación de una precisa información de la salud a través de los medios. La publicidad promueve el consumo hasta tal punto, que llega a la exclusión de otros valores, a cualquier costo. El alcohol y el cigarrillo son ejemplos claros de los

principales productos que contribuyen significativamente a los excesos de morbilidad y mortalidad, y aún así son ampliamente mercadeados sin consideración del daño asociado con el producto.

La promoción de productos comprometiendo a la salud, y en algunos casos, a través de atrayentes estilos de vida, representa una fuerza significante en contra de la salud. En un nivel social más amplio, la publicidad hace más que vender un producto específico: promueve una forma de vida. La publicidad es una promotora de los estilos de vida, pero estos estilos de vida están ligados a un gran número de problemas de salud pública crónicos y agudos, que son del interés de los profesionales de la salud pública.

Los publicistas fácilmente aceptan la idea de la enfermedad, como una deficiencia o falta individual. En muchos casos, la publicidad de productos de fácil acceso tratan los problemas de stress y ansiedad como problemas estrictamente personales, y promueven el alivio a través de sus productos.

Por otra parte, los fabricantes de bebidas alcohólicas culpan a los individuos por los problemas de alcohol, absolviéndose a si mismos de cualquier responsabilidad. La responsabilidad última de los problemas que surgen del producto o de los factores inadecuados de la organización social son revestidos como individuales.

Esta perspectiva individual hace aceptable el hecho de publicitar al producto casi de cualquier forma y aún le permite a los publicistas volcar sus habilidades para ayudar a algunos que abusan del producto, a través de los anuncios de servicio públicos. Este el el caso de la publicidad de cigarrillos, ya que piden moderación en el uso del producto en "letras pequeñas", pero promocionan el producto en "letras grandes".

La programación, las noticias y la publicidad son compañeros en un proceso general que minimiza el rol del producto, del mercado y de la sociedad en general en el desarrollo y el mantenimiento de problemas de salud que se pueden prevenir.

En la mayoría de los casos los mensajes de salud que transmite la publicidad, principalmente en los medios masivos no son positivos. Atractivos modelos de televisión frecuentemente exhiben conductas que muestran, en el mejor de los casos, mensajes mezclados para la audiencia observadora, y en el peor de los casos instrucciones para un estilo de vida insano o no saludable.

Los asuntos de salud cuando son presentados tienden a ser moldeados en términos médicos haciendo especial énfasis en el tratamiento y no en la prevención, o en la promoción de la salud. La naturaleza política de los problemas de salud es ignorada, y las raíces

sociales de la salud y la enfermedad son rara vez presentadas. En la mayoría de los casos la salud y los problemas sociales son presentados en los medios, particularmente en la televisión, tienden a ser definidos y tratados en una manera conservativa y no convencional.

2.5.6.1. El mercadeo social de servicios de salud

El mercadeo social ha evolucionado como un enfoque popular que intenta aplicar los principios de la publicidad y el mercadeo para la "venta" de conductas saludables. El mercadeo social se ha convertido en una estrategia básica para tratar algunas de las deficiencias de las campañas de comunicación públicas previas. En general, el mercadeo social provee un marco de referencia en el cual los conceptos de mercadeo están integrados con las teorías de influencia social para desarrollar mejores programas que sean capaces de lograr las metas del cambio de conducta. Toma las variables del planeamiento del mercadeo, y las reinterpreta para un tema particular de salud.

En el mercadeo social, la intervención es desarrollada desde una base sólida de la teoría de la comunicación y la psicología social; las técnicas de mercadeo son usadas para suplementar el desarrollo del mensaje y la implementación del programa. Idealmente, el mercadeo social también implica la movilización de organizaciones locales y de redes interpersonales como fuerzas vitales en el proceso del cambio de conducta. Un principio clave del mercadeo social es la

reducción de las distancias psicológicas, sociales, económicas y prácticas entre el consumidor y la conducta.

El mercadeo social intenta hacer el proceso lo más fácil y atractivo posible, para que el consumidor actúe en complicidad con el mensaje, creando así la mezcla ideal para el mercadeo del producto. El producto es la idea o conducta que el consumidor necesita aceptar. En algunos casos se trata de un producto tangible, y en otros no. El precio puede referirse a los costos psicológicos, sociales, económicos o de conveniencia asociados con la obediencia del mensaje. La promoción, representa la forma en que la conducta es empaquetada para compensar los costos; cuáles son los beneficios y cuál es la mejor manera de comunicar este mensaje. Finalmente, el lugar se refiere a la disponibilidad del producto o la conducta.

Una cuidadosa definición del problema y una disposición objetiva y clara son aspectos importantes de los enfoques del mercadeo social. Sin embargo, la contribución más significante del mercadeo social ha sido el fuerte enfoque en la necesidad de los consumidores. La orientación del consumidor, significa identificar y responder a las necesidades de la audiencia target. Esto es una desviación de la mayoría de las campañas, donde el desarrollo del mensaje y la estrategia son centralizadas con una pequeña inversión o suministro por parte de aquéllos a quienes el mensaje estaba diseñado

a alcanzar. La investigación formativa es la principal herramienta para ajustar los esfuerzos de la comunicación pública a las audiencias específicas.

Esto puede ser aplicado en todas las etapas del diseño de la intervención y la implementación, y provee una importante retroalimentación para el equipo de planificación. Los pequeños grupos representan la audiencia target y pueden ser convocados para solicitar sus ideas sobre la estrategia del programa y probar su reacción a mensajes específicos.

El mercadeo social también juega un papel importante en la calidad de vida. Cada día aumenta la responsabilidad de las empresas por la salud de la sociedad; se espera que las organizaciones miren hacia el futuro y anticipen los problemas que se avecinan, conociendo cómo solucionarlos, proporcionando bienestar colectivo. Tal actitud implica mejorar la calida de vida de las personas, moldeando un nuevo papel para el mercadeo, el cual anteriormente estaba basado en la satisfacción de las necesidades y deseos a través de la oferta de productos y servicios. Esta tendencia termina por encaminar a la empresa como un negocio o una institución económica, para aplicar los escasos recursos productivos y económicos al servicio de la comunidad.

Entre los elementos vinculados al bienestar, la primera característica para conducir el desarrollo es la salud de la población. Al lado de la educación, la salud es cada vez más señalada como prioridad indispensable. En efecto, la primera necesidad de cualquier individuo es permanecer vivo, y si es posible, en buenas condiciones de salud.

La evolución de las condiciones de vida muestra que la salud depende de muchos factores como son la situación nutricional, las condiciones de higiene, vivienda, saneamiento básico y de la educación, por su papel formativo e informativo.

Hay muchas dudas acerca del papel del mercadeo en servicios de salud. El mercadeo no crea demanda, pero orienta la administración de la demanda por servicios de salud.

Muchas personas confunden el mercadeo con la publicidad o las ventas simplemente. Es claro que vender y demostrar los productos es parte del mercadeo, pero no lo es todo.

2.5.6.2. Estrategias de mercadeo de servicios de salud

Las instituciones de salud necesitan tomar decisiones rápidamente frente a las oportunidades y las amenazas, buscando mejorar las ventajas competitivas con relación a la competencia. Para

esto, es indispensable que la organización realize sistemáticamente algunas reflexiones estratégicas. Esto comprende los siguientes pasos:

- Reflexión acerca de la misión económica y social: la evolución de la cultura de la organización muchas veces altera el propósito del negocio de la empresa. De acuerdo con cómo se enfoque la estrategia, ésta puede variar y la propia amplitud del negocio puede alterarse.

A la par de la misión económica que pretende dar a la organización condiciones de supervivencia y de crecimiento patrimonial, existe todavía una misión social que debe ser perseguida.

- Definición de productos y servicios: los productos y/o servicios deben estar adecuados a los segmentos de mercado. Por ello, es necesario identificar grupos homogéneos de clientes, para definir tecnologías médicas o científicas que permitan satisfacer necesidades latentes. A través de la búsqueda de la satisfacción de sus clientes, la institución termina por revisar el valor de su línea de productos y servicios, muchas veces eliminando unos y otras veces lanzando otros.

- Estrategia de crecimiento: Para crecer en un mercado, una institución debe reflexionar sobre las siguientes estrategias:

* Penetración de mercado

* Diferenciación del servicio: El desarrollo de nuevos servicios o apenas ligeros cambios en su concepción, permitiría una expansión en los negocios a costos de inversión relativamente bajos.

* Desarrollo del mercado: Se refiere a la posibilidad de conquistar nuevos mercados con los mismos productos o servicios ya existentes.

* Diversificación: Se refiere a la posibilidad de lanzar nuevos productos para nuevos mercados. Esta estrategia en algunos casos es indispensable para la supervivencia en mercados altamente competitivos.

- Evaluación de recursos estratégicos: La administración del negocio debe ser capaz de identificar las necesidades de recursos y proveerlas adecuadamente. Si esto no es posible, el negocio de la institución se podría acabar.

- Estrategia competitiva: Una institución, sea jurídica o una persona natural puede gozar de ventajas competitivas en la medida de que disponga de:

* Diferenciación tecnológica; ya sea a través de técnicas especiales o por medio de equipos diferenciados.

* Imagen de marca: El renombre de un profesional o de una institución puede significar una gran ventaja competitiva, pues cada vez más las personas tenderán a querer arriesgar menos con la salud. Sin embargo, en momentos de recesión económica, las personas, tendrán la tendencia a buscar los servicios gratuitos o más económicos, y eso puede constituirse en una amenaza a la buena imagen que signifique mayor costo.

* Barreras para la entrada: Cuando una institución consigue ser líder diferenciando productos o servicios, o aún obteniendo economía a escala en sus operaciones, entre otras ventajas, ella puede obtener una barrera que retarde la entrada de la competencia.

* Factores claves de éxito: Desde el punto de vista estratégico será siempre interesante identificar las amenazas que pueden convertirse en factores de fracaso, neutralizándolas y al mismo tiempo canalizando esfuerzos y recursos para los factores claves del éxito.

2.5.7. Estrategias para campañas de comunicación y salud efectivas en los medios masivos

En primer lugar, es preciso definir lo que es una campaña. Brian R.Flay y Dee Burton, consideran que aplicado a la salud pública, las campañas de comunicación pueden ser definidas como series integradas de actividades comunicacionales; actividades que utilizan

múltiples operaciones y canales, dirigidas a las poblaciones o a un *target* del público, normalmente de larga duración y con un propósito claro. 28

Al hablar de un conjunto integrado de actividades, idealmente implica una planificación y organización. En la práctica algunas campañas que no son extensivamente preplaneadas y bien coordinadas pueden, sin embargo, resultar bien integradas. No obstante, muchas campañas han fallado debido a una falta de planificación y coordinación. Claramente, resulta ventajoso formular cuidadosamente un plan y arreglar la cooperación entre varias agencias y grupos que conduzcan campañas en áreas específicas de la salud.

Una campaña puede utilizar otras actividades que no sean exclusivamente los medios de comunicación de masas. En este punto se tratarán solamente las de los medios, enfatizando la televisión; sin embargo, se reconoce ampliamente el papel que pueden jugar otras actividades suplementarias.

En algunas ocasiones, la población entera de un país puede constituir el objetivo o grupo meta, pero el concepto de target de la gran audiencia significa la existencia de subgrupos bien definidos.

Cuando se señala en la definición que es de larga duración, se refiere a que puede implicar varios meses o incluso años, en vez de semanas; este es el período que generalmente se requiere para alcanzar la máxima efectividad.

Una campaña es intencional, porque debe tener un plan estratégico con objetivos claros y mensurables, que permitan lograr el cambio deseado bien sea en las opiniones o en la conducta del individuo.

Estas características son las que definen a las campañas aplicadas al sector salud, pero también son aplicables a los productos comercializables en el mercado. Aún así, existen diferencias que permiten distinguir entre la publicidad comercial, y las campañas de salud pública.

2.5.7.1. Diferencias entre las campañas de salud pública y las campañas de productos comerciales

A pesar de que existen muchas similitudes, las campañas que promueven productos difieren de las campañas de salud en los siguientes aspectos (adaptación de McCron y Budd, 1981):

- Tipo de cambio esperado: muchas campañas de salud esperan cambiar conductas fundamentales, mientras que la mayoría de la

publicidad de producto pretende movilizar una predisposición existente. Por supuesto, alguna publicidad pretende crear nuevos mercados.

- Cantidad de tiempo esperado: Las campañas de salud aspiran a cambiar a una porción grande de la población y a menudo de una forma grande. Los realizadores de la publicidad de producto, normalmente se contentan con pequeños cambios en la porción de mercado.

- Marco de tiempo de los beneficios prometidos: Las campañas de salud usualmente le piden a su target que espere por las probabilidades estadísticas retrasadas, tales como la probabilidad reducida de condiciones físicas eventuales o de algunos años adicionales de vida. Los publicistas de producto prometen satisfacción segura e inmediata.

- Presupuestos disponibles: Los anunciantes comerciales a menudo tienen presupuestos masivos, mientras que los realizadores de campañas de salud normalmente operan relativamente con minuciosos recursos monetarios.

- Fidelidad: Las personas a menudo desconfían de la publicidad comercial, aún cuando se puedan ver afectados por ello. Las campañas de salud no pueden permitir que se desarrolle la desconfianza, aunque

parece haber algo de escepticismo hacia los mensajes de salud patrocinados por el gobierno.

- Nivel de evaluación: Los anunciantes enfatizan que una investigación de mercado formativa debe ser realizada antes de una campaña. Muchas campañas de salud ignoran aún la evaluación; cuando se ejecuta la investigación, tiende a ser una evaluación de resumen después de la campaña. 29

Mientras que los atributos que definen a las campañas de salud y de mercadeo pueden ser los mismos, las expectativas y condiciones difieren marcadamente. De hecho, la publicidad cuumple con las características básicas que definen a una campaña más estrechamente que las campañas de salud pública.

2.5.7.2. Condiciones necesarias para realizar campañas de salud efectivas

A continuación se describirán una serie de pasos, que se deben seguir para que las campañas de salud sean lo más eficientes posibles. Estos son:

- Desarrollar y usar mensajes, fuentes y canales de alta calidad.

- Dirigirse al target del público.

- Ganar y mantener la atención del público.

- Fomentar la comunicación interpersonal favorable sobre la materia.

- Producir cambios en la conducta de los individuos, junto con una concientización, conocimiento, opiniones, actitudes, sentimientos, creencias normativas, intenciones o habilidades.

- Causar cambios sociales.

- Obtener conocimiento de los efectos a través de la evaluación acumulativa.

Encontramos que para producir campañas efectivas, es preciso que el mensaje, la fuente y el canal sean aceptables para la audiencia seleccionada y deben influenciarla con efectividad. Sólo la existencia de mensajes influyentes de fuentes creíbles serán capaces de producir un cambio en las personas o en la sociedad, indiferentemente de a cuántas personas se alcance o con qué frecuencia.

Los factores determinantes para lograr mensajes, fuentes y canales de alta calidad abarcan tres áreas principales; la evaluación de las necesidades, la aplicación de la teoría y la investigación formativa.

La evaluación de las necesidades se refiere a que para desarrollar mejores mensajes, los realizadores de la campaña deben adquirir más conocimiento sobre el problema que están abordando, sobre el target y acerca de los asuntos sociales pertinentes. Ellos deben saber lo más posible acerca del problema, su prevalencia en varios subgrupos de la sociedad y las causas biológicas y sociales correlacionadas. Sin esa información, el comunicar efectivamente el problema se convierte en una tarea difícil.

Los realizadores de la campaña deben conocer a su público target; el punto fuerte del mensaje está dirigido a ellos. Por ello, es preciso conocer como percibe la audiencia los mensajes sobre salud. Pensar acerca de cómo percibe el público los mensajes sobre salud antes de proceder a la elaboración de los mensajes puede contribuir a garantizar que el público le preste atención a la información que se desea transmitir. Los factores que inciden en la aceptación pública de los mensajes de salud, son culturalmente específicos y varían según su género, educación, edad y nivel de ingreso. Se ha realizado una escasa investigación acerca de la percepción pública de los mensajes de salud en América Latina y el Caribe. Esta es un área propicia para la búsqueda de información sistemática. Sin embargo, puede ser útil considerar algunos de los factores que afectan a la aceptación pública de los mensajes de salud en los Estados Unidos:

El riesgo para la salud es un concepto intangible. Muchas personas no comprenden el concepto de riesgo relativo, de modo que las decisiones personales pueden basarse en un razonamiento falso. Por ejemplo, el público tiende a sobreestimar el riesgo de los accidentes de automóvil y de avión, los homicidios y otros sucesos que con mucha frecuencia ocupan las primeras planas y subestiman el riesgo de problemas de salud con menos valor de noticias, pero que son más comunes, tales como los ataques al corazón y la diábetes.

El público responde a soluciones fáciles. Es más probable que el público responda a un llamamiento a la acción si la acción es relativamente simple, por ejemplo, hacerse un análisis de sangre para chequear el colesterol; es menos probable que actúe si el precio de esa acción es más elevado o si la acción es complicada, por ejemplo, abandonar el hábito de fumar para reducir el riesgo de cáncer. En consecuencia cuando se aborda un tema complejo, debe recomendarse una acción intermedia

La gente quiere respuestas absolutas. Algunas personas no comprenden las probabilidades; desean tener información concreta en base a la cual puedan tomar ciertas decisiones. En ausencia de respuestas firmes de un científico, los medios de comunicación, a veces, sacarán conclusiones inapropiadas, proporcionando al público información falsa pero que parece convincente, que al público más fácil

de aceptar y tratar. La información debe ser presentada cuidadosa y claramente tanto al público como a los medios de comunicación.

El público puede reaccionar desfavorablemente al temor. La información amenazante, que muchas veces no se puede evitar, puede conducir a la negación personal, niveles desproporcionados de histeria, ansiedad y sentimientos de impotencia. La preocupación y el temor pueden acentuarse por una lógica defectuosa y una mala interpretación, complicándose si no existen acciones inmediatas que la persona pueda tomar para reducir el riesgo.

El público duda de la veracidad de la ciencia. El público sabe que los científicos pueden estar equivocados y recuerda los incidentes en los que ésto ocurrió.

El público tiene otras prioridades. Para muchas personas, la información de salud que es intangible, no puede competir con problemas cotidianos más tangibles.

Las personas no se sienten personalmente suceptibles. El público tiene una fuerte tendencia a subestimar el riesgo personal. Una encuesta llevada a cabo en los Estados Unidos encontró que un 54 % de los entrevistados creían que una enfermedad grave "no podía

sucederles a ellos", y consideraban que su riesgo era más bajo que el del público en general, independientemente de su riesgo verdadero.

El público tiene creencias contradictorias. Aunque una persona pueda creer "esto no puede sucederme a mi", puede creer que "todo causa cáncer" y, en consecuencia, "no hay manera de evitar el cáncer cuando le llega su hora", y por ello no hay necesidad de modificar la conducta personal.

El público carece de orientación futura. La mayoría de los norteamericanos señalan que es mejor vivir en función del presente que preocuparse acerca del mañana; les es difícil relacionarse con el concepto de futuro y los mensajes de riesgo para la salud que vaticinan acontecimientos futuros lejanos.

El público personaliza la nueva información. La información nueva sobre riesgos se describe con frecuencia en función de su efecto sobre la sociedad. La persona necesita traducir esa información a nivel de riesgo personal para comprenderlo; traducir la información da lugar a malas interpretaciones y juicios erróneos, especialmente porque los análisis técnicos pueden ser incomprensibles para el público.

El público no comprende la ciencia. La terminología técnica y médica, las variables incluidas en el cálculo del riesgo y el hecho de

que la ciencia no es estática sino que evoluciona y cambia en el curso del tiempo son elementos entendidos pobremente por el público. En consecuencia, las personas carecen de las herramientas básicas requeridas para comprender e interpretar alguna información sobre salud. 30

Por otra parte, aunque cada audiencia seleccionada necesita una consideración especial hasta cierto punto, existen dos clases de audiencias que pueden requerir una planificación de mensajes y elaboración de mensajes especiales para las minorías étnicas y los pacientes.

En cuanto a las minorías étnicas; la interacción con la audiencia seleccionada y con intermediarios familiarizados con ellos es especialmente importante al seleccionar a esos grupos. Es importante tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- El uso del lenguaje puede variar en diferentes grupos culturales.

- Las diferencias en las audiencias seleccionadas trascienden el idioma hasta abarcar una diversidad de costumbres.

- Diferentes clases de canales pueden ser creíbles y tener más posibilidad de llegar a audiencias minoritarias.

- El material impreso debe escribirse con sencillez y reforzarse con gráficos. Las personas perciben los gráficos en formas diferentes, así como sus habilidades lingüísticas difieren.

- El material audiovisual y la comunicación interpersonal pueden tener más éxito para ciertos mensajes y audiencias.

En otro sentido, los pacientes y las familias que sufren un trastorno o enfermedad pueden necesitar información diferente y formatos distintos en las diversas etapas de la enfermedad. Es importante tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- No todos los pacientes son iguales y pueden no tener nada en común, excepto su enfermedad. En consecuencia, su interés en la información y la capacidad de comprenderla pueden variar.

- Pocos pacientes o miembros de la familia pueden absorber todo lo que necesitan saber de una sola vez y les puede parecer particularmente difícil absorber esa información en el momento del diagnóstico.

- Las necesidades de información de los pacientes pueden cambiar a medida que se adaptan emocionalmente a su enfermedad. 31

Una vez que el especialista del área de salud ha tomado en cuenta algunos de los factores anteriormente señalados para entender mejor a su audiencia, deberá proceder a conocer las condiciones sociales importantes que rodean al tema y las actitudes que se han tomado hacia él, incluso el nivel de conocimiento por parte de los políticos, de los medios de comunicación, la población, los grupos de interés especial, las minorías.

El desarrollo de las ideas y los conceptos para una campaña deben informarse a través de la evaluación de las necesidades, a menudo incluida como parte de la investigación formativa. Los conceptos y mensajes deben ser probados en el público target antes de la producción final. El tema de las pruebas será abordado en profundidad en la sección destinada a las etapas para la elaboración de programas de comunicación y salud.

Para ser efectivo, un mensaje debe alcanzar al público target, debe ser repetido frecuentemente, hasta ciertos límites y consecuente, pero con alguna novedad, por largos períodos de tiempo. La publicidad de producto a menudo cumple con todas estas condiciones pero las campañas de salud en raras ocasiones lo hacen.

Es importante tomar en cuenta que una buena diseminación se perderá con mensajes pobres; también la diseminación aumentará espontáneamente a través de los líderes de opinión y la discusión interpersonal, si se trata de un mensaje bueno.

Existen mediadores importantes para la efectiva diseminación o difusión del mensaje: las personalidades de control, el apoyo político y social, el apoyo financiero, las características del público target y las caracteríticas del mensaje.

En primer lugar, las personas y corporaciones de control de los medios de comunicación determinan lo que puede salir al aire o puede ser impreso, la cantidad y tipo de cobertura, la ocasión propicia y la duración. Los proyectistas de campaña deben conocer los intereses de estos reguladores y los potenciales conflictos de intereses que se puedan presentar.

En cuanto al apoyo político y social, mientras más apoyo tenga una campaña de otras fuentes, más fácil será la difusión de un mensaje nuevo. Cuando existe una oposición a la posición del mensaje de la campaña, la tarea se hace más difícil. Por consiguiente, complementar una campaña ya en marcha puede ser más fácilmente realizable que arrancar con una nueva.

En lo referente al apoyo financiero, éste puede contribuir a remover las barreras políticas y sociales, aunque no lo garantiza. El apoyo financiero también posibilitará la compra del tiempo deseable, en lugar de contar con donaciones.

Al hablar del público target, es necesario asegurarse de que utiliza el canal de comunicación seleccionado. Si la exposición a este medio es voluntaria, el mejor pronosticador de si el target estará o no expuesto al mensaje o la campaña lo constituyen sus hábitos normales de uso diario del medio.

Las características del mensaje, por su parte, adquieren gran importancia, ya que el contenido del mensaje y la calidad de su producción será considerada por los encargados de ejercer un control de los mensajes en los medios de comunicación. El contenido no debe ser demasiado polémico, sino debe ser atractivo para el público regular.

Otra condición importante para que la campaña sea exitosa es que la audiencia target esté expuesta al mensaje, debe procesarlo y recordarlo. En algunas ocasiones, la simple exposición al mensaje puede ser suficiente para causar un cambio de actitud y de conducta. Ganar la atención del target depende de las características de los receptores del mensaje, del canal. La atención también es determinada

por la correspondencia entre los mensajes y el público, y por el nivel y tipo de comunicación interpersonal estimulada por el mensaje.

Entre las características de la audiencia, se encuentran su nivel educativo, la involucración en el tema y el acceso a los canales de los medios de comunicación. Las variables demográficas, son las características del público que normalmente se toman en cuenta; sin embargo, es necesario establecer un perfil más detallado para seleccionar la colocación o el tiempo. Otro aspecto importante que se debe tomar en cuenta son los valores cambiantes para la audiencia, la aparición de nuevos intereses que condicionan en la mayoría de los casos los hábitos de las personas.

En cuanto a las características que debe tener un mensaje para que la campaña funcione, es preciso tomar en cuenta las siguientes consideraciones; los mensajes pueden ser racionales o emocionales, educativos o persuasivos, orientados a la acción o no, unilaterales o bilaterales, evocar el temor o no. Generalmente se cree que los mensajes informativos son mejores que los emocionales, aunque evocar empatía es casi siempre deseable. El uso del temor es bueno para algunos temas de salud, siempre que se le de a la audiencia una manera constructiva de reducir el temor. Los mensajes de acción, por su parte, son buenos porque se acercan más al público.

Los mensajes deben ser simples, pero sin llegar a ser reduccionistas. Los eventos y temas más profundos y complejos pueden ser comunicados simple y concisamente una vez que son entendidos. Es posible que los profesionales de la salud pública se encuentren inmersos en los factores de estilo de la vida individual sobre la reducción de enfermedades y la mortalidad, debido a la falta de comprensión adecuada de las fuerzas sociales y económicas.

Así como el público debe prestar atención al mensaje de la campaña, es importante que la atención sea lo suficientemente acentuada como para generar la comunicación interpersonal. Las personas que atienden al mensaje, tienden a discutir más los temas con otros. Recíprocamente, involucrar a las personas en la discusión aumentará la probabilidad de su atención a mensajes futuros.

Para que una campaña sea efectiva, debe conseguir cambiar la conciencia, el conocimiento, las opiniones, los sentimientos, las creencias normativas, las habilidades o conductas, y finalmente la salud del público target; algunas campañas pueden llegar a modificar sólo el conocimiento y no las actitudes y las conductas.

Finalmente, diversos investigadores del área de las campañas de salud consideran que, en resumen, se deben tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Se debe reforzar bastante el área de la evaluación de las necesidades y la investigación formativa. Los especialistas del área de mercadotecnia tienden a destinar un gran porcentaje de su presupuesto a las investigaciones de mercado; por su parte los investigadores de salud destinan poco tiempo, esfuerzos y presupuesto a esta área. Es necesario que ellos pongan mayor énfasis en el estudio de mercado si es que desean alcanzar éxito con la campaña.

- Deben prestar mayor atención a la diseminación. Algunos mensajes potencialmente efectivos, han fallado en ser expuestos y alcanzar a sus audiencias.

- La atención, la aceptación y el cambio de la audiencia pueden ser maximizados a través de un trabajo cuidadoso en todos los pasos anteriores. Una intervención exitosa, requiere una comunicación que pueda informar al público acerca de los riesgos y beneficios potenciales, particularmente aquéllos que son inmediatos y de alta probabilidad, y por ende más sobresalientes.. Hay que informar al individuo de la oportunidad de actuar, proveer guías realistas para la acción, y demostrar que la realización de la acción es posible y resultará en el producto deseado. Estos debe ser llevado a cabo en el contexto de la posición, corriente o desarrollo de la audiencia, con las fases diseñadas cuidadosamente para evaluar los cambios.

- Los planificadores de la campaña deben buscar maximizar la comunicación interpersonal acerca del tema de la campaña, particularmente entre los miembros del público target. La comunicación interpersonal sobre mensajes efectivos puede contribuir a la sensación entre el público a la larga de que la comunidad apoya su decisión. El debate público puede conllevar a importantes cambios en el área política y a importantes cambios en la filosofía de apoyo a la campaña.

- Los planificadores deberían apuntar siempre a los cambios tanto a nivel personal como a nivel social, en vez de confinarse a si mismos en un nivel u otro. Una efectiva educación de la salud pública apunta directamente tanto al individuo como a las normas y los valores en el medio ambiente social del individuo, que apoyan a la conducta. Por supuesto, se requiere de la implementación de un plan estratégico a largo plazo, presentando distintas fases, cada una con objetivos realistas, específicos y medibles.

2.6. Etapas para la elaboración de programas de comunicación y salud

Los programas de comunicación y salud pueden informar, convencer, fortalecer y educar. En América Latina y el Caribe los medios de comunicación están disponibles para todos los niveles sociales y pueden transmitir efectivamente mensajes de salud a distintos sectores seleccionados de la población para lograr los resultados deseados. 32 El conocimiento de los medios adecuados, el mensaje y la audiencia destinataria de ese mensaje, se traduce en una ventaja para lograr comunicaciones efectivas en el área de salud. Sin embargo, es importante señalar que los programas de comunicación y salud por si solos no son suficientes para resolver un problema determinado en esta área, sino que deben estar acompañados de otros servicios.

Los programas de comunicación y salud pueden:

- Aumentar el conocimiento sobre temas de salud, problemas o soluciones.

- Influir sobre las actitudes para crear apoyo para la acción personal o colectiva.

- Demostrar o ejemplificar habilidades.

- Incrementar la demanda de servicios de salud.

- Retirar o reforzar conocimientos, actitudes o conductas.

Los programas de comunicación y salud no pueden:

- Compensar la carencia de servicios de atención de la salud.

- Producir cambios de conducta sin componentes programáticos que los respalden.

- Ser igualmente efectivos para resolver todos los problemas o para difundir todos los mensajes. 33

Hay que tomar en cuenta que los programas de comunicación y salud deben estar basados en la comprensión de las necesidades y las percepciones de las audiencias seleccionadas.

La Organización Panamericana de la Salud ha desarrollado un manual donde se explican claramente las etapas que permiten guiar a cualquier planificador de salud que desee desarrollar un programa efectivo. A continuación se describirán cada una de estas etapas:

2.6.1. Etapa 1: Planificación y selección de estrategias

El primer paso será determinar si el problema de salud planteado puede ser resuelto mediante la herramienta comunicacional. Si este es el caso, es preciso saber quiénes son los afectados por dicho problema y cómo.

El próximo paso será ubicar estos problemas de salud en el contexto de la promoción y la comunicación y la salud. Es decir, precisar si se trata de problemas de comunicación o problemas de salud.

- ¿De qué problema de salud se trata?

- ¿Quién está afectado y cómo?

- Las personas, ¿están conscientes del problema que las puede afectar?, ¿cuáles son las opiniones en materia de salud?

- ¿Quién está interesado en el problema?

- ¿Qué actividades han estado encarando el problema?

- ¿Los medios de comunicación u otras organizaciones están haciendo algo?

- ¿Qué podemos decir o hacer para aliviar el problema?

- ¿A quién?
- ¿Qué queremos conseguir?

- ¿Cuáles son los recursos disponibles? 34

El siguiente paso será *revisar los datos disponibles*; la información básica que se debe tener para lograr la planificación de un programa de comunicación que resulte efectivo es la siguiente:

- Descripción del 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.

- Descripción de los grupos de alto riesgo afectados, su edad, sexo, grupo étnico, lugares de trabajo y residencia.

- Información acerca de la conducta causante/preventiva y de los conocimientos relacionados, las opiniones, las actitudes y comportamientos de la audiencia seleccionada.

- Información acerca de los patrones de uso de los servicios relacionados con la salud, la preferencia por ciertos modos de comunicación,

los hábitos de utilización de los medios y las fuentes de información consideradas confiables para la audiencia seleccionada.

- Información sobre los medios de comunicación nacionales y locales, formales e informales. 35

Las fuentes tradicionales de recolección de la información, como son las bibliotecas, hospitales, universidades, están conscientes de la existencia de los problemas de salud, pero realmente han fallado, muchas veces por falta de recursos, en lo que se refiere a la recopilación de información.

Por esta razón, los planificadores de salud y demás personas involucradas en esta área, deben buscar vías alternas de recolección de información, tales como estadísticas y datos secundarios. Igualmente existen lugares donde se puede encontrar información referente a los hábitos de consumo, medios de comunicación de mayor audiencia, que nos van definiendo de manera más clara a la audiencia seleccionada. Estos son:

- Las agencias de publicidad nacionales y extranjeras y los centros de investigación de la opinión pública, los periódicos, las estaciones de radio y televisión, disponen a menudo de datos secundarios sobre audiencias y consumo de los medios. Estos datos pueden adquirirse directamente; en el

caso de los programas de desarrollo sin fines de lucro, están a veces disponibles libres de cargo.

- Las organizaciones eclesiásticas y otras organizaciones no-gubernamentales, generalmente recolectan datos sobre el uso de los medios por parte de los grupos con los que están trabajando dentro del contexto de los programas específicos de desarrollo tales como los comedores populares, educación de adultos o actividades para mejorar las relaciones padre-hijo.

- Los organismos gubernamentales que trabajan en programas de desarrollo interrelacionados, tales como desarrollo rural, alfabetización de adultos, el medio ambiente, sector informal, empleo y saneamiento, recogen a menudo los datos de encuestas sobre conducta de información y empleo de poblaciones seleccionadas que pueden aplicarse a los programas de comunicación en salud. 36

La siguiente fase dentro de la etapa de planificación será la *identificación de actividades ya existentes*; es decir, si otra organización o persona ya ha considerado el mismo problema, es preciso que el planificador se comunique con ellos, con la finalidad de conocer:

- ¿Qué han aprendido?

- ¿Qué información o asesoramiento pueden tener para ayudarlos con su plan?

- ¿Qué más es necesario?

- ¿Qué posibilidades existen de efectuar actividades de cooperación? 37

Posteriormente se pasará a la *identificación y redacción de las metas y los objetivos.* Las metas y los objetivos son los que van a establecer la dirección del programa. La meta o metas del programa describen el cambio general deseado, una mejoría específica en un aspecto de la salud de una cierta población. El logro de metas puede abarcar la prestación de servicios, el apoyo financiero y comunitario y otros cambios situacionales que sólo pueden abordarse parcialmente a través de las comunicaciones. 38

Los objetivos se refieren al conjunto de acciones que deben ejecutarse para alcanzar la meta general del programa. Los objetivos de comunicación deben ser: específicos, realizables, jerarquizados para orientar asignación de recursos, mensurables para evaluar el progreso hacia la meta y cronológicamente específicos. 39

Si los objetivos planteados no están claramente expresados, los resultados podrían no ser los mejores, ya que éstos son el fundamento del desarrollo y evaluación del programa.

Después de que han sido determinadas las acciones a realizar, la etapa siguiente será la *recopilación de nuevos datos.* Muchas veces la información encontrada en la primera etapa no es suficiente para la elaboración de una estrategia de comunicación. Por ello, antes de proceder a elaborar una estrategia de comunicación es preciso recopilar nuevos datos, a través de una investigación cuantitativa o cualitativa.

La investigación cuantitativa abarca la realización de encuestas elaboradas en base a preguntas estructuradas realizadas en diversos puntos, así como la recopilación de datos de estadísticas vitales. La realización de este tipo de estudio, permite al investigador conocer el porcentaje de la población que está consciente del problema y cuál es su actitud frente al mismo; igualmente permite establecer prioridades, así como brindar información acerca de cuáles son los sectores más necesitados de la población.

La investigación cualitativa, por su parte, permite conocer el "por qué" de ciertos acontecimientos. Un ejemplo de estos estudios son las entrevistas abiertas y las discusiones grupales orientadas, que

permiten conocer las opiniones de la audiencia sobre el problema; esta audiencia es bastante limitada, ya que está representada por un escaso número de entrevistados, por lo que resulta difícil proyectar estos datos al total de la población.

La siguiente etapa será la *identificación de la audiencia seleccionada.* Este es uno de los pasos más importantes, ya que la determinación adecuada del grupo meta de los mensajes contribuirá a la efectividad del programa comunicacional.

Entonces, es necesario describir la audiencia seleccionada de acuerdo a las siguientes características:

- Físicas: sexo, edad, tipo y grado de exposición a riesgos de salud, trastornos y enfermedades, historia clínica de la familia.

- Conductuales: acceso a medios de comunicación, participación en organizaciones, actividades o iniciativas relacionadas a la salud, otras características de su estilo de vida.

- Demográficas: ocupación, ingresos, nivel de educación, situación familiar, lugares de residencia y de trabajo, características culturales.

- Psicográficas: actitudes, opiniones, creencias, valores, autoevaluación y otros rasgos de personalidad. 40

Entre más amplio sea el perfil obtenido de la audiencia seleccionada, más adecuado estará el programa de comunicación a este grupo.

Posteriormente es preciso establecer un sistema de *seguimiento de la audiencia seleccionada.* Es decir:

- Averiguar lo que sabe, piensa y hace la audiencia seleccionada antes de comenzar las actividades.

- Efectuar encuestas periódicas para evaluar el progreso y la necesidad de modificación de nuevas actividades.

- Identificar el cambio de situación de la audiencia seleccionada una vez completado el programa. 41

Finalmente se debe realizar una *evaluación de los recursos.* El objetivo de esta fase será determinar la factibilidad de desarrollo del programa de comunicación así como la fijación de objetivos realistas. Hay que tomar en cuenta los siguientes puntos:

- ¿Cuáles son las mayores áreas de necesidad?

- ¿Cuáles actividades contribuirán más a responder a estas necesidades?

- ¿Cuáles son los recursos disponibles? 42

Esto incluye a funcionarios y otros recursos humanos tales como miembros de comités, asociados de otros programas y voluntarios; fondos presupuestarios en especies, tales como tiempo de computadoras, costos postales, servicios de imprenta y otros materiales sin costo; información acerca del tema, de la audiencia seleccionada, de la comunidad y de la estructura de los medios de comunicación, o también acerca de los materiales educativos disponibles; y finalmente, el tiempo, es decir, de cuántas semanas, meses o años se dispone para terminar el programa.

- ¿Qué actividades de la comunidad, factores de organización u otros factores están disponibles?

- ¿Qué barreras existen? (obstáculos que se interponen a la aprobación, ausencia de recursos financieros, audiencia seleccionada de difícil acceso, entre otras)

- ¿Qué actividades aprovecharían mejor los recursos y responderían mejor a las limitaciones identificadas? Estas actividades se convertirán en sus prioridades. 43

Este es el momento adecuado para el *diseño del proyecto de estrategias de comunicación.* La formulación de las estrategias comienza con, el objetivo del programa, las audiencias selccionadas, la información seleccionada para comunicar y los beneficios, en los términos que son percibidos por la audiencia.

La formulación de las estrategias brinda una dirección común para la elaboración de mensajes y materiales a todo el personal del programa; igualmente puede contribuir a orientar un desarrollo creativo del programa. En la formulación de la estrategia hay que señalar por qué la audiencia podría desear el beneficio.

Un ejemplo citado por la Organización Mundial de la Salud es el siguiente: Para un programa destinado a promover la conducción prudente de automóviles entre los adolescentes, la seguridad y la prevención de accidentes no fueron percibidas por ellos como beneficios importantes. Por el contrario, la pérdida de independencia y de la aprobación de sus compañeros que resultaría de la pérdida de la licencia de conducir fueron consideradas como razones para conducir con prudencia.

La última fase será *escribir el plan y el cronograma del programa.* Esta será una manera de planificar el desarrollo del programa; este plan servirá para:

- diseñar todas las tareas del programa.

- explicar sus planes dentro de su organización y ante otros.

- dejar constancia de su punto de partida. 44

Al igual que en muchos otros casos, el cronograma debe considerarse como una herramienta flexible que sea adaptable de acuerdo al desarrollo en las distintas etapas del programa.

Finalmente podríamos esquematizar las fases de desarrollo dentro de la etapa de **planificación y selección de estrategias**, de la siguiente manera:

- Revisión de los datos disponibles.

- Identificación de actividades existentes.

- Identificación y redacción de las metas y los objetivos.

- Recopilación de nuevos datos.

- Determinación de la audiencia seleccionada.

- Establecimiento de un sistema de seguimiento de la audiencia seleccionada.

- Evaluación de los recursos.

- Diseño del proyecto de estrategias de comunicación.

- Elaboración del plan y cronograma del programa.

2.6.2. Etapa II: Selección de canales y materiales

Una vez finalizada la planificación del programa se procede a elaborar las herramientas para la comunicación. En esta etapa se decidirá qué clase de material se ajusta al presupuesto y a la audiencia seleccionada y qué canales funcionarán mejor.

La primera fase será la *identificación de los mensajes y los materiales.* Muchas veces el proceso de producción de material nuevo resulta bastante costoso y lento, por lo que es preciso considerar la posibilidad de utilizar materiales ya existentes que puedan ser utilizados en el programa. En este sentido, existe la ventaja de que

muchas organizaciones de América Latina y el Caribe, además de la OPS/OMS, están comenzando a establecer centros de intercambio de información que permitirían la recolección de material para la elaboración de los programas de comunicación.

Al obtener información sobre un determinado tema de salud, es preciso analizar su contenido, y si se adapta a la estrategia elaborada anteriormente. Los principales tópicos que se deben tomar en cuenta son los siguientes:

- ¿Ofrecen mensajes exactos, completos y relevantes?

- ¿Son apropiados para su audiencia seleccionada en formato, estilo, lenguaje y nivel?

- ¿Están disponibles y son accesibles?

- ¿Podrían modificarse para hacerlos culturalmente apropiados?[45]

Igualmente, los factores que determinarán la conveniencia de un material o formato más que otro son los siguientes:

- El mensaje, su complejidad, sensibilidad, estilo y propósito.

- La audiencia, su educación, su nivel de habilidades, su grado de exposición general a la información y sus hábitos de consumo de medios de comunicación.

- Los canales, su disponibilidad y costos, y

- El presupuesto y otros recursos disponibles. 46

Los materiales de comunicación constituyen uno de los gastos más importantes del programa de comunicación, por lo tanto es preciso elegir un formato no tan costoso, con el fin de no restar gastos posteriormente en el área de promoción, distribución y evaluación.

La segunda fase será la *elección de los canales de comunicación*. Cada canal requerirá de un diseño especial del mensaje, con el fin de adaptarse al escogido. Los posibles canales de transmisión de los mensajes son los siguientes:

- Cara a cara.

- Transmisión en grupo.

- Medios de comunicación de masas.

- Medios de comunicación comunitarios, como altavoces, entrevistas grabadas, teatro popular.

- Organizaciones comunitarias. 47

A la hora de seleccionar el medio o canal de comunicación, es preciso tomar en cuenta ciertas variables; conocer cuál es el más idóneo para un problema de salud en específico, cuáles son los canales que gozan de mayor confianza en la audiencia seleccionada, cuáles son los que se adaptan al propósito del programa, y qué posibilidades existen de utilizarlo, considerando el presupuesto disponible y el cronograma de actividades.

Un problema que se presenta en este sentido tiene que ver con una característica muy peculiar de los medios de comunicación en América Latina y el Caribe; a diferencia de los Estados Unidos y Europa, en esta región la mayoría de los medios no asignan muchos espacios a la difusión de servicios públicos y las campañas de información pública. Esto tampoco quiere decir que la televisión, la radio y otros canales no estén disponibles para las campañas de promoción de la salud. En Venezuela, específicamente en Barquisimeto, la televisora regional ha proporcionado media hora semanal a una asociación de cardiólogos para el desarrollo de un programa de salud.

También es importante destacar la importancia que adquieren en esta región los medios populares de comunicación, que pueden definirse como medios cuyo centro de origen está en la comunidad y que en su desarrollo existe una alta participación comunitaria o popular. La importancia de éstos no quiere decir que los medios de comunicación de masas sean menos importantes. En efecto, tanto la radio como la televisión tienen un alcance enorme en la población consiguiendo gran audiencia, pero rara vez se emplean en los programas de desarrollo en los campos de la educación, el desarrollo rural o la salud.

Estos medios populares tienen su origen muchas veces en la oposición a las opiniones de los medios comerciales, la falta de participación de la comunidad en los medios para responder a las necesidades de información y comunicación, lo cual ha conducido a experiencias de medios populares comunitarios y grupales alternativos.

Un ejemplo bastante claro de la tradición popular de comunicación en América Latina, lo encontramos en el Caribe de habla inglesa, donde el calipso y el "reggae" adquieren gran importancia como medios de comunicación de masas. En esa región los describen familiarmente como "periódicos del pueblo". El calipso y el "reggae" tradicionalmente asociados con Trinidad, Tobago y Jamaica, han surgido como un medio de comunicación popular pancaribeño. En los

últimos cien años, el calipso, mediante el uso inteligente de la insinuación, hizo la crónica política, económica, social y sexual de personas y países. Esto ha ayudado a crear lo vernáculo y reflejar el sentimiento y las formas populares de expresión. Su aceptación a nivel regional y el uso del idioma cotidiano sugieren que estos medios tienen un papel que desempeñar en las iniciativas de promoción de la salud, en particular las que abordan temas sobre sexualidad y los cambios en los estilos de vida. Ambas formas de comunicación se han utilizado recientemente en actividades de comunicación en salud, sin embargo, su uso ha sido esporádico.

2.6.3. Etapa III: Elaboración de materiales y pruebas preliminares

La estrategia comunicacional y la información recopilada acerca de la audiencia seleccionada conforman la base para elaborar los conceptos del mensaje. Estos conceptos del mensaje constituyen las diferentes maneras de presentar la información a las audiencias seleccionadas. Muchas veces habrá la necesidad de preparar dos o más conceptos del mensaje utilizando:

- Portavoces, un líder de la comunidad, un trabajador de salud, un compañero, personalidades del deporte o el entretenimiento.

- Atractivos, humor, temor, objetividad.

- Estilos, fotografías, gráficos, imágenes.

- Formatos escritos, grabados, con música. 48

En cuanto a los materiales audiovisuales ofrecen una variedad de opciones de presentación, según los recursos disponibles, la audiencia seleccionada y el contenido del mensaje.

Estas opciones son las siguientes:

- Demostración: el formato audiovisual es ideal para demostrar la conducta de salud, especialmente si se trata de habilidades que deben enseñarse. Ejemplo: el autoexamen para el cáncer de mama.

- Testimonios: un portavoz reconocido puede llamar la atención. La credibilidad del presentador varía de una audiencia a otra, y puede tratarse de un deportista, un actor u otra figura de aceptación en el grupo meta.

- Escenas de la vida cotidiana: una dramatización dentro de un entorno cotidiano puede ayudar a asociar a la audiencia con su mensaje. Una historia simple puede ser fácil para recordar. Una alternativa sería presentar el problema de salud y mostrar la solución en el marco de la vida cotidiana. Hay que tener ciudado en el desarrollo de este estilo, ya que los mensajes pueden resultar tanto creíbles como memorables, pero también "trillados".

- Dibujos Animados: Además de utilizarse para el entretenimiento de niños pequeños, pueden resultar bastante atractivos para los adultos. Se pueden utilizar para demostrar una acción esperada; puede resultar una buena alternativa para tratar temas abstractos o delicados, tales como el SIDA. Ejemplo: una tira cómica sobre sexualidad sin riesgo.

- Humor: puede resultar memorable y efectivo, pero es difícil hacerlo bien. Para determinadas audiencias el humor puede resultar ofensivo. "No hay nada cómico acerca del cáncer". La tradición de humor popular en la radio y televisión latinoamericanas son buenos ejemplos de cómo emplear el humor para atraer la atención de audiencias amplias y a menudo muy diferentes.

- Emoción: La utilización de este recurso puede lograr que el mensaje sea real y personal, pero también puede causar rechazo. Los enfoques emotivos varían desde cálidos y preocupados hasta aquellos que infunden temor y que perturban. Pueden constituir elecciones de producción de "alto riesgo" y son culturalmente muy específicas. Estas opciones deben someterse a prueba con anterioridad ante diferentes audiencias.

- Música: Puede contribuir a la creación de un estado de ánimo que se pretende lograr, llegando así a una audiencia amplia y de difícil acceso con su propio medio de expresión. Por ejemplo, la juventud marginal urbana. La música también puede competir con el mensaje. 49

Igualmente, es preciso tomar en cuenta una serie de consejos para la elaboración de mensajes de servicio público por televisión:

- Mantener mensajes cortos y simples, con sólo uno o dos puntos claves.

- Estar seguro de que cada palabra surte efecto.

- Repetir el mensaje tantas veces como sea posible.

- Identificar el tema principal en los primeros 10 segundos, con el fin de captar la atención.

- Resumir y repetir el punto/mensaje principal al final.

- Recomendar acciones específicas.

- Demostrar el problema de salud, la conducta o las habilidades, si son relevantes.

- Proporcionar nueva información exacta y directa.

- Emplear un lema, tema musical o efecto de sonido memorable para ayudar a recordar.

- Asegurarse de que el presentador del mensaje es considerado una fuente confiable de información.

- Emplear pocos caracteres.

- Elegir el enfoque apropiado.

- Hacer el mensaje comprensible con la mera presentación visual.

- Emplear atractivos positivos en lugar de negativos.

- Enfatizar la solución como el problema.

- Evitar producir altos grados de temor a menos de que el temor se resuelva fácilmente y el mensaje haya sido sometido a prueba.

- Asegurarse de que el mensaje, el lenguaje y el estilo se consideran relevantes y son apropiados para la audiencia proyectada. 50

Por otro lado, si se van a producir materiales impresos para el programa comunicacional, es preciso considerar los siguientes aspectos:

- Todos los mensajes del medio de comunicación elegidos deben reforzarse entre si y seguir la estrategia de comunicaciones.

- Independientemente de lo creativo, fuerte o maravilloso que sea un mensaje; si no se adapta a la concepción de la estrategia, a los objetivos y a la audiencia seleccionada, es preciso descartarlos.

- Cualquier enfoque o estilo elegido, debe ser consonante con todos los elementos de la campaña. En los materiales impresos es preciso emplear los mismos colores o colores compatibles, los mismos tipos de ilustraciones y la misma tipografía en toda la campaña. Si existe un logotipo del tema, es necesario emplearlo en todos los materiales audiovisuales o impresos.

- Es conveniente emplear ilustraciones para captar la atención y facilitar la comprensión y la memorización; hay que asegurarse de que éstas refuerzan y no compiten con el mensaje. Si es posible, deberían utilizarse leyendas, titulares y declaraciones resumidas con el fin de reforzarlo aún más. 51

Está de más señalar que al momento de elegir el material que se va a producir, hay que asegurarse de contar con los recursos necesarios. Igualmente, los productos finales deben ser de alta calidad para que el mensaje funcione. La producción de materiales de mala

calidad puede ocasionar un desperdicio de los fondos así como también puede perjudicar la credibilidad del mensaje.

La siguiente fase será el *sometimiento a prueba a la audiencia.* Aunque al momento de elegir las piezas se considere que estas son las más idóneas, es preciso someterlas a prueba ante la audiencia seleccionada con el fin de asegurarse de que se adaptan a la estrategia comunicacional y a los objetivos planteados.

En América Latina se han dado muy pocas experiencias en pruebas en el área de comunicación y salud, especialmente en los sectores socioeconómicos más bajos de la población, los cuales generalmente no constituyen el objetivo habitual de las campañas comerciales. En esta región no se cuenta con una rica experiencia sobre audiencias y sus reacciones como las tienen otras regiones. Por lo tanto, la prueba de audiencia, aún cuando sea pequeña, es de vital importancia. Es importante también empezar a acumular información sobre qué tipo de contenido y atractivos son exitosos en la región con los distintos grupos, para poner estos datos a disposición de otros programas de información de salud, y crear así maneras de establecer un centro de distribución de información sobre datos de audiencia y contenidos que han tenido éxito.

Someter a pruebas preliminares los conceptos con la audiencia seleccionada puede lograr:

- Ayudar a identificar cuál de ellos tiene mayor atractivo y potencial para surtir efecto.

- Identificar nuevos conceptos.

- Identificar términos o conceptos confusos.

- Identificar el lenguaje utilizado por la audiencia seleccionada.

- Ayudar a eliminar los conceptos más débiles y reducir costos de producción. 52

Existen distintos procedimientos que pueden emplearse para la prueba de mensajes y materiales. Los mejores métodos para un programa particular dependen de la naturaleza de los materiales, la audiencia seleccionada y la cantidad de tiempo y los recursos disponibles para realizar las pruebas preliminares; ya que no existe un método perfecto, es preciso seleccionar aquél que pueda adaptarse a cada requerimiento de prueba preliminar, considerando los objetivos y los recursos disponibles para cada proyecto.

Cada método posee sus limitaciones y a la vez sus beneficios, situación que a veces puede ser superada por el empleo de varios métodos combinados. Por ejemplo, puede recurrirse a entrevistas con grupos focales para identificar los temas y las inquietudes en relación con una audiencia particular, seguidas por entrevistas destinadas a discutir las inquietudes identificadas con mayor profundidad. A continuación se describirán los principales métodos:

a. Personales

a.1. Cuestionarios autoadministrados

- Permiten a los administradores del programa obtener información detallada de entrevistados con los cuales quizás no sea posible celebrar entrevistas personales.

- Permiten a los entrevistados mantener su anonimato y reconsiderar sus respuestas.

- No requieren tiempo de entrevistador y, en consecuencia, pueden ser respondidos por muchos entrevistados a la vez con un costo relativamente bajo.

Igualmente:

- Los cuestionarios autoadministrados requieren tiempo para localizar a los entrevistados y asegurar su cooperación, y requieren seguimiento para elevar las tasas de respuesta si las mismas se envían por correo. 53

Puede ser distribuido de varias maneras, se le envía a los entrevistados el cuestionario autoadministrado junto con los materiales de pruebas preliminares; también se les puede entregar mientras están reunidos en un lugar, y puede emplearse cuando no se puedan realizar entrevistas personales. En fin, se puede considerar una alternativa de bajo costo que permite conocer las reacciones personales sobre los proyectos de materiales.

Antes de ser suministrado a la muestra total que debe ser de 100 a 200 personas aproximadamente, el cuestionario autoadministrado deberá someterse a prueba ante una muestra piloto con 5 a 10 entrevistados. Una consideración importante es que el cuestionario debe ser relativamente corto y claro ya que si no, existe el riesgo de que los entrevistados no lleguen a completarlo.

La existencia de instrucciones concisas y claras es un elemento importante, ya que no existe un entrevisador que pueda aclararlas. En cuanto al tipo de preguntas, se pueden utilizar preguntas abiertas que permitan conocer la comprensión y las reacciones generales con

respecto a los materiales, así como cerradas para evaluar factores como la relevancia personal y la credibilidad del material.

Entre las ventajas que posee este método encontramos el bajo costo que reviste; no requiere de personal que supervise su ejecución, y permite llegar a los hogares y poblaciones, que en muchas ocasiones pueden resultar de difícil acceso.

Entre las desventajas que posee este método encontramos que la tasa de respuestas puede ser baja; si se envían por correo, pueden requerir seguimiento; la recepción de suficientes respuestas puede tomar un tiempo largo; los entrevistados se autoseleccionan; no se controla la exposición a los materiales y los materiales pueden no ser apropiados si el grupo tiene aptitudes de redacción limitadas.

a.2. Entrevistas de intercepción en un lugar central

Este tipo de entrevistas requieren situar a los entrevistadores en un punto frecuentado por personas de la audiencia seleccionada, y solicitarles que participen en la prueba. Es preciso que participen cerca de 60 a 100 personas con el fin de establecer patrones de respuesta.

En primer lugar, se deben realizar preguntas específicas para conocer si el público reúne los requisitos de la audiencia seleccionada. Si este es el caso, se procederá a la realización de la entrevista, donde

se le mostrarán los materiales de la prueba preliminar. Las preguntan realizadas permiten evaluar la comprensión, reacciones personales, relevancia personal, y credibilidad .

Entre las principales ventajas que representa la utilización de este tipo de prueba encontramos que se pueden conducir rápidamente un gran número de entrevistas que proporcionan información confiable para la toma de decisiones; se pueden someter a prueba muchas clases de materiales y las preguntas cerradas pueden analizarse con rapidez.

Entre las principales desventajas encontramos que se trata de entrevistas cortas, las cuales necesitan de incentivo y/o persuasión durante más tiempo; no se pueden comprobar, no se pueden tratar temas delicados y la muestra está restringida a las personas que están en el lugar; los entrevistados que optan por cooperar pueden no ser representativos.

b. Grupales

b.1. Entrevistas a grupos focales

Las entrevistas con grupos focales son una forma de investigación cualitativa adaptada a la terapia de grupo. Su objetivo principal es obtener información en profundidad acerca de las creencias, percepciones, lenguaje, intereses e inquietudes. Deben

realizarse en grupos de 8 a 10 personas aproximadamente, en los cuales un moderador mantiene la sesión enfocada en el tema de interés y permite al mismo tiempo que los entrevistados se expresen libre y espontáneamente. A medida que surgen nuevos temas, el moderador indaga adicionalmente para conseguir apreciaciones útiles.

Este tipo de entrevistas son fundamentalmente útiles en la etapa de elaboración conceptual del proceso comunicacional. Aclaran las creencias de la audiencia seleccionada en cuanto a un tema de salud, permiten a los planificadores del programa explotar las percepciones de los conceptos del mensaje y ayudan a desencadenar el pensamiento creativo de los profesionales en comunicación.

Otra ventaja sería la interacción en grupo y duración de la discusión permiten obtener una respuesta en profundidad; permiten tratar los conceptos antes de elaborar los materiales; permiten recopilar más opiniones de una sola vez y permiten completar la tarea con los grupos y analizarla rápidamente.

Entre las principales desventajas que representa este tipo de entrevistas encontramos la presencia de muy pocos entrevistados que permitan lograr un consenso o tomar decisiones; las respuestas personales se encuentran muy influenciadas por las del grupo; pueden

resultar costosas y muchas veces las personas que optan por asistir pueden no ser representativas de la población destinataria.

Es preciso señalar algunos aspectos que hay que tomar en cuenta a la hora de realizar entrevistas a grupos focales; es importante que los entrevistados no conozcan con antelación el tema que se va a tratar en la sesión, así como tampoco deben conocerse entre ellos, ya que si así sucediera se presta a que los individuos elaboren juicios antes de empezar la entrevista, propiciándose también la influencia de las opiniones de los demás. Por otro lado, el entrevistador no necesita ser especialista en la materia, pero debe ser una persona experimentada y capaz que pueda manejar hábilmente el desarrollo del proceso.

b.2. Pruebas teatrales

Las pruebas teatrales reciben este nombre porque se realizan a un grupo grande de personas ubicadas en un recinto cerrado similar a un teatro, donde deben emitir respuestas inmediatas ante materiales de audio o audiovisuales. El número de personas expuestas al mensaje puede variar de 60 a 100, cifra suficiente para poder establecer una patrón de respuesta.

Entre las ventajas que representa la utilización de esta modalidad encontramos la posibilidad de realizar muchas pruebas con

muchos entrevistados al mismo tiempo; igualmente una muestra grande puede resultar más productiva y también más económica ya que se puede analizar rápidamente.

Una de las desventajas que presenta este método es que se pueden realizar pocas preguntas abiertas, y que a su vez pueden resultar costosas si se requieren incentivos.

c. No participativas

c.1. Pruebas de legibilidad

Los materiales de información sobre salud generalmente están diseñados para grupos seleccionados distintos; la aplicación de una prueba de legibilidad permitirá determinar si un texto impreso está escrito a un nivel que la mayor parte de la audiencia pueda comprender. Se trata solamente de una prueba que permite saber el nivel educativo que ha de tener una persona para poder comprender los textos escritos. Generalmente se aplica en países donde los índices de alfabetización y educación son bastante elevados.

En líneas generales estos son los principales modelos de pruebas preliminares que se pueden realizar; para obtener resultados útiles, estas pruebas deben planificarse cuidadosamente. Debe asignarse suficiente tiempo para:

- Contratar compañías de investigación, si fuese necesario.

- Concertar la disponibilidad de las instalaciones requeridas.

- Elaborar y someter a prueba el cuestionario.

- Reclutar entrevistadores y entrevistados.

- Recopilar datos.

- Analizar los resultados.

- Hacer las modificaciones apropiadas en los mensajes o materiales.

- Someter a prueba preliminar nuevamente el material, cuando sea necesario.

De igual modo, una prueba preliminar adecuada debe comprender:

- Definición cuidadosa de la audiencia seleccionada.

- Reclutamiento de personas de dicha audiencia.

- Consideración de las pruebas con "facilitadores" o intermediarios.

- Definición del propósito de los materiales antes de elaborar los cuestionarios.

- Ubicación de un entrevistador y un intérprete entrenados para algunas pruebas.

- Evaluación cuidadosa de los resultados. 54

Las pruebas preliminares pueden considerarse como un tipo de evaluación formativa que ayuda a garantizar el buen funcionamiento de los materiales; contribuyen a responder interrogantes acerca de si los materiales son comprensibles, relevantes, llamativos y recordables, creíbles y aceptables para la audiencia seleccionada.

Es preciso realizar la investigación cualitativa en las etapas iniciales de la elaboración del programa, antes de que sean asignados todos los fondos para el proceso de producción de materiales y por lo tanto los mensajes aún puedan cambiarse. La prueba puede resultar aún más útil en la etapa de elaboración conceptual, una vez que las audiencias y las estrategias de comunicación han sido determinadas, y antes del proceso de elaboración del mensaje.

A partir de los datos arrojados por las pruebas de los conceptos de los mensajes, se pasará a la fase de elaboración de *proyectos de materiales;* es decir, se realizarán los bocetos, los cuales deben revisarse bien con el fin de evaluar la comprensión, identificar los puntos fuertes y débiles, determinar la relevancia personal, y medir los elementos confusos, sensibles o polémicos. Una de las razones de elaborar tantas pruebas antes de la producción final de los materiales, es su costo. Por ejemplo, los anuncios por radio pueden producirse en un entorno distinto de un estudio y con voces no profesionales para la prueba.

2.6.4. Etapa IV: Ejecución del programa

En esta etapa, ocurren varias acciones simultáneamente con el fin de preparar todo para la presentación del programa. Antes de empezarla, los materiales deben estar disponibles en suficientes cantidades, los programas y planes de promoción deben estar listos, debe haberse informado a los facilitadores que representan a los canales de ejecución, y deben haberse tomado las medidas necesarias para controlar el progreso del programa.

Antes de comenzar el programa es preciso tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- ¿Se dispone de una lista de todos los responsables de los medios de comunicación que se contratarán?

- ¿Conocen las organizaciones participantes acerca del programa?

- ¿Se ha preparado al personal y a otras personas para que puedan responder preguntas?

- ¿Se cuenta con los materiales suficientes para comenzar el programa y responder a la audiencia seleccionada (volantes para el público)?

- ¿Están los materiales en su lugar (en estaciones de televisión, consultorios médicos, escuelas o supermercados)?

- ¿Han tomado conciencia los profesionales en la comunidad del nuevo programa y están preparados para responder si se les hace preguntas, por ejemplo, para orientar a los pacientes?

- ¿Dispone de los mecanismos para controlar el progreso alcanzado e identificar problemas potenciales? 55

El plan de ejecución del programa debe indicar cómo y cuándo se necesitarán los recursos, el momento en que ocurrirán ciertos eventos y en qué puntos se van a evaluar los esfuerzos.

Es muy importante controlar el desarrollo del programa; generalmente antes de poner en marcha el programa no se pueden preveer todos los problemas a los que se puede enfrentar, por ello es necesario realizar un seguimiento del desenvolvimiento del proceso con el fin de determinar deficiencias a tiempo en áreas como los materiales, las estrategias de ejecución o la selección de los canales, para que así no se conviertan posteriormente en problemas mayores. A menudo, este tipo de fallas se pueden corregir rápidamente si se logra identificarlas; en el caso contrario podrían llegar a perjudicar.

Con frecuencia la ejecución del programa lleva más tiempo del esperado por causas como el retraso de los materiales o la aparición de una nueva prioridad que puede llegar a demorar la participación comunitaria. Una revisión periódica de las tareas y el cronograma de actividades permitirá la modificación de cualquier actividad que pueda verse afectada por situaciones o demoras inesperadas. La alteración de los planes en este sentido, no debe convertirse en un problema si se tiene claro lo que se pretende lograr.

La evaluación del proceso permite controlar de qué modo está funcionando el programa y puede proporcionarle un prueba tangible del progreso mismo; esto a menudo se convierte en una herramienta para proporcionar estímulo, recompensar a los participantes, y dar testimonio a la propia institución.

Un problema muy común que se presenta a la hora de ejecutar el programa, es que ciertas tareas no funcionan adecuadamente, por lo que es necesario establecer mecanismos para controlar que el programa esté en orden.

Éstos son:

- Trabajo realizado, cronogramas y gastos (medidas internas)

- Publicidad, promoción y otras actividades de divulgación.

- Funcionamiento y calidad de los sistemas de respuesta tales como la distribución y la respuesta a pedidos de información.

- Cambios intermedios en la toma de conciencia, conocimientos o acciones de la audiencia.

Igualmente se citarán a continuación algunas de las modalidades de seguimiento para el programa:

- Revisión semanal del inventario de materiales.

- Servicios de recortes de la cobertura de los medios de comunicación impresos.

- Tarjetas "devueltas" de seguimiento de llamadas telefónicas a estaciones de radio y televisión.

- Revisión de las respuestas telefónicas para comprobar lo exacto y apropiado del mensaje.

- Monitoreo del volumen de las demandas y del tiempo que toman las respuestas.

- Control de los puntos de distribución para evaluar el uso de los materiales y garantizar que éstos estén todavía disponibles.

- LLamadas telefónicas o reuniones con organizaciones participantes para revisar el progreso realizado y los problemas.

- Grupos focales o entrevistas telefónicas con participantes del programa y/o miembros de la audiencia seleccionada.

- Seguimiento con maestros, médicos u otros líderes de la comunidad para comprobar su preparación e interés y para identificar problemas. 56

Existe un factor que puede contribuir notablemente al desarrollo del programa y que es digno de tomar en cuenta; se trata de la posible incorporación de intermediarios o personas interesadas en ayudar al desenvolvimiento del proceso. La participación de personas extrañas al programa, tales como estaciones de radio o un trabajador de atención de salud, constituyen un factor fundamental para alcanzar a la audiencia seleccionada, ya que permiten:

- Proporcionar acceso a la audiencia seleccionada.

- Dar credibilidad al mensaje o programa.

- Proporcionar recursos y expertos adicionales.

- Copatrocinar eventos comunitarios.

Sin embargo, el trabajar con otras organizaciones podría acarrear los siguientes problemas:

- Consumir tiempo; ya que toma tiempo localizar, obtener aprobaciones internas y planificar la coordinación.

- Requerir alterar el programa con el fin de adaptarse a la estructura y necesidades de la organización asociada.

- Producir una pérdida de control de ciertos aspectos de su programa. 57

Lo que hay que hacer realmente es estar consciente de cuándo es la ocasión adecuada para asociarse con otras organizaciones, sin que se modifique la dirección del programa; estas asociaciones pueden resultar bastante beneficiosas ya que pueden enriquecer el programa de muchas maneras. De igual modo, es preciso tomar en cuenta algunas consideraciones a la hora de elegir intermediarios en el programa:

- Elegir organizaciones, agencias o individuos que puedan alcanzar e influenciar a la audiencia seleccionada.

- Incluir representantes de las organizaciones, tan pronto como sea posible, en la planificación del programa.

- Notificarles por adelantado para que puedan así estructurar su parte del programa y negociar lo que se esperará de ellos.

- Permitir a los intermediarios personalizar y adaptar los materiales a su situación e infundirles un sentimiento de propiedad, pero sin permitir que se alejen de la estrategia.

- Preguntarles qué necesitan para ejecutar su parte del programa. Más allá del financiamiento es preciso considerar otro tipo de asistencia como entrenamiento, información o herramientas que habiliten para funcionar con éxito.

- Proporcionarles nuevos contactos o vínculos a nivel local, regional y nacional que ellos consideren valiosos para sus actividades en curso.

- Proporcionarles la fundamentación, estrategias y mensajes del programa en su versión final. Es importante recordar que la planificación estratégica, el mensaje creativo y la calidad de producción son los aspectos más difíciles de conseguir para desarrollar un programa de comunicación, y pueden ser el producto más valioso que se le pueda ofrecer a una organización comunitaria.

- Evaluar el progreso a través de los mecanismos de retroalimentación y/o seguimiento, y contribuir a realizar los ajustes para responder a las necesidades de la organización y mantener el programa en curso.

- No darle demasiadas tareas simultáneas a los intermediarios.

- Proporcionar a el intermediario un informe final de lo que se logró y discutir acerca de las actividades de seguimiento y los recursos que le pueden ser útiles.

- Recordarles con delicadeza de que son responsables por sus actividades; es preciso ayudarles en la ejecución de las tareas, pero no se debe realizarlas por ellos.

- Es necesario darles a los intermediarios apoyo moral, agradecerles frecuentemente y proporcionar otro tipo de gratificaciones tales como certificados y cartas de agradecimiento, entre otras. 58

La colaboración que pueden prestar los intermediarios no debe limitarse al sector público, sino que también hay que considerar la posibilidad de trabajar con el sector privado. Algunas compañías pertenecientes a este sector podrían estar interesadas en información sobre salud, como son los supermercados, las farmacias, las compañías de seguro y los productores o importadores de productos farmacéuticos, alimentos y otro productos relacionados con la salud.

Estas compañías constituyen un elemento relevante ya que además proporcionar forndos podrían contribuir en tareas como la distribución de los materiales a la audiencia seleccionada, permitir acceso a datos de investigación de mercado o de comercialización,

permitir el uso del tiempo del personal y de las instalaciones así como patrocinar a sus empleados o el público.

De igual modo encontramos otro grupo de compañías, cuyo producto o servicio a lo mejor no se relaciona con el programa desarrollado, pero que podrían estar interesadas en prestar colaboración con el fin de mejorar su imagen institucional, su credibilidad, realizar acciones que de algún modo pueden resultar útiles a la comunidad y capatar a un grupo específico de la población.

Finalmente, a parte de tratar de conseguir la colaboración de otras organizaciones en el desarrollo del programa, se deben evaluar periódicamente los siguientes aspectos ligados al desenvolvimiento del programa comunicacional:

- Si las acciones siguen su curso normal y en el tiempo previsto.

- Si se está llegando a la audiencia seleccionada.

- Si algunas estrategias parecen tener más éxito que otras.

- Si algunos aspectos del programa necesitan más atención, alternancia o eliminación.

- Si se cumplen los cronogramas.

- Si el gasto de los recursos es aceptable. 59

2.6.5. Etapa V: Evaluación de la efectividad

El proceso de evaluación de los resultados generalmente se caracteriza por realizar una comparación entre la toma de conciencia de la audiencia seleccionada, el cambio actitudinal antes y después del programa. Se diferencian de las pruebas preliminares descritas en la Etapa 3 porque se trata de medidas cuantitativas cuyo objetivo principal es el de medir los efectos del programa ejecutado.

Es importante señalar que los programas de comunicación y salud son sólo un factor que contribuye a mejorar la salud pública; existen otra serie de factores que condicionan el desarrollo de conductas saludables tales como características personales, la publicidad, la cobertura de salud a través de los medios de comunicación de masas, así como factores comunitarios e institucionales. Por lo tanto, a la hora de medir la efectividad resulta difícil determinar si el impacto se debe únicamente al programa o a la intervención de algunos de los factores anteriormente mencionados.

La existencia de recursos limitados generalmente obliga a elegir entre realizar una evaluación del proceso o una evaluación de los

resultados. Generalmente será difícil escoger una opción ya que una evaluación de los resultados permitirá conocer si se alcanzaron o no los objetivos, pero una evaluación del proceso permite comprender por qué se lograron o no los objetivos. Todo planificador se enfrenta con limitaciones a la hora de realizar las tareas de evaluación; estas limitaciones pueden incluir:

- Fondos limitados.

- Tiempo de personal y capacidades limitadas.

- Cantidad de tiempo asignada al programa.

- Acceso limitado a instalaciones de computación.

- Restricciones de la organización para contratar consultores o contratistas.

- Políticas que limitan la capacidad de recopilar información proveniente del público.

- Percepciones gerenciales sobre el valor de la evaluación.

- Niveles de apoyo gerencial a actividades de evaluación bien concebidas.

- Dificultades para definir los objetivos del programa o para establecer un consenso dentro de la organización.

- Dificultades para diseñar mediciones apropiadas para los programas de comunicación.

- Dificultades para separar los efectos del programa de otras influencias que actuan sobre la audiencia seleccionada en situaciones reales. 60

En muchas ocasiones no se cuenta con los recursos suficientes para la ejecución de un programa ideal de comunicación y salud, y mucho menos para la realización de una evaluación ideal. Sin embargo, su realización con algunas limitaciones ofrece la ventaja de conocer si el programa siguió el curso previsto y cuáles fueron los resultados obtenidos.

Cualquier diseño de evaluación formal debe contener ciertos elementos básicos; éstos son:

- Declaración de los objetivos de la comunicación: es preciso determinar claramente los objetivos deseados, con el fin de que los evaluadores tengan la posibilidad de medir los efectos del programa.

- Definición de los datos que se recopilarán: Está representado por la determinación de qué es lo que se medirá en relación con el objetivo.

- Metodología: Consiste en la formulación de un diseño de estudio, para que así se realice la medición de la manera más confiable.

- Procesamiento de datos: Se refiere a la utilización de un formato adecuado para el análisis de la información.

- Informes: Son los registros de los datos obtenidos en la evaluación; pocas veces indican que el programa fue un éxito o un fracaso total, ya que cada programa de comunicación y salud tiene sus aspectos positivos y negativos, así como sus ventajas y desventajas.61

2.6.6. Etapa VI: Retroalimentación para refinar el programa

Si se tiene la oportunidad de obtener los resultados de la evaluación mientras el programa aún se está desarrollando, es conveniente aplicar los correctivos, si son necesarios, en ese momento. De igual modo, estos resultados pueden ser utilizados para:

- Proporcionar evidencias de la necesidad de fondos adicionales u otros recursos.

- Ampliar la comprensión institucional para apoyar las actividades de comunicación en salud.

- Promover empresas cooperativas en curso con otras organizaciones. 62

Si el programa se encuentra en vías de realización o si existe la oportunidad de asesorar a otros que piensan desarrollar proyectos similares, es conveniente analizar algunos aspectos como son:

- Reevaluar las metas y objetivos: ¿Ha cambiado algo, por ejemplo con la audiencia seleccionada, la comunidad o la misión de la organización que requiera una revisión de las metas y los objetivos originales? ¿Existe información nueva acerca del tema de salud que pueda incorporarse en el diseño del programa o en los mensajes?

- Determinar las áreas donde se necesita realizar un esfuerzo adicional: ¿Existen objetivos que no se están alcanzando? ¿Por qué? ¿Alguna estrategia o actividad no tuvo éxito? ¿Se requieren más recursos? ¿Es necesario revisar por qué no dieron resultado y lo que se puede hacer para corregir cualquier problema?

- Identificar las actividades o estrategias eficaces: ¿Se han alcanzado algunos objetivos como resultado de las actividades que tuvieron éxito?

¿Deberían continuarse y fortalecerse porque aparentemente están dando resultado? ¿O deben considerarse exitosas y terminadas? ¿Pueden ampliarse para aplicarse a otras audiencias o situaciones?

- Comparar los costos y los resultados de diferentes actividades: ¿Cuáles fueron los costos relativos, incluido el tiempo de personal y los resultados de diferentes aspectos del programa? ¿Existen ciertas actividades que también parecen dar resultado pero que cuestan menos que otras?

- Reafirmar el apoyo para el programa: ¿Se han compartido los resultados de las actividades con el liderazgo de la organización? ¿Se compartió la información con las personas y organizaciones ajenas que contribuyeron de algún modo con el programa? ¿Se tiene evidencia de la efectividad del programa y de la necesidad continua de convencer a la organización para que continúe con el programa? ¿Se ha pensado en nuevas actividades que indican que es aconsejable la participación de organizaciones adicionales? 63

Es bien importante comunicar los hallazgos y resultados más relevantes del programa, con el fin de ayudar de algún modo a aquellas personas que se enfrentan a una situación similar, así como acumular en una memoria central los programas de comunicación y salud y las experiencias de distintos planificadores de América Latina. Algunas de las opciones en este sentido son las siguientes:

- Envío de cartas a acerca de los hallazgos a las revistas médicas, de salud pública o de educación para la salud apropiadas.

- Envío de una descripción del programa y materiales ilustrativos a un centro de distribución de información relacionado con el tema.

- Elaboración de boletines informativos a nivel local.

- Informar a través de cartas, por vía telefónica, informes breves o reuniones a organizaciones similares. 64

Resumen de referencias bibliográficas del Capítulo II

1 *Toma de decisiones en el nivel local de salud* , Organización Panamericana de la Salud; Programa de Políticas de Salud; Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; Caracas, 1992. pp 13-14

2 WHITE, Kerr, Julio, FRENK y OTROS: *Investigaciones sobre servicios de salud:Una antología;* Publicación científica No.534 OPS/OMS; Washington, 1992. pp.267

3 *Toma de decisiones en el nivel local de salud* , Organización Panamericana de la Salud; Programa de Políticas de Salud; Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; Caracas, 1992. pp 21

4 MOSCOVICI, Serge, *Psicología Social;* Tomo II; 1969. pp 485-496

5 MOSCOVICI, Serge, *Psicología Social;* Tomo II; 1969. pp 499

6 ILLICH, Iván: *Némesis Médica: La expropiación de la salud*; Barral Editores, 1975. pp 15-16

7 DUBOS, René: *Man adapting*; New Haven, Yale University Press, 1965; extraído de ILLICH, Iván: *Némesis Médica: La expropiación de la salud*; Barral Editores, 1975. pp 15-16

8 SCRIMSWAW, N.S; TAYLOR, C.E.; y GORDON, John E.: *Interactions of Nutritions and infection*; OMS, Ginebra, 1968; extraído de ILLICH, Iván: *Némesis Médica: La expropiación de la salud*; Barral Editores, 1975. pp 15-16

9 ILLICH, Iván: *Némesis Médica: La expropiación de la salud*; Barral Editores, 1975. pp 16

10 ILLICH, Iván: *Némesis Médica: La expropiación de la salud*; Barral Editores, 1975. pp 22-23

11 HOKE, Bob: Health & Healthing: beyond disease and dysfunctional environments; Conferencia en la reunión anual de la American Association for the Advancement of Science, Washington, D.C., 29 de Diciembre de 1992; extraído de ILLICH, Iván: *Némesis Médica: La expropiación de la salud*; Barral Editores, 1975. pp 30

12 ILLICH, Iván: *Némesis Médica: La expropiación de la salud*; Barral Editores, 1975. pp 99

13 PUENTES, MARKIDES, Cristina: *Programa de desarrollo de políticas de salud*; OPS, Marzo de 1991

14 WHITE, Kerr, Julio, FRENK y OTROS: *Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología;* Publicación científica No.534 OPS/OMS; Washington, 1992. pp. 266

15 WHITE, Kerr, Julio, FRENK y OTROS: *Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología;* Publicación científica No.534 OPS/OMS; Washington, 1992. pp. 267

16 DENISON, E.F.: The sources of economic growth in the United States and the alternatives before; Us. New York Committee for Economic Development, 1962; extraído de WHITE, Kerr, Julio, FRENK y OTROS: *Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología;* Publicación científica No.534 OPS/OMS; Washington, 1992. pp. 267

17 WHITE, Kerr, Julio, FRENK y OTROS: *Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología;* Publicación científica No.534 OPS/OMS; Washington, 1992. pp. 268

18 *Manual de técnicas para una estrategia de comunicación en Salud;* Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares; OPS, 1985.

19 MOSCOVICI, Serge, *Psicología Social;* Tomo II; 1969. pp 634

20 MOSCOVICI, Serge, *Psicología Social;* Tomo II; 1969. pp 635-636

21 *Carta de Ottawa para la promoción de la salud;* 17-21 de Noviembre de 1986; Ottawa (Ontario), Canadá

22 Lazarfeld y Merton (1948; pp 503) extraído de ATKIN, Charles y Lawrence WALLACK: *Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts;* Sage Publications, 1990. pp 49

23 Murrow, 1958. pp 12 extraído de ATKIN, Charles y Lawrence WALLACK: *Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts;* Sage Publications, 1990. pp 51

24 Nancy Signorelli; extraído de ATKIN, Charles y Lawrence WALLACK: *Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts;* Sage Publications, 1990. pp 97

25 Nancy Signorelli; extraído de ATKIN, Charles y Lawrence WALLACK: *Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts;* Sage Publications, 1990. pp 99

26 Nancy Signorelli; extraído de ATKIN, Charles y Lawrence WALLACK: *Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts;* Sage Publications, 1990. pp 111-112

27 Nancy Signorelli; extraído de ATKIN, Charles y Lawrence WALLACK: *Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts;* Sage Publications, 1990. pp 112

28 ATKIN, Charles y Lawrence WALLACK: *Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts;* Sage Publications, 1990. pp 130

29 Brian Flay y Dee Burton; extraído de ATKIN, Charles y Lawrence WALLACK: *Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts;* Sage Publications, 1990. pp 131

30 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 45

31 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 53

32 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 3

33 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 4

34 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 15-16

35 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 17

36 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 18

37 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 18

38 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 19

39 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 19-20

40 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 22

41 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 23

42 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 23

43 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 24

44 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 26

45 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 32

46 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 32

47 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 33

48 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 43

49 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 44

50 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 48

51 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 46

52 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 47

53 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 55

54 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 66

55 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 69

56 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 70-71

57 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 72

58 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 73

59 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 75

60 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 78

61 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 80-81

62 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 85

63 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 85-86

64 Manual de Comunicación Social para programas de salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Wahington, D.C., Mayo 1992. pp 86

CAPÍTULO III
Diseño de un modelo para la cátedra de Comunicación y Salud

3.1. Justificación del programa de la cátedra Comunicación y Salud

En el año 1977 se reunió la 30º Asamblea Mundial de la Salud, donde representantes de los gobiernos miembros de la OMS acordaron ejecutar todas las acciones necesarias para alcanzar una meta común: *La salud para todos en el año 2000.* En este sentido, los representantes de la OMS han reconocido la importancia de la comunicación para la salud en las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas de la OPS, que constituyeron su política para el período 1991-1994. Planteaban que las acciones en materia de salud deberían estar dirigidas a la promoción de la salud, incluyendo áreas como la información, la comunicación social y la educación.

Las principales causas de muerte en América Latina se encuentran estrechamente vinculadas al estilo de vida de las personas y al medio ambiente donde éstos se desenvuelven; muchos de estos casos pudieron haberse evitado por la influencia en los individuos a través de programas de comunicación. De este modo a la comunicación social en salud se le ha otorgado, entonces, una gran importancia como uno de los elementos más poderosos para promover cambios en la situación de salud de la población.

Cada vez más los distintos países de América Latina y los profesionales de la comunicación se están dando cuenta de los

beneficios que se derivarían del buen uso de la comunicación para la promoción de la salud. A nivel internacional de ha ido introduciendo progresivamente esta área nivel de pregrado y de postgrado. A su vez en nuestro país se dicta la cátedra *Comunicación y Salud* en la Universidad del Zulia, la Universidad de los Andes y la Universidad Central de Venezuela. (Ver anexos)

La inserción de esta cátedra a nivel de las Escuelas de Comunicación Social parte de la necesidad de formar a los profesionales de esta área para que contribuyan en su ejercicio al mejoramiento de la calidad de vida de los individuos. De igual modo, es bien sabido el poco conocimiento por parte del egresado en Comunicación Social acerca de los principales problemas de salud que atraviesa la población venezolana.

Por esta razón es que la autora de este proyecto considera necesaria la apertura de esta cátedra dentro de la Universidad Católica Andrés Bello, como una manera de contribuir a la preparación de los comunicadores de esta universidad en la elaboración de mensajes que se inserten en los medios masivos, así como formarlos para que comprendan en qué condiciones de salud vive la población venezolana.

Se recomienda introducir esta cátedra en 4to. año de la carrera, como otra opción dentro del grupo de las materias electivas anuales, que abarcan estudiantes de las tres menciones, Audiovisual, Periodismo Impreso y Publicidad y Relaciones Públicas.

La inserción de esta cátedra dentro de los programas de Comunicación Social del país reviste gran importancia no sólo para la preparación de los comunicadores en el área de salud, sino también le abre al egresado de esta área nuevas perspectivas de ejercicio profesional, ya que el mercado de trabajo en las sectores tradicionales como son el periodismo, las relaciones públicas, la publicidad y el área audiovisual, en muchas ocasiones se encuentra saturado.

Esta cátedra no pretende formar comunicadores sociales especialistas en el área de salud, sino solamente brindarles las herramientas adecuadas para ser voceros adecuados de el área de salud. Por otra parte, el modelo de cátedra que se presenta en este proyecto no pretende ser único y definitivo, sino un aporte que sirva de iniciativa para que otros comunicadores se interesen en la investigación de esta área, y poco a poco lo vayan enriqueciendo.

3.2. Programa de la cátedra Comunicación y Salud

Curso: 4to año de Comunicación Social (Mención: Audiovisual, Publicidad y Relaciones Públicas y Periodismo Impreso)

Materia Electiva Anual

Materia de Examen Final

2 Horas de clase semanales

3.2.1. Objetivo General de la cátedra

Este programa pretende formar en el alumno una noción sólida de la llamada Comunicación y Salud a través de un estudio de los conceptos esenciales que la sostienen. El alumno deberá conocer cuáles son los principales problemas de salud que afectan a la población venezolana; entender la relación que existe entre el sector salud y los medios de información y comprender el proceso de elaboración de mensajes de salud para ser insertados en los medios masivos.

El curso abarcará seis áreas o bloques programáticos:

1. Salud y Bienestar

2. Situación General de la Salud en Venezuela y sus tendencias

3. La Comunicación y la salud

4. Medios de comunicación de masas y salud

5. La publicidad y el mercadeo social como herramientas para la promoción de la salud

6. Etapas para la elaboración de programas de comunicación y salud

Evaluación

Se realizarán dos exámenes parciales. Cada uno de ellos representará un 20 % de la nota previa del alumno.

También se efectuarán a lo largo del curso tres trabajos. Cada uno de ellos representará un 20 % de la calificación previa del alumno.

Por otra parte, el examen final consistirá en un trabajo final de la materia.

Se recomienda que los tres trabajos mencionados anteriormente estén referidos a cada una de las tres primeras unidades del programa de la cátedra. El objetivo de estos trabajos, es que las investigaciones de estos alumnos, además de permitirles obtener información sobre

esta materia, contribuyan al enriquecimiento de las teorías desarrolladas en este proyecto.

Por otra parte el trabajo final, se sugiere que está referido a la Unidad 4, que trata de las diferentes etapas para la elaboración de programas de comunicación y salud. En este sentido, cada alumno o grupo de ello deberá seleccionar un tema para desarrollar un programa siguiendo los pasos explicados en esas etapas. De este modo el alumno tendrá la posibilidad de desarrollar prácticamente los conceptos teóricos aprendidos en la cátedra, y en algunos casos estos trabajos pueden significar un gran aporte para la comunidad.

La bibliografía que se recomienda para el desarrollo de la cátedra está representada básicamente por este trabajo de grado; el resto de los materiales bibliográficos que contribuirían a enriquecer el conocimiento de este tema, se encuentran enumerados al final de este proyecto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDOS	ESTRATEGIAS
	UNIDAD 1: SALUD Y BIENESTAR	
Analizar el concepto de salud y bienestar.	Presentación del curso y de la materia.	Exposición del docente. Charla con invitado especial.
Explicar las representaciones sociales de la salud y la enfermedad.	Conceptos de salud y bienestar. Elementos del bienestar (Blum). Elementos del bienestar (Dever).	
Establecer vinculaciones entre la salud y la educación	Representaciones sociales de la salud y la enfermedad	
	UNIDAD 2: SITUACIÓN GENERAL DE LA SALUD EN VENEZUELA Y SUS TENDENCIAS	
Explicar detalladamente cuáles son los principales problemas de salud que afectan a la población venezolana	Salud y condiciones de vida en Venezuela. Principales problemas de salud por grupo humano.	Exposición del docente. Charla con invitado especial (se recomiendan médicos epidemiólogos)
Analizar cómo ha sido la respuesta del Estado venezolano a los problemas de salud.	Enfermedades de mayor incidencia en la población venezolana.	

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDOS	ESTRATEGIAS
	Respuesta social a los problemas de salud. Situación actual del sector salud. Políticas actuales de salud en Venezuela. El Sistema Nacional de Salud.	Exposición del docente Charla con invitado especial (se recomienda al personal del MSAS u otro especialista en la materia)
	UNIDAD 3: COMUNICACIÓN Y SALUD	
Revisar los conceptos aprendidos referentes a la teoría de la comunicación.	Comunicación: conceptos generales. La promoción de la salud.	Exposición del docente
Explicar el papel que juegan los medios de comunicación de masas en la promoción de la salud.	Breve repaso de los medios de comunicación de masas.	Dinámica dirigida por el docente con los alumnos
Analizar el impacto de las imágenes de salud en el medio televisivo.	Televisión y Salud: Imágenes e Impacto.	Dinámica dirigida por el docente y un invitado especial; discusión general del tema
Establecer la importancia que juegan la publicidad y el mercadeo social en la promoción de la salud.	Publicidad y mercadeo social en la promoción de la salud.	
Explicar los fundamentos de la estrategia de mercadeo de servicios de salud.	Estrategia de mercadeo de servicios de salud.	

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDOS	ESTRATEGIAS
Definir las campañas de salud pública.	Campañas de salud pública.	Exposición del docente
Enumerar las diferencias existentes entre las campañas de salud y las de productos comerciales.	Diferencias entre campañas de salud pública y de productos comerciales.	
Especificar las condiciones necesarias para la realización de campañas de salud efectivas en los medios masivos.	Condiciones necesarias para realizar campañas de salud efectivas en los medios masivos.	
	UNIDAD 4: ETAPAS PARA LA ELABORACIÓN DE PROGRAMAS DE COMUNICACIÓN Y SALUD	
Enumerar y explicar detalladamente las etapas que se deben seguir para desarrollar programas de comunicación y salud efectivos.	Etapa I: Planificación y selección de estrategias. Etapa II: Selección de canales. Etapa III: Elaboración de materiales y pruebas preliminares.	Exposición del docente. Invitado especial (se recomiendan personalidades de la OPS involucradas en este proceso)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDOS	ESTRATEGIAS
	Etapa IV: Ejecución del programa.	Exposición del docente.
	Etapa V: Evaluación de la efectividad.	Invitado especial (se recomiendan personalidades de la OPS involucradas en este proceso)
	Etapa VI: Retroalimentación para refinar el programa.	

3.3. Contenidos programáticos analíticos

El marco teórico de esta investigación debe considerarse como la principal guía acerca de los contenidos analíticos de la cátedra, ya que éste fue concebido como un marco conceptual que recopilara la teoría de los diferentes autores en relación con este tema. Sin embargo, a continuación se enumerarán los principales aspectos que deben ser tratados en la cátedra propuesta de *Comunicación y Salud*

Unidad 1: Salud y bienestar

1.1. Concepto de Salud (OMS)

1.2. Elementos del Bienestar según Blum (1974) - Campo causal y paradigmas del bienestar y el campo de fuerzas de la salud

- 1.2.1. Herencia
- 1.2.2. Estilos de vida
- 1.2.3. Medio Ambiente
- 1.2.4. Servicios de atención médica

1.3. Elementos del bienestar según Dever (1976)

- 1.3.1. Biología humana
- 1.3.2. Estilos de vida (Riesgos autogenerados)
  - 1.3.2.1. Riesgos inherentes al ocio
  - 1.3.2.2. Riesgos inherentes a los modelos de consumo
  - 1.3.2.3. Riesgos ocupacionales
- 1.3.3. Medio Ambiente

1.4. Representaciones sociales de la salud y la enfermedad

CONCLUSIONES

La salud, al lado de la educación es cada vez más señalada como uno de los elementos esenciales para alcanzar el desarrollo de un país. Considerando la importancia que adquiere la comunicación en el mejoramiento de las condiciones de salud de las poblaciones, es preciso unirse a la tendencia latinoamericana de introducir cátedras de Comunicación y Salud en los programas de las Escuelas de Comunicación Social.

Es importante que el comunicador social sea formado en esta área, ya que se considera que las campañas bien diseñadas e implementadas de los medios de comunicación de masas permiten alcanzar y motivar a la gente a participar en un determinado programa de salud, que promueva condiciones de vida saludables.

Es necesaria la formación, ya que la realidad que se vive es otra; existe una escasez de campañas exitosas y una inconstancia del tratamiento serio de los temas de salud en los medios masivos. Por otra parte, los medios deberían perseguir entre sus objetivos el dar a los ciudadanos los medios necesarios para tomar decisiones sobre cómo contribuir con la vida de la comunidad así como su propio bienestar individual, a través las

noticias y los mensajes de servicio público, y en muchas ocasiones a través de los programas de entretenimiento.

El principal problema que enfrenta el trabajador del área de salud cuando se aproxima al uso de los medios de comunicación de masas es el nexo fundamental que existe entre la salud pública y el cambio social. Por lo tanto, la persecusión de las metas de salud, involucran por lo tanto, un cambio social; la perspectiva de la salud, enfatiza los fracasos del sistema para explicar las condiciones de salud. Los medios de comunicación, por su parte, refuerzan las disposiciones existentes y principalmente enfatizan el fracaso de los individuos para comportarse apropiadamente como una explicación de el bajo nivel de salud.

Muchos de estos problemas, pueden ser resueltos a través de una correcta formación del comunicador social en esta área. El modelo de cátedra de esta área pretende alcanzar de algún modo este objetivo. Es reconocido que este modelo no debe ser único y definitivo, sino que pretende ser un pequeño aporte a la consecusión de los objetivos de nuestro país en este sentido.

De igual manera, este trabajo de grado pretende ser una inicativa que motive a otras personas a investigar el área de la

comunicación y la salud. En la medida en que más personas vayan interesándose, se irá enriqueciendo este modelo de cátedra, e iremos avanzando en logro de un grupo de comunicadores sociales capaces de comprender la situación de salud del país y de producir mensajes en los medios que pretendan lograr un cambio en las condiciones de vida de la población, lo cual se traduciría, a su vez, en otra fuerte herramienta para el desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

- ATKIN, Charles y Lawrence WALLACK: *Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts;* Sage Publications, 1990.

- Aportes para la formulación de una política de Comunicación para la promoción de la salud en América Latina; Conclusiones de la reunión del Comité Asesor en Comunicación para los Ministerios de Salud Pública; Quito, Ecuador, Septiembre de 1993.

- ASPILLAGA PAZOS, Carmela: *Capacidad educativa de la publicidad;* Publicaciones Universidad de Piura; Facultad de Ciencias y Humanidades, 1990.

- *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*; Ottawa (Ontario), Canadá, 17-21 de Noviembre de 1986.

- COBRA, Marcos y Flavio A. ZWARG: Marketing de Servicios. Conceptos y Estrategias; Editorial Mc Graw-Hill Latinoamericana S.A.; Colombia, 1990.

- CONTRERAS, March J.C.:*Publicidad y Salud Pública*; Gaceta Sanitaria, 1990.

- Cuaderno del Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela; No. 13-14; Vadell Hermanos Editores; Enero, Agosto de 1990.

- DEBUS, Mary: *Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales*;Academy for Industrial Development; Washington, D.C.

- *El derecho a la salud en las Américas.* Estudio consttitucional comparado; Publicación científica No. 509; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

- EIGLIER, Pierre y Eric, LANGEARD: *Servucción. El marketing de servicios*; Mc Graw-Hill Interamericana de España; España, 1989.

- FISKE, John: *Introducción al estudio de la comunicación;* Editorial Norma; Colombia, 1984.

- *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*; Organización Mundial de la Salud; Ginebra, 1979.

- GLANZ, Karen, Barbara, RIMER y OTROS: *Health Behavior and Health Education*; Jossey-Bass Publishers; San Francisco, 1991.

- ILLICH, Iván: *Némesis Médica. La expropiación de la salud;* Barral Edotores, 1975.

- KOTLER, Philip y E.L., ROBERTO: *El planteamiento del marketing social para el cambio social;* Editorial Díaz de Santos; 1989.

- *Manual de Comunicación para programas de salud;* Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Washington, D.C., Mayo de 1992.

- *Manual de técnicas para una estrategia de comunicación en salud*; Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1985.

- MOSCOVICI, Serge: *Psicología Social*; Tomo II, 1969.

- O´DONELL, Alejandro, Benjamín TORUN y OTROS: La alimentación del niño menor de 6 años en América Latina. Bases para el desarrollo de guías de alimentación; Ediciones Cavendes; Venezuela, Febrero de 1994.

- *Políticas de Comunicación en Salud*; Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Agosto de 1994.

- *Proyecto de Comunicación para la salud* (HISPASAT); Canal Iberoamericano de Televisión educativa/Organización Panamericana de la Salud.

- PUENTES-MARKIDES, Cristina: La factibilidad sociocultural de los proyectos de desarrollo en salud; Programa de desarrollo de políticas de salud; Organización Panamericana de la salud, Marzo de 1991.

- *Situación General de la Salud en Venezuela*; Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1992.

- Toma de decisiones en el nivel local de salud; Organización Panamericana de la Salud/Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; Caracas de 1992.

- *Versión Preliminar de la declaración de Santa Fé de Bogotá sobre Promoción de Salud*; Santa Fé de Bogotá, Colombia, 9-12 de Noviembre de 1992.

- WHITE, Kerr, Julio FRENK y OTROS: Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología; Publicación científica No.534 de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Washington, D.C., 1992.