

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. Fundada en 1551

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

E.A.P. DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Comunicación Educativa en Salud

INFORME PROFESIONAL Para obtener el título de: **LICENCIADA EN COMUNICACIÓN SOCIAL**

JENNY ROCÍO CÓRDOVA PISCOYA

LIMA – PERÚ 2003

..	1
INTRODUCCIÓN .	3
1. MARCO TEÓRICO . .	5
1.1. TEORÍAS DE LA COMUNICACIÓN EN SALUD. . .	5
1.2. ¿QUÉ ES LA TEORÍA? . .	6
1.3. ¿CÓMO AJUSTAR UNA O VARIAS TEORÍAS AL CAMPO DE LA PRÁCTICA? .	7
1.4. TEORÍAS Y APLICACIONES. . .	7
1.5. PERSPECTIVA ECOLÓGICA: NIVELES DE INFLUENCIA. .	8
1.6. MODELO DE CREENCIAS EN SALUD .	9
1.7. TEORÍA DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN POR EL CONSUMIDOR.	11
..	
1.8. TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL O TEORÍA COGNOSCITIVA SOCIAL. .	13
1.9. COMUNICACIÓN EN SALUD. .	15
1.10. COMUNICACIÓN EDUCATIVA. .	17
1.11. ABOGACÍA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN. . .	18
1.12. CAMPAÑAS DE COMUNICACIÓN EN SALUD. .	19
1.13. MOVILIZACIÓN SOCIAL. .	20
2. INFORME DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL. .	23
2.1. LA EXPERIENCIA PROFESIONAL. . .	23
2.1.1 MUNICIPALIDAD DE BARRANCO-OFICINA DE COMUNICACIONES . .	23
2.1.2 UNMSM-ESCUELA DE COMUNICACIÓN SOCIAL. .	24
2.1.3 MINISTERIO DE SALUD-OFICINA DE COMUNICACIONES. .	25
2.1.4 UNIDAD NACIONAL-OFICINA DE PRENSA-SAN ISIDRO. . .	25
2.2. LA ORGANIZACIÓN-MINISTERIO DE SALUD. . .	27
2.2.1 RESEÑA HISTÓRICA: . .	27
2.2.2 OBJETIVOS: .	29
2.2.3 ORGANIGRAMA DEL MINISTERIO DE SALUD. .	29

2.2.4. SITUACIÓN ACTUAL . . .	30
2.3. SECCIÓN O DEPARTAMENTO. . .	30
2.3.1 ANTECEDENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA OFICINA DE COMUNICACIONES. . .	30
2.3.2 TAREAS ESPECÍFICAS. . .	33
2.3.3 EXPERIENCIA PERSONAL. . .	34
2.4. PROBLEMÁTICA Y CONTEXTO. . .	37
2.4.1 ORGANIZACIONES PARALELAS. . .	37
2.4.2 PROBLEMAS MÁS COMUNES EN EL CAMPO DE TRABAJO. . .	37
2.5. EXPERIENCIA PERSONAL. . .	39
2.5.1 APLICACIÓN DE LO APRENDIDO EN LA UNIVERSIDAD. . .	39
2.5.2 VALORACIÓN AUTOCRÍTICA DE LA REALIZACIÓN PERSONAL. . .	39
2.5.3 ELABORACIÓN DE PROPUESTAS. . .	40
CONCLUSIONES . .	43
RECOMENDACIONES . .	45
BIBLIOGRAFÍA . .	47
ANEXOS . .	49

A mis queridos padres y hermano, Pedro, Zoila y Pedro Iván, gracias por su amor y por todo el apoyo brindado.

INTRODUCCIÓN

El presente informe profesional está basado en la experiencia obtenida en la Oficina de Comunicaciones del Ministerio de Salud del Perú durante el año 2001. La razón por la cual se eligió este tema es por la importancia que dicha experiencia representa dentro de la trayectoria profesional de la suscrita.

Asimismo, este informe es el resultado del asesoramiento brindado durante los “Seminarios de Actualización y Asesoramiento Conducentes a la Titulación mediante Informe Profesional-2003”, los cuales se crearon en aplicación del Decreto Legislativo 739 y de las Resoluciones Rectorales N° 2787-CR-97 Y N° 2971-CR-97.

La situación de la salud en el Perú es una problemática que depende de muchos factores para poder lograr una solución viable, no es sólo una labor de las instituciones estatales el tratar de mejorar esta situación, sino de diversas entidades, tanto públicas como privadas, y de la población misma.

La comunicación educativa y los diversos medios de comunicación tienen un rol muy importante en esta tarea; la mejor manera de prevenir y curar diversas enfermedades y de reducir los índices de desnutrición entre la población, es brindando adecuada información y orientación y, asimismo, contando con el acceso a adecuados servicios de salud a nivel nacional.

El informe que se presenta a continuación, recoge la experiencia de la labor realizada en la Oficina de Comunicaciones del Ministerio de Salud, los procedimientos y métodos utilizados en la ejecución de diversas actividades, así como las limitaciones y

obstáculos que se presentan durante el desarrollo de las mismas.

Del mismo modo, se describen las políticas de comunicación del Ministerio de Salud, las cuales son la base para el desarrollo de todas las actividades de información y educación dirigidas a la población.

Finalmente, se realiza un análisis de la problemática comunicacional, se compara, del mismo modo, lo teórico y lo experimentado, y se brindan algunas recomendaciones para lograr un cambio que contribuya con el logro de resultados positivos, mejorando así la salud y la calidad de vida de nuestra población.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. TEORÍAS DE LA COMUNICACIÓN EN SALUD.

Los programas de salud pública y de promoción de la salud pueden ayudar a mejorar la salud, reducir riesgos de enfermedades, tratar enfermedades crónicas y mejorar así, la calidad de vida de la población.

*Las investigaciones han demostrado que programas de comunicación en salud basados en la teoría pueden poner la salud en la agenda pública, reforzar los mensajes sanitarios, estimular a las personas para que busquen más información y, en algunos casos, dar lugar a estilos de vida saludables.*¹

Pero no todos los programas en iniciativas de promoción de la salud tienen igual éxito. Los programas con mayor probabilidad de lograr el éxito se basan en una clara comprensión de los comportamientos de salud a los que se quiere llegar y su contexto ambiental. Se preparan y se administran empleando modelos de planificación estratégica y se mejoran en forma continua por medio de evaluaciones válidas. Las teorías de comportamientos de salud pueden desempeñar una función crítica en todas estas

¹ MOSQUERA MARIO **Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias** Comisionado por la Organización Panamericana de la Salud (<http://www.comunit.com/la/lasth/sld-2915.html>)

esferas.

La teoría puede ayudarnos a pensar en varias cosas durante las diversas etapas de la planificación, ejecución y evaluación de una intervención. Los planificadores de programas emplean teorías para dar forma a la búsqueda de respuestas a las preguntas: ¿QUÉ?, ¿POR QUÉ? y ¿CÓMO?, es decir, pueden emplearse para ayudar a descubrir QUÉ es lo que usted necesita saber antes de preparar u organizar un programa de intervenciones, también para guiar la búsqueda del POR QUÉ las personas siguen o no los consejos médicos y de salud pública, o no se cuidan a sí mismas en formas saludables, asimismo, pueden proporcionar información sobre CÓMO dar forma a las estrategias del programa para llegar a las personas y a las realizaciones y ejercer un efecto en ellas. También ayudan a identificar QUÉ es lo que debe vigilarse, medirse o compararse en la evaluación del programa.

Las teorías pueden ayudarnos a comprender la índole de los comportamientos de salud a los que se quiere llegar. Pueden explicar la dinámica del comportamiento, los procesos para cambiarlo y los efectos de las influencias externas en él. Las teorías pueden ayudarnos a identificar las metas más adecuadas para los programas, los métodos para lograr el cambio y también contribuyen con el logro de los resultados para la evaluación. Las teorías y modelos *explican* el comportamiento y señalan maneras de lograr el *cambio de comportamiento*.

1.2. ¿QUÉ ES LA TEORÍA?

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones interrelacionados que presentan una visión sistemática de fenómenos por medio de la especificación de relaciones entre variables, con el fin de explicar y predecir los fenómenos. La noción de generalidad o aplicación amplia es importante. Además, las teorías son abstractas por naturaleza: es decir, no tienen un contenido ni un tema específico. Como una taza de café vacía, tiene una forma y límites pero nada concreto dentro. Adquieren vida solamente cuando se las llena con temas y problemas prácticos.

- Los **CONCEPTOS** son los componentes de la teoría, los elementos principales de la misma.
- Una **IDEA** es el término empleado para un concepto desarrollado o adoptado para su uso en una teoría particular. Por lo tanto, una IDEA tiene un significado muy específico y técnico.
- Las **VARIABLES** son las formas operativas de las ideas. Expresan la forma en que se ha de medir una idea en una situación específica. Es importante tener presente que las VARIABLES son las contrapartes de las Ideas cuando se está identificando lo que es necesario determinar en la evaluación de un programa impulsado por una teoría.
- Los **MODELOS** son descripciones generalizadas e hipotéticas, con frecuencia

basadas en una analogía, que se emplean para analizar o explicar algo.

La mayoría de las teorías de la promoción de la salud provienen de las ciencias sociales y del comportamiento, pero su aplicación con frecuencia requiere buen conocimiento de la epidemiología y las ciencias físicas también. Las teorías de promoción de la salud son de naturaleza derivativa y ecléctica. Toman prestados elementos de varias disciplinas como psicología, sociología, antropología, comportamiento del consumidor y mercadotecnia. Muchas teorías no están muy desarrolladas ni han sido sometidas a prueba rigurosa.

1.3. ¿CÓMO AJUSTAR UNA O VARIAS TEORÍAS AL CAMPO DE LA PRÁCTICA?

No hay una sola teoría que domine la educación sanitaria y la promoción de la salud. Ni debería haberla, ya que los problemas de salud, los comportamientos, las poblaciones, las culturas y los contextos de salud pública son amplios y variados. Además, la importancia de algunos problemas, por ejemplo, la viruela y ciertas cepas de virus de la influenza, cambia con el transcurso del tiempo debido a nuevas tecnologías y a actividades fructíferas de salud pública. Otros problemas como el SIDA y los peligros ambientales, están surgiendo debido a una combinación de factores biológicos y sociales. Algunas teorías se concentran en el individuo como la unidad de cambio, mientras que otras se concentran en el cambio dentro de las organizaciones o culturas. ***“La práctica efectiva depende de poner en orden la teoría o teorías y las estrategias prácticas que sean más apropiadas a una situación dada.”***

1.4. TEORÍAS Y APLICACIONES.

La importancia de un enfoque interactivo de múltiples niveles:

La promoción de la salud en los tiempos que corren, comprende no solamente actividades educativas sino también de defensa, esfuerzos de cambio organizativo, elaboración de normas, apoyo económico, cambio ambiental y programas de métodos múltiples. Esto destaca la importancia de considerar los problemas de la salud pública a múltiples niveles y destacar la interacción y la integración de factores dentro de los niveles y entre los mismos. Este enfoque se ha denominado **Perspectiva Ecológica**.

Existen dos nociones fundamentales desde la perspectiva ecológica que ayudan a dirigir la identificación de puntos de influencia personales y ambientales para las intervenciones de promoción de la salud.

En primer lugar, se considera que el comportamiento es afectado por múltiples niveles de influencia, y afecta a éstos. Se han identificado cinco niveles de influencia para

los comportamientos y condiciones relacionados con la salud, a saber: 1) factores intrapersonales o individuales, 2) factores interpersonales, 3) factores institucionales u organizativos, 4) factores comunitarios, y 5) factores de política pública.

La segunda noción fundamental tiene que ver con la posibilidad de causalidad recíproca entre los individuos y sus entornos; es decir, el comportamiento influye en el entorno social y es influido por el mismo.

1.5. PERSPECTIVA ECOLÓGICA: NIVELES DE INFLUENCIA.

CONCEPTO:	DEFINICIÓN :
- Factores Intrapersonales	Características individuales que influyen en el comportamiento, como los conocimientos, las actitudes, las creencias, los rasgos de personalidad.
- Factores Interpersonales	Procesos interpersonales y grupos primarios como son la familia, los amigos, los iguales; proporcionan identidad social, apoyo y definición de roles.
- Factores Institucionales	Normas, reglamentos, políticas en estructuras formales, que pueden limitar o fomentar los comportamientos recomendados.
- Factores Comunitarios	Redes y normas sociales que existen como algo formal o informal entre individuos, grupos y organizaciones.
- Política Pública	Políticas locales, estatales, federales y leyes que reglamentan o respaldan acciones saludables, y prácticas para la prevención, detección temprana, control y tratamiento de enfermedades.

Entre las teorías a nivel individual tenemos:

- **Teoría de etapas de cambio**, tiene que ver con la disposición de los individuos al cambio o al intento de cambiar comportamientos.
- **El modelo de creencias de salud**, aborda las percepciones que tiene una persona de la amenaza de un problema de salud y de la evaluación concomitante de un comportamiento recomendado para prevenir o manejar el problema.
- **La teoría de procesamiento de la información por el consumidor**, aborda los procesos mediante los cuales los consumidores reciben y utilizan la información en

su toma de decisiones.

Entre las teorías a nivel interpersonal tenemos:

Teoría del aprendizaje social o teoría cognoscitiva social, supone que las personas y sus entornos interactúan continuamente. Es importante reconocer que la teoría del aprendizaje social aborda claramente los factores psicosociales que determinan el comportamiento de salud y las estrategias para promover el cambio de comportamiento.

1.6. MODELO DE CREENCIAS EN SALUD

Dentro de los modelos que se consideraron apropiados, destaca el Modelo de Creencias en Salud.

El modelo de creencias en salud fue uno de los primeros modelos que adaptó la teoría de las ciencias del comportamiento a los problemas de salud, y sigue siendo uno de los marcos conceptuales más ampliamente reconocidos del comportamiento relacionado con la salud.

Originalmente fue introducido en los años cincuenta por psicólogos que trabajaban en el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. Se concentraban en aumentar el uso de los servicios preventivos que estaban disponibles entonces, como radiografías de tórax para detección de tuberculosis e inmunizaciones, como las vacunas contra la gripe.

Suponían que las personas temían a las enfermedades y que las acciones en salud estaban motivadas según el grado de temor (amenaza percibida) y el potencial que se esperaba que tuvieran las acciones en la reducción del temor, en la medida en que dicho potencial tuviera más peso que los obstáculos prácticos y psicológicos a la toma de medidas (beneficios netos).

El modelo de creencias en salud se explicaba en términos de cuatro ideas que representan la amenaza percibida y los beneficios netos: SUSCEPTIBILIDAD percibida, GRAVEDAD percibida, BENEFICIOS percibidos y BARRERAS percibidas. Según se planteó, estos conceptos explicarían la “disposición a actuar” de las personas.

Otro concepto agregado, SEÑALES PARA LA ACCIÓN, activaría dicha disposición y estimularía el comportamiento abierto. Un reciente agregado a este modelo es el concepto de AUTOEFICACIA o la confianza propia en la capacidad de desempeñar con éxito una acción.

Este concepto fue agregado por Rosenstock y otros en 1988 para ayudar al modelo de creencias de salud a ajustarse mejor a los desafíos de los cambiantes comportamientos habituales no saludables, como vida sedentaria, hábito de fumar o comer en exceso.

Originalmente, el modelo de creencias en salud se elaboró para ayudar a explicar los

comportamientos relacionados con la salud. Podría guiar la búsqueda del “por qué” y ayudar a identificar puntos de apoyo para el cambio.

También puede constituir un marco útil para diseñar estrategias de cambio. Las aplicaciones más prometedoras de este modelo son para ayudar a elaborar mensajes con probabilidades de persuadir a los individuos a tomar decisiones saludables. Los mensajes pueden entregarse por medio de materiales didácticos impresos, por intermedio de los medios de comunicación o en sesiones de orientación de persona a persona.

El modelo de creencias de salud tiene un “buen ajuste” cuando el comportamiento o la afección que constituye problema, suscita una motivación de salud, ya que éste es su punto central. Si bien los conceptos de este modelo pueden extenderse para relacionarse con motivaciones que no son de salud (por ejemplo, mayor atractivo después de bajar de peso, ahorro de dinero al dejar de fumar), estos temas pueden abordarse mejor mediante otras teorías y modelos.²

MODELO DE CREENCIAS EN SALUD

² Glanz Karen, PhD, M.P.H., Universidad de Hawai Rimer Bárbara, Dr. P.H. Centro Médico de la Universidad Duke Sutton Sharyn Ph. D., Instituto Nacional del Cáncer Teorías de un vistazo: Guía para la práctica de la promoción de la salud. (Pág. 5)

CONCEPTO	DEFINICIÓN	APLICACIÓN
SUSCEPTIBILIDAD percibida	Opinión que tiene uno de las posibilidades de contraer una afección.	Definir población (es) en riesgo, niveles de riesgo. Personalizar el riesgo sobre la base de las características o comportamiento de una persona. Destacar la susceptibilidad percibida, si es demasiado baja.
GRAVEDAD percibida	Opinión que tiene uno de cuán grave es una afección y sus secuelas.	Consecuencias específicas del riesgo y de la afección.
BENEFICIOS percibidos	Opinión que tiene uno de la eficacia de la acción que se recomienda para reducir el riesgo o la gravedad del efecto.	Definir las medidas que se han de tomar: cómo, dónde, cuándo: aclarar los efectos positivos que se esperan.
BARRERAS percibidas	Opinión que tiene uno de los costos tangibles y psicológicos de la acción recomendada.	Identificar y reducir barreras por medio de tranquilización, incentivos, ayuda.
SEÑALES PARA LA ACCIÓN	Estrategias para activar la "disposición"	Proporcionar información sobre cómo realizar la acción, promover toma de conciencia, recordatorios.
AUTOEFICACIA	Confianza en la capacidad de uno mismo de tomar medidas.	Proporcionar capacitación y orientación al realizar la acción.

1.7. TEORÍA DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN POR EL CONSUMIDOR.

El modelo de procesamiento de información por el consumidor surgió del estudio de la forma en que el ser humano soluciona problemas y procesa la información. No se creó específicamente para estudiar comportamientos relacionados con la salud ni para su aplicación en programas de promoción de la salud, pero tiene muchas aplicaciones útiles en la esfera sanitaria. La información es una herramienta común para la educación sanitaria, y con frecuencia constituye una base esencial para tomar decisiones en materia de salud. Sin embargo, la información es necesaria pero no suficiente para estimular comportamientos saludables. Pese a ello, los conceptos erróneos pueden llevar a que incluso los consumidores motivados tengan comportamientos riesgosos.

Las personas necesitan información sobre regímenes de autocuidado médico, orientación para escoger entre diversas modalidades de tratamiento e información específica para escoger los alimentos de una dieta. La información puede aumentar o disminuir la ansiedad de las personas, dependiendo de sus preferencias en materia de información, y de cuánta y qué tipo de información se les proporciona. Además, la enfermedad y sus tratamientos pueden entorpecer el procesamiento de la información. Al comprender los conceptos y procesos fundamentales del Modelo de Procesamiento de la Información por el Consumidor, los educadores sanitarios pueden examinar por qué las personas utilizan o dejan de utilizar la información sobre salud, y concebir estrategias informativas con mejores posibilidades de lograr éxito.

La teoría de este modelo refleja una combinación de conceptos racional-intelectuales y motivacionales. El uso de la información es un proceso intelectual, sin embargo, la motivación es la fuerza que impulsa la búsqueda de información y cuánta atención prestan a ella las personas. Las premisas centrales de esta teoría son:

1.- Los individuos se hallan limitados en lo que se refiere a cuánta información pueden procesar.

2.- Con el fin de aumentar el uso de la información, las personas combinan pedacitos de información en “bloques” y crean reglas de decisión, conocidas como heurística, para escoger con más rapidez y mayor facilidad.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN POR EL CONSUMIDOR

CONCEPTO	DEFINICIÓN	APLICACIÓN
CAPACIDAD DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN	Limitaciones de los individuos en cuanto a la cantidad de información que pueden adquirir, utilizar y recordar.	Escoger los puntos más importantes y útiles para comunicar, ya sea en forma oral o en materiales impresos.
BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN	Procesos de adquisición y evaluación de la información; afectado por la motivación, atención, percepción.	Proporcionar información de modo que exija poco esfuerzo obtenerla, que llame la atención de los consumidores y que sea clara.
REGLAS DE DECISIÓN/HEURÍSTICA	Reglas prácticas, elaboradas y utilizadas para ayudar a los consumidores a seleccionar entre diversas opciones.	Aprender las claves para sintetizar información en formas que tengan sentido y atraigan a la audiencia.
CONSUMO Y APRENDIZAJE	Retroinformación interna basada en el resultado de las elecciones, y cómo se utiliza en futuras decisiones.	Tener presente que las personas probablemente han realizado elecciones afines en el pasado, y que no son "recipientes vacíos."
ENTORNO DE LA INFORMACIÓN	Cantidad, ubicación, formato, inteligibilidad y procesabilidad de la información pertinente.	Diseñar información adaptada a la audiencia, colocarla en forma que sea cómodo su uso.

1.8. TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL O TEORÍA COGNOSCITIVA SOCIAL.

En la Teoría del Aprendizaje Social el comportamiento humano se explica en términos de una teoría dinámica, recíproca y de tres vías en la cual los factores personales, las influencias ambientales y el comportamiento interactúan continuamente.

Una premisa básica de esta teoría es que las personas aprenden no solamente por medio de su propia experiencia sino también observando las acciones de otros y los resultados de dichas acciones.

En los años setenta Albert Bandura publicó un marco integral para la comprensión cognoscitiva de la Teoría del Aprendizaje Social. Este marco, que él denominó Teoría Cognoscitiva Social, en la actualidad es la versión dominante que se emplea en el comportamiento de salud y la promoción de la salud, sin embargo, aún se le denomina

con frecuencia Teoría del Aprendizaje Social.

La teoría del aprendizaje social sintetiza conceptos y procesos a partir de comprensiones cognoscitivas, conductuales y emocionales del cambio de comportamiento.

El aprendizaje por observación con frecuencia se denomina “modelo”, en el sentido de que las personas aprenden qué esperar por medio de la experiencia de otros. Esto significa que las personas pueden obtener una comprensión concreta de las consecuencias de sus acciones, observando a otros y notando si los comportamientos modelados son deseables o no. El aprendizaje por observación es muy poderoso cuando la persona que es observada tiene poder, es respetada o se considera que es como el observador.

TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL (O TEORÍA COGNOSCITIVA SOCIAL)

CONCEPTO	DEFINICIÓN	APLICACIÓN
DETERMINISMO RECÍPROCO	Los cambios de comportamiento son resultado de interacciones entre la persona y su entorno; el cambio es bidireccional.	Hacer participar al individuo y a terceras personas importantes para este; trabajar para cambiar el entorno, si se justifica.
CAPACIDAD CONDUCTUAL	El conocimiento y las aptitudes para realizar un comportamiento influyen en las acciones.	Proporcionar información y capacitación sobre la acción.
EXPECTATIVAS	Creencias sobre los probables resultados de la acción.	Incorporar información sobre los posibles resultados de la acción que se aconseja.
AUTOEFICACIA	Confianza en la capacidad de realizar una acción y persistir en la misma.	Señalar puntos fuertes, emplear persuasión y estímulo; tratar de cambiar el comportamiento mediante pasos pequeños.
APRENDIZAJE POR OBSERVACIÓN	Creencias basadas en la observación de otros como uno mismo o de resultados visibles, materiales.	Señalar la experiencia, los cambios físicos de otros. Identificar los modelos dignos de emularse.
REFUERZO	Respuestas al comportamiento de una persona que aumentan o disminuyen las posibilidades de que algo vuelva a ocurrir.	Proporcionar incentivos, recompensas, elogio; estimular la autorecompensa. Disminuir la posibilidad de respuestas negativas que desestimulan los cambios positivos.

1.9. COMUNICACIÓN EN SALUD.

De acuerdo con un documento de la Organización Mundial de la Salud (Healthy People 2010, volumen I), la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud. Este tipo de comunicación es reconocida como un elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y personal.

“La comunicación para la salud puede ser entendida como los procesos, productos y mensajes que se constituyen y tejen en el contexto social, con el propósito de proporcionar informaciones y conocimientos útiles (adecuados) para influir positivamente en las actitudes y prácticas de salud de los individuos y grupos sociales. El sentido educativo impregna el conjunto de esta relación.”

“También puede definirse como el intento sistemático de influir positivamente en las prácticas de salud de poblaciones extensas, utilizando principios y métodos de la Comunicación Masiva, diseño de la instrucción, mercadeo social, análisis del comportamiento y antropología médicas.”³

Si se toman en cuenta los conceptos mencionados, vemos que la definición de comunicación en salud abarca tanto a la información como a la educación, ya que mediante la información y retroalimentación, busca influir y lograr un cambio positivo de actitudes en las personas, su sentido es básicamente educativo.

La teoría de la comunicación para la salud utiliza cuatro elementos clave del proceso de comunicación: audiencia, mensaje, fuente y canal, sumado a un fuerte componente de investigación y participación. Los programas efectivos de comunicación en salud identifican y le dan prioridad a la segmentación de audiencias, entregan mensajes precisos basados en fuentes científicamente veraces y logran llegar a las audiencias a través de los canales de comunicación familiares.

Del mismo modo que la comunicación para la salud abarca conceptos provenientes de constructos teóricos, también puede incluir varias áreas que incluyen la educación, el periodismo sanitario, la comunicación interpersonal, la abogacía por la salud en los medios de comunicación, la comunicación dentro de las organizaciones, la comunicación sobre riesgos y el marketing social. Puede adoptar muchas formas que van desde la comunicación de masas y los multimedia hasta las tradicionales y específicas de una cultura, tales como la narración de historias, teatro y canciones; también puede adoptar la forma de mensajes de salud subyacentes, o ser incorporados dentro de los medios de comunicación existentes tal como los seriales de radio y televisión.

Asimismo, la comunicación en salud puede contribuir en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad incluyendo las relaciones médico-paciente, la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos, la construcción de

³ Organización Panamericana de la Salud-Área de Cooperación Técnica (http://www.per.ops-oms.org/areas_12.html)

mensajes y campañas de salud pública en conjunto con la diseminación de información concerniente a riesgos para los individuos y las poblaciones, o comunicación preventiva. En el aspecto de promoción es importante la exposición a los mensajes y la búsqueda por parte del individuo de información acerca de la salud, la utilización de imágenes de salud en los medios de comunicación, la educación de los consumidores acerca de cómo ganar acceso a los sistemas de salud pública y de cuidado de la salud.⁴

Por otro lado, el concepto IEC (Información, educación y comunicación) está comprendido en su totalidad dentro de lo que significa y abarca la comunicación en salud, podría decirse que sus componentes son la disgregación del concepto general de comunicación en salud.

La estrategia de IEC se dirige a orientar acciones de comunicación encaminadas a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Pretende fortalecer la capacidad de individuos y comunidades de incidir efectivamente sobre su propio desarrollo. De este modo, el IEC se orienta a mejorar procesos locales que promuevan cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en la población con relación a deberes y derechos ciudadanos en salud y el uso efectivo de mecanismos de participación y control social. El proceso de comunicación en salud no sólo debe partir del diagnóstico particularizado, sino también del potencial institucional y social existente, ya que una vez caracterizados, permite vislumbrar los mecanismos y canales de comunicación cultural y técnicamente adecuados, para mejorar la estrategia de la atención a la salud. Un componente importante en el proceso de gestión de la estrategia IEC, es la elaboración de un sistema propio de evaluación y monitoreo, que brinde los insumos necesarios para realizar los ajustes pertinentes y oportunos a la estrategia, a fin de optimizar su desempeño y adecuada implementación.

Objetivos de la Comunicación en Salud:

- Promover, a través de la comunicación, el mejoramiento de las condiciones de vida y bienestar de la población.
- Fortalecer a los Programas y Proyectos del Ministerio de Salud en sus estrategias de comunicación en salud, para crear en la población una cultura de la salud y promover estilos de vida saludables.
- Capacitar a periodistas y comunicadores en el manejo del tema de la salud para incentivar y promover la práctica de comportamientos saludables.

Principales líneas de trabajo de la Comunicación en Salud:

- Asesoramiento en el diseño de planes y estrategias de comunicación.
- Asesoramiento en la producción de materiales sobre temas de salud.
- Formación de Recursos Humanos.
- Formación de portavoces.

⁴ MOSQUERA MARIO. Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias Comisionado por la Organización Panamericana de la Salud (<http://www.comminit.com/la/lasth/sld-2915.html>)

1.10. COMUNICACIÓN EDUCATIVA.

Según se conciba a la educación / comunicación, será el uso de los medios de comunicación en la enseñanza. Y hay dos modos de entender y asumir esta dupla:

1. El vertical y unidireccional
2. El que considera al educando como sujeto de un proceso en el que se aprende de y con los otros.

En el primer caso, el uso de los medios reproducirá la unidireccionalidad, acriticidad y la imposibilidad de una relación dialógica. En el segundo, ese uso se hará en un espacio cuyos protagonistas son verdaderos interlocutores. Mario Kaplún reflexiona y propone en torno a estos dos modelos.

Educación y comunicación son dos términos que pueden ser entendidos de muy diversa forma; y, según se los entienda, se abordará con muy diferente criterio el uso de los medios en la enseñanza. Con todo el riesgo de una simplificación esquemática, se puede distinguir entre dos modos de entenderlos; y la opción por uno de ellos atravesará y permeará toda la práctica educativa. Por una parte, se perfila el modelo transmisor, el que, al concebir la educación como transmisión de conocimientos para ser memorizados y "aprendidos" por los educandos, sitúa a estos últimos como objetos receptáculos y depositarios de informaciones. Es el típico modelo escolástico de la clase frontal, con el docente al frente y los alumnos escuchando (o haciendo como que escuchan) para después ser evaluados por la literalidad con que repiten y reproducen lo escuchado. Podrá argüirse que tal modelo ha sido definitivamente condenado al destierro por la ciencia pedagógica, pero una mirada honesta a la realidad escolar reconocerá que, como "los muertos que vos matáis" del drama de Don Juan, sigue gozando de muy buena salud.

Paralelamente, en el ámbito de la comunicación, se sustenta el modo clásico de entenderla como transmisión unidireccional de mensajes por un emisor ("locutor") a unos receptores ("oyentes"). Y también esta concepción monologal puede ufanarse de un óptimo estado de salud: está firmemente implantada en la sociedad e internalizada en el tejido social.

El otro modelo educativo es el que pone como base del proceso de enseñanza / aprendizaje la participación activa de los educandos; que los considera como sujetos de la educación y ya no como objetos-receptáculos; y plantea el aprendizaje como un proceso activo de construcción y de re-creación del conocimiento. Para esta concepción, todo aprendizaje es un producto social; el resultado, tal como lo postuló Vygotsky, de un aprender de los otros y con los otros. Educarse es involucrarse en una múltiple red social de interacciones. Obviamente, esta opción también tiene su correlato en comunicación, entendida y definida como diálogo e intercambio en un espacio en el cual, en lugar de locutores y oyentes, instaure interlocutores.⁵

1.11. ABOGACÍA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN.

Los medios de comunicación pueden ser una herramienta poderosa para la promoción de la salud en todo el mundo. Existen, sin embargo, muchas complejidades asociadas con el uso óptimo de este poderoso recurso.

Algunos argumentan que las campañas de comunicación públicas pueden ser fuente de información en salud exacta para los individuos y que los medios de comunicación pueden informar el debate público sobre los problemas de salud. Los medios de comunicación se perciben como valiosos aliados estratégicos para este fin.

Otros argumentan que los medios de comunicación son fuente de “educación anti-salud”, presentando a personas con información sobre salud inexacta o engañosa, a través de los anuncios, entretenimiento e inclusive en el contenido de las noticias.

En lugar de informar el debate público, los medios de comunicación han sido acusados de limitar dicho debate mediante el reflejo de intereses de lucro del mundo corporativo y minimizando las necesidades de salud de las poblaciones. En este caso, los medios de comunicación son vistos no como aliados deseosos, sino como una barrera a ser superada.

Ambos puntos de vista representan perspectivas legítimas en los medios de comunicación e influyen en el énfasis que los profesionales en salud pública creen debe ser otorgado apropiadamente a las diversas estrategias de los medios de comunicación. Por ejemplo, si los medios de comunicación son vistos como un fuerza de educación anti-salud, entonces las intervenciones son designadas para alterar la naturaleza de la información en salud que es provista por los medios de comunicación.

La importancia de los factores sociales y políticos en la promoción de la salud, frecuentemente ignorada por los medios de comunicación, es enfatizada. Se alientan las estrategias para el cambio colectivo en lugar del cambio individual.

Los medios de comunicación son definidos como parte del problema y se convierten no tanto en un mecanismo para intervenir sino en un blanco de intervención.

Por otro lado, si los medios de comunicación son vistos como vehículos para la promoción de la salud, entonces los aspectos negativos serán vistos como relativamente insignificantes o inclusive irrelevantes.

El problema importante es empaquetar y distribuir información exacta de factor de riesgo para que los grandes números de personas probablemente puedan cambiar sus estilos de vida. El blanco de la intervención es el individuo y los ciudadanos son alentados a cambiar su comportamiento para ser más saludables y vivir por más tiempo.

⁵ Kaplún Mario, Revista Latinoamericana de Comunicación CHASQUI, Chasqui 58, junio 1997, La Educomunicación. (<http://www.comunica.org/chasqui/kaplun.htm>)

A un nivel más básico, el debate sobre el rol de los medios de comunicación en la promoción de la salud, refleja una diferencia fundamental sobre si la persecución de la promoción de la salud es 1) personal-individual ó 2) social-política.

1) Si ésta es **personal-individual**, principalmente involucrará ser más innovadora en la estimulación del cambio de conducta individual. El futuro uso de los medios de comunicación estará basado en el refinamiento continuado y buena afinación de esfuerzos previos para llevar la información a la mayor cantidad de gente en un paquete financiado.

2) Si la promoción de la salud es **socio-política**, el rol de los medios de comunicación es realmente diferente. Una perspectiva socio-política vincula a la promoción de la salud a un cambio social y a una política pública de desarrollo. El enfoque estará en usar los medios para dirigir las condiciones de enfermedad en lugar de las condiciones de la enfermedad. Porque los medios de comunicación generalmente sirven para reforzar arreglos existentes.

La abogacía de los medios de comunicación es el uso estratégico de los medios de comunicación para adelantar una iniciativa de la política pública o social.⁶

Asimismo, la abogacía de los medios de comunicación puede:

- Generar el debate público.
- Incrementar la cobertura de los medios de comunicación.
- Oponerse a la promoción de malos hábitos o vicios.
- Diseminar (difundir) información exacta.
- Influir en la política pública.

1.12. CAMPAÑAS DE COMUNICACIÓN EN SALUD.

Son actividades orientadas a mejorar la calidad de vida y salud de las personas, mediante la participación del personal de salud, de los medios de comunicación y de la población.⁷

Las campañas de comunicación en salud son diseñadas con la finalidad de informar y orientar a la población con respecto a una determinada enfermedad o tema de salud, brindando información precisa, difundida en términos simples, que permitan un buen

⁶ Dr. PH Wallack Lawrence, Escuela de Salud Pública (Universidad de California) "El Mercadeo Social y la Abogacía de los Medios de Comunicación: Dos Acercamientos a la Promoción de la Salud." (1994) (<http://www.ucop.edu/ucophome/healaff/wellpgm/lecalpha.html>)

⁷ "Herramientas para Desarrollar Destrezas en Comunicación para la Salud." (Pág.216) Academia para el Desarrollo Educativo Washington DC EE.UU. 1995.

entendimiento de los mensajes.

Se pueden utilizar diversos medios de comunicación para la realización de cada campaña, dependiendo del contexto y de los recursos con los que se cuenten. Generalmente se dirigen convocatorias a la población con algunas semanas de anticipación, mediante la radio, la televisión y volantes, invitándola a participar de diversas actividades, como por ejemplo: jornadas de vacunación, despistaje o descarte de algunas enfermedades, caminatas para promover el ejercicio físico, etc.

Dichas actividades se realizan en coordinación con las diversas dependencias del Ministerio, así como con otras instituciones públicas y privadas, las cuales brindan apoyo material, en la mayoría de los casos, tales como medicinas, productos alimenticios, prendas de vestir, etc. los cuales son repartidos entre la población más necesitada, previo diagnóstico de su situación.

Estas campañas se realizan en beneficio de la población y su éxito depende del trabajo conjunto del Ministerio de Salud, los medios de comunicación y otras instituciones públicas y privadas.

1.13. MOVILIZACIÓN SOCIAL.

Otro tipo de estrategia que requiere una mayor implicación de la población es la Movilización Social. Ésta se puede definir como la convocación de voluntades para actuar en la búsqueda de un propósito común bajo una interpretación y sentido compartidos. La movilización social a diferencia del Mercadeo Social no tiene como objeto al individuo sino que todos los sectores sociales son objeto de influencia para que la comunidad como un todo se movilice y apoye.

Para conseguir legitimación, apoyo y recursos humanos y financieros, se proponen los siguientes abordajes:

- **Movilización Política:** Dirigida a lograr el concurso de autoridades y decisores, para lo cual pueden emplear la “abogacía” o el “lobby” y los medios de comunicación social.
- **Movilización Gubernamental:** Con el propósito de informar y obtener cooperación de los entes oficiales y de gobierno, para lo cual se incluyen programas de capacitación, estudio y cobertura por parte de los medios de comunicación social.
- **Movilización Comunitaria:** Orientada a lograr el compromiso de los líderes tradicionales, ONG’s, grupos de base, etc., para lo cual se apoya en capacitación, participación en los procesos de planeación y cobertura de actividades por parte de los medios de comunicación social.
- **Movilización Corporativa:** Busca el apoyo de empresas para promover los objetivos apropiados, bien sea con recursos financieros y/o con su propia publicidad.
- **Movilización de Beneficiarios:** Orientada a la información de los beneficiarios del programa mediante capacitación, conformación de grupos comunitarios y

comunicación por medios tradicionales y masivos.

2. INFORME DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL.

2.1. LA EXPERIENCIA PROFESIONAL.

2.1.1 MUNICIPALIDAD DE BARRANCO-OFICINA DE COMUNICACIONES

En el año 1999, tuve la oportunidad de laborar, durante cuatro meses, en la Oficina de Comunicaciones de la Municipalidad de Barranco, desempeñando el cargo de Asistente de dicha oficina. Mi labor fue la de apoyar constantemente en el desarrollo de las actividades diarias, como por ejemplo: mantener informada a la Alta Dirección sobre temas de interés, archivar información importante, convocar a reuniones con autoridades o con la población, diseñar material informativo para la población (trípticos, afiches, banderolas, etc.)

Esta primera experiencia laboral fue bastante interesante y me permitió conocer cómo se desarrollan realmente las actividades en una organización o entidad pública, contrastando, de esta manera, lo teórico con lo práctico.

Al empezar a laborar en la oficina de comunicaciones encontré algunas limitaciones que no permitían el desarrollo de un trabajo eficiente, ya que no se contaba con la infraestructura y equipos adecuados, el ambiente físico era bastante pequeño, sólo se contaba con una computadora y una máquina de escribir.

En la oficina de comunicaciones laborábamos cuatro personas y el ambiente de trabajo era bastante agradable, sin embargo, para conseguir algún material o equipos, como papelería, fax y teléfonos, teníamos que acudir siempre a la Alta Dirección, situación bastante incómoda pero necesaria.

Para la realización de cualquier actividad dependíamos de la aprobación de la Alta Dirección, así como de todo el proceso burocrático que significa el solicitar materiales o recursos para el desarrollo de las actividades.

Por otro lado, esta primera experiencia me permitió tratar con personas de toda condición, desde personajes notables como la Alcaldesa del distrito, artistas, empresarios, etc. hasta personas de condición muy humilde, quienes formaban parte de la comunidad barranquina.

Tratar con distintos públicos no es algo sencillo, ya que muchas veces las personas que se consideran influyentes y/o importantes, esperan recibir un trato especial cuando desean realizar un trámite en la Municipalidad.

Barranco cuenta con muchos negocios dedicados al entretenimiento, tales como peñas, discotecas, restaurantes, etc. y en muchas ocasiones, los dueños de dichos locales, así como los artistas que ahí laboran, iban a realizar gestiones a la Municipalidad.

Algunas de estas personas llegaron a ser prepotentes y altaneras en su trato; en esos casos uno debe aprender a dominar el carácter y tratar de resolver la situación de la mejor manera, mostrando siempre respeto, paciencia y sutileza al momento de expresarnos.

En general, siempre se buscó brindar el mejor trato a todos los vecinos que acudían a la Municipalidad, sin discriminarlos por su condición social y/o económica.

2.1.2 UNMSM-ESCUELA DE COMUNICACIÓN SOCIAL.

En el año 2000, realicé una Ayudantía en la Escuela Académico Profesional de Comunicación Social de la UNMSM, asistiendo en el desarrollo de dos cursos de la especialidad de Comunicación Organizacional, Ciclo 2000-II.

Dentro de las actividades realizadas, se puede mencionar: Revisión y corrección de informes y otros trabajos, diseño de algunas prácticas escritas y corrección de las mismas, verificación de asistencias y puntualidad de los estudiantes.

Esta experiencia me permitió conocer la otra cara de la moneda con respecto a los estudios universitarios, es decir, al estar en las aulas mi condición ya no era la de una alumna en clase, ahora era yo quien estaba encargada de algunas clases y quien era responsable por el adecuado desarrollo de las mismas.

Gracias a esta experiencia pude entender mejor las necesidades estudiantiles con

respecto a las metodologías de enseñanza, las cuales, algunas veces, resultan ser bastante teóricas y monótonas.

Desde mi punto de vista, algunos docentes sólo se concentran en impartir sus conocimientos, sin reparar en la importancia de promover la participación de los alumnos durante la clase, así como de lograr que ésta sea más dinámica y didáctica, donde se produzca una constante retroalimentación entre el docente y los alumnos.

Asimismo, fue importante el mantener una relación cordial y amical con los alumnos, basada siempre en el respeto mutuo. Tuve la oportunidad de observar y aprender sobre la metodología utilizada por la docente con quien trabajé. En cada clase se desarrolló una metodología de enseñanza bastante dinámica, basada en la empatía existente entre la docente y los estudiantes.

2.1.3 MINISTERIO DE SALUD-OFICINA DE COMUNICACIONES.

A inicios del año 2001, empecé a laborar en la Oficina de Comunicaciones del Ministerio de Salud (MINSA) entre febrero de 2001 y marzo de 2002, desempeñando el cargo de Asistente de Comunicación Educativa y RRPP.

Las labores desarrolladas por el equipo de RRPP eran diversas: Desarrollar y difundir el calendario de actividades oficiales del sector, gerenciar el uso del auditorio institucional, elaborar y actualizar el directorio institucional, mantener información disponible para los diferentes públicos, atender y resolver los pedidos y/o sugerencias, mantener el directorio y la página Web actualizados, atender los actos protocolares y/o oficiales, desarrollar el calendario de saludos institucionales y recepcionar a los dignatarios y visitantes ilustres.

En lo que respecta al área de comunicación educativa, las principales labores fueron: Analizar materiales educativos de los diversos programas de salud, diseñar materiales informativos / educativos dirigidos a la población, mantener actualizada la información concerniente a temas de salud en la página web del MINSA, participar en el diseño de mensajes difundidos mediante spots televisivos y radiales, organizar campañas de salud dirigidas a la población, así como organizar talleres dirigidos a periodistas de los diversos medios.

La experiencia obtenida en el Ministerio de Salud fue valiosa, ya que se trata de una institución muy grande y con una misión muy importante: velar por la salud de la población, para lo cual se tuvo que aprender a trabajar en equipo y en coordinación con diversas entidades, a un ritmo bastante fuerte y muchas veces bajo mucha presión. Asimismo, representar a la oficina de comunicaciones del MINSA en diversas actividades era una responsabilidad muy grande y el tomar decisiones importantes, en determinadas circunstancias, también.

2.1.4 UNIDAD NACIONAL-OFICINA DE PRENSA-SAN ISIDRO.

Entre junio y noviembre de 2002, se presentó la oportunidad de participar en la campaña política de la Alianza Electoral Unidad Nacional, para la alcaldía del distrito de San Isidro.

Fue una experiencia nueva pero de la cual aprendimos mucho todos los que participamos en dicha campaña.

Desempeñamos el cargo de Asesores de Prensa y nuestras labores eran diversas: Mantener informados a los jefes de campaña y al candidato sobre todas las noticias relacionadas con la campaña electoral, coordinar entrevistas o reportajes en los diversos medios informativos, organizar conferencias de prensa y otras actividades, así como convocar a las mismas a los diversos medios de prensa. Del mismo modo, teníamos que mantener informados a los vecinos y a los medios de comunicación sobre cada actividad realizada, así como coordinar reuniones semanales entre los vecinos del distrito y el candidato a la alcaldía.

Trabajar en esta campaña me permitió conocer otro aspecto de la comunicación social, en el cual la propaganda jugó el rol principal.

Esta vez se trataba de convencer al electorado, en este caso a los vecinos del distrito de San Isidro, de elegir a un candidato que ya contaba con un prestigio reconocido, pero aun así, necesitaba posicionarse mejor para contar con la mayor cantidad de votos posible y asegurar su elección.

La campaña se desarrolló durante cuatro meses y siempre se basó en el contacto directo entre el candidato y los vecinos del distrito. Las dudas e inquietudes del electorado se resolvían mediante reuniones semanales con el candidato; asimismo, se organizaban caminatas semanales por diversas avenidas del distrito, conferencias de prensa, entrevistas en diversos medios, etc.

Las estrategias de comunicación y propaganda no sólo estaban destinadas a levantar la imagen del candidato, sino también a contrarrestar los ataques provenientes de los otros candidatos, quienes, en su mayoría, realizaron una constante guerra sucia durante toda la campaña.

Finalmente, a pesar de que el candidato se mantuvo en los primeros lugares de preferencia electoral durante casi toda la campaña, no se obtuvieron los resultados esperados.

Considero que esta derrota electoral se debió, en gran parte, al hecho de no haber dado una respuesta oportuna a cada ataque o difamación proveniente de los demás candidatos, ya que se debió responder a dichos ataques con la misma intensidad desde un principio; nuestra falta de experiencia en esta materia permitió que toda la guerra sucia de la cual fuimos objeto, influyera de manera decisiva en el sentir de la población, cambiando su opinión y restando credibilidad y confianza a la imagen de nuestro candidato.

Asimismo, se debe tomar en cuenta que esta actitud, hasta cierto punto pasiva, se explica por el hecho de que el candidato era una persona con poca experiencia en el ambiente político, ya que se trataba de un científico, docente universitario, con don de gente y transparencia, incapaz de valerse de infamias y otras artimañas políticas para conseguir sus objetivos.

2.2. LA ORGANIZACIÓN-MINISTERIO DE SALUD.

2.2.1 RESEÑA HISTÓRICA:

Las actividades gubernamentales destinadas a preservar la salud de la población se inician en la época de la colonia con la institución del Real Tribunal del Protomedicato, en 1568, por Cédula expedida por Felipe II. El tribunal tenía por finalidad garantizar el correcto ejercicio de la medicina, el funcionamiento de boticas, combatir el empirismo, clasificar plantas y hierbas medicinales, escribir la historia natural del Perú y absolver consultas del gobierno sobre el clima, enfermedades existentes, higiene y salud pública en general. El insigne médico y prócer de la independencia, don Hipólito Unánue, fue el último protomédico de la colonia. Bajo el nombre de Protomedicato General del Estado, esta institución se conservó al nacer la República, llegando a tener 22 presidentes, el último de los cuales fue el ilustre médico Cayetano Heredia. En 1892, se creó la Junta Suprema de Sanidad, encargada de establecer las normas para la protección de la salud de la población. Seis años después, durante el gobierno de Andrés Avelino Cáceres, se pone en vigencia el Reglamento General de Sanidad que normaba las actividades de las Juntas Supremas, Departamentales y Provinciales de Sanidad en lo concerniente a saneamiento ambiental, sanidad internacional, control de enfermedades transmisibles y ejercicio profesional.

Las Juntas de Sanidad constituyeron el primer intento de administración descentralizada y su reglamento, el esbozo de un Código Sanitario. En 1892, se encarga a los gobiernos locales lo concerniente al saneamiento ambiental y en 1898 se establece la obligatoriedad de la vacunación antivariólica, hecho que origina posteriormente la creación del Instituto Nacional de Salud, dedicado a la producción de biológicos. En 1903, a raíz de un brote de peste bubónica, el gobierno determina la creación de la Dirección de Salubridad Pública, dependiente del entonces Ministerio de Fomento.

La preocupación y obligación del Estado por la protección de la salud de la población, se hace explícita desde 1920 en la Constitución de la República, posición que es ratificada en las posteriores Cartas Magnas. Las crecientes y complejas responsabilidades de la Dirección de Salubridad hacen necesario que el Gobierno la independice y cree sobre esa base un nuevo Ministerio.

El 05 de Octubre de 1935, al conmemorarse el 50 Aniversario del fallecimiento del mártir de la medicina peruana "Daniel A. Carrión", fue promulgado el D.L. 8124 que crea el ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social. En el nuevo Portafolio se integraron la antigua Dirección de Salubridad Pública, las Secciones de Trabajo y Previsión Social, así como la de Asuntos Indígenas del Ministerio de Fomento; confiriéndosele además las atribuciones del Departamento de Beneficiencia del Ministerio de Justicia.

El primer titular de Salud fue el Dr. Armando Montes de Peralta. En su trayectoria

histórica, el Ministerio de Salud ha tenido que adaptarse a los cambios y necesidades de la sociedad, modificando su organización y en dos oportunidades su denominación.

Es así que, en 1942, adopta el nombre de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y en 1968, la denominación que mantiene hasta la actualidad: Ministerio de Salud.

La historia del Ministerio de Salud registra hechos importantes dignos de ser destacados. En Agosto de 1994, el Perú recibe la certificación internacional de la interrupción de la circulación del virus de la polio, al transcurrir tres años del último caso de polio en el país y en las Américas. El mantener coberturas de vacunación por encima del 90% a partir de 1995, el reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud del Programa de Control de TBC del Perú como uno de los mejores del mundo y modelo para las Américas; el avance exitoso en el cumplimiento de la meta intermedia de iodización universal de la sal, constituyen méritos destacables.

La presente década, es protagonista de hechos de singular trascendencia que se escribirán en la historia sanitaria del país, con los cuales se garantizará la mejora de la calidad y extensión de la prestación de los servicios de salud bajo los principios de solidaridad y equidad, y el inicio de un proceso de construcción de la nueva cultura de salud que necesita el país, bajo el liderazgo sólido de un Ministerio que está conformado por " Personas que atienden personas."

MISIÓN:

El Ministerio de Salud tiene la misión de velar por la salud de la población, mediante la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud, y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país; proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales. La persona es el centro de nuestra misión, a la cual nos dedicamos con respeto a la vida y a los derechos fundamentales de todos los peruanos, desde antes de su nacimiento y respetando el curso natural de su vida, contribuyendo a la gran tarea nacional de lograr el desarrollo de todos nuestros ciudadanos. Los trabajadores del Sector Salud son agentes de cambio en constante superación para lograr el máximo bienestar de las personas.

VISIÓN:

A mediados de la década 2010-2020, la salud de todas las personas del país será expresión de un sustantivo desarrollo socioeconómico, del fortalecimiento de la democracia, de los derechos y responsabilidades ciudadanas basados en la ampliación de fuentes de trabajo estable y formal con mejoramiento de los ingresos, en la educación en valores orientados hacia la persona y una cultura de solidaridad, así como en el establecimiento de mecanismos equitativos de accesibilidad a los servicios de salud mediante un sistema nacional coordinado y descentralizado de salud, y desarrollando una política nacional de salud que recoja e integre los aportes de la medicina tradicional y de las diversas manifestaciones culturales de nuestra población.

FUNCIONES:

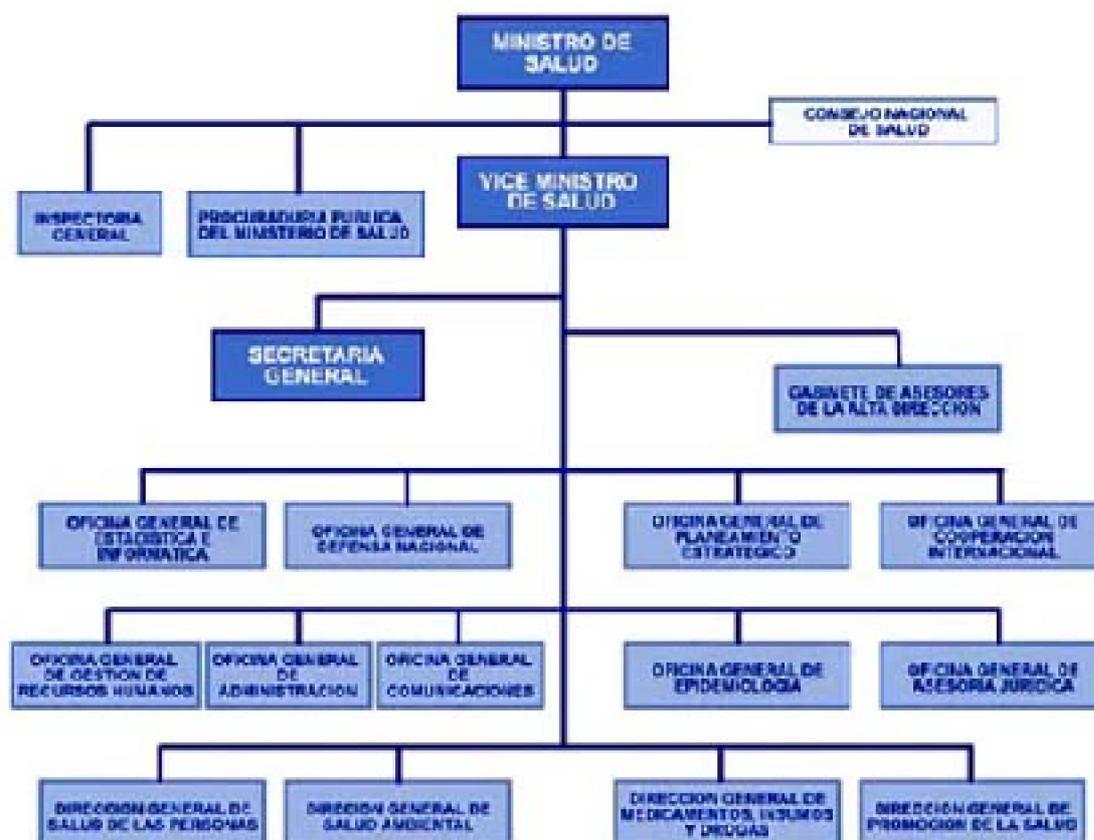
El Ministerio de Salud diseña y organiza procesos organizacionales de dirección, operación y apoyo, los mismos que deben implementar las estrategias de mediano plazo.

Los subprocesos y actividades componentes se modifican en función de las innovaciones tecnológicas y la reformulación de los objetivos estratégicos.

2.2.2 OBJETIVOS:

- Promoción de la Salud y vigilancia de funciones esenciales de salud pública.
- Prevención de las enfermedades crónicas y degenerativas.
- Educación para mejorar el acceso a alimentos de calidad.
- Desarrollo del Seguro Integral de Salud y mejoramiento del Seguro Social.
- Reducción de morbilidad infantil, materna y por enfermedades transmisibles.
- Ampliación del acceso y uso racional de medicamentos.
- Reestructuración integral de los Sistemas Administrativo y Operativos del Ministerio de Salud.
- Inicio del proceso de integración y descentralización sectorial.
- Implementación de políticas comunes en la región andina.
- Fortalecer el rol de rectoría y conducción sectorial del Ministerio de Salud.
- Garantizar el acceso y la atención integral con servicios de salud adecuados y de calidad.
- Mejorar integralmente el entorno ambiental, previniendo y controlando los riesgos y daños asociados a enfermedades transmisibles de importancia regional y nacional.
- Descentralizar y modernizar el sector a través de nuevas modalidades de gestión y financiamiento.

2.2.3 ORGANIGRAMA DEL MINISTERIO DE SALUD.



2.2.4. SITUACIÓN ACTUAL

El Dr. Fernando Carbone Campoverde es el actual Ministro de Salud y al parecer, la política de prevención y control de las enfermedades se mantiene bajo su gestión. Aunque muchas cosas han cambiado desde el inicio del actual gobierno, la misión y objetivos del MINSA apuntan siempre a una mejora de la salud de la población y asimismo, a crear una cultura de prevención entre la misma.

Uno de los retos más grandes de la actual gestión, es el de lograr que toda la población tenga acceso a los servicios de salud, sin distinción de clase social y dando prioridad a los que menos tienen.

2.3. SECCIÓN O DEPARTAMENTO.

2.3.1 ANTECEDENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA OFICINA DE COMUNICACIONES.

Desde la transformación de la Dirección de Salubridad Pública a comienzos del siglo XX,

en el Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social, se hizo necesario contar con un órgano que tuviera a cargo servir de nexo entre la autoridad de Salud y la población, difundiendo medidas de control y protección de la salud, asumiendo el diseño de la entonces denominada propaganda sanitaria y utilizando espacios educativos y medios de información disponibles, como los periódicos, revistas, folletos y afiches para hacer llegar recomendaciones u orientaciones a la población para adoptar conductas saludables.

Es así que en las diversas estructuras organizativas el tema de comunicación estuvo presente, en las originales Unidades de Propaganda Sanitaria, Educación para la Salud, entre otras denominaciones que tuvieron.

En 1957, en la reestructuración del entonces Ministerio de Salud y Asistencia Social se consideró por primera vez la Oficina de Prensa, Publicidad y Biblioteca, precursora de la actual Oficina de Comunicaciones. El Dr. Jorge Haaker Fort, por aquel tiempo Ministro en la Cartera de Salud, propulsó una propuesta realmente novedosa y moderna para la época con respecto a las funciones que competían al órgano responsable de la comunicación en el sector salud. Es así que el D.S. 105-SA del 14 de junio de ese año, constituyó el reconocimiento oficial en el Ministerio de Salud al trabajo del comunicador.

La historia sanitaria del país ha puesto en evidencia la importancia de la comunicación especializada como elemento vertebral en el proceso educativo de la comunidad.

Ejemplos concretos como la lucha contra el cólera, el sarampión, la interrupción de la circulación del virus de la polio, la lucha contra la TBC, la Neumonía, la promoción de la lactancia materna, la eliminación de los desórdenes por deficiencia de yodo, la prevención del SIDA y ETS, entre otros; son algunos testimonios vivenciales de un trabajo efectivo de la comunicación moderna en respaldo de los programas de salud y del proceso educativo integral de la comunidad. Estas experiencias positivas permiten demostrar que la mejor inversión en salud es aquella efectuada en el área preventivo promocional.

Por otro lado, el Ministerio de Salud contó, en la década pasada, con recursos procedentes de diferentes fuentes: ordinarios (desde 1997) y de la cooperación externa (desde 1992), incluyendo proyectos para desarrollar acciones de comunicación en salud, también conocidas como IEC (información, educación y comunicación).

A pesar del esfuerzo económico, y de las buenas experiencias obtenidas anteriormente, la información sobre el impacto de estas acciones en la población fue incompleta y/o inexistente. "La oferta informativa ha sido muy grande, pero no sabemos qué hizo la población con todo ello", nos diría el personal de salud. Pues el enfoque de "entregar" información y materiales impresos o salir esporádicamente en los medios de comunicación masiva, radio y televisión, no asegura el cambio de actitud y comportamiento de la población. En otras palabras, se invirtió una millonaria suma de recursos en actividades de comunicación, sin embargo, el mejorar la salud y la calidad de vida de nuestra población es aún un gran reto para los gobiernos.

Como se mencionó, no se cuenta con un registro adecuado sobre los impactos que cada campaña o actividad realizada tuvieron en la población durante los últimos años; asimismo, es de conocimiento general que en nuestro país la mayoría de personas no

han desarrollado una cultura de la lectura, por esta razón resulta muy difícil informar a la población mediante medios impresos, ya que los mensajes difundidos llegan a una mínima parte del público objetivo.

Otro factor que ha impedido el éxito de muchas campañas de salud, es la contradicción existente entre los discursos y mensajes de las autoridades de salud y la realidad que se vive día a día en los centros y/o dependencias de salud, es decir, la población acude a dichos lugares esperando ser atendida de la mejor manera y lo que encuentran, muchas veces, es la falta de consideración por parte del personal de salud, quienes han sido acusados en diversas ocasiones de prepotencia y maltrato para con la población. Por esta razón, la población ha perdido la confianza y credibilidad con respecto a los mensajes difundidos por los diversos medios de comunicación.

Por otro lado, la Oficina de Comunicaciones en 1994 publicó el documento "Políticas de Comunicación para la Salud", que de manera resumida brinda lineamientos para integrar los esfuerzos de comunicación impulsados por diferentes instancias: programas, proyectos, institutos, DISAS, Hospitales y Oficinas del sector. Este documento no se mantuvo en la agenda de trabajo de quienes realizaban los planes de comunicación, con multiplicidad de voceros y una considerable producción de materiales de comunicación, cuya inversión ha sido cuantiosa.

Asimismo, se encontraron diferentes discursos, enfoques y estrategias para abordar los temas de salud; incluso, en el caso de los proyectos, que generaron espacios y modos de trabajo paralelos al Ministerio, sin ninguna supervisión o instancia de coordinación que integre los programas y planes de comunicación.

El nuevo reto se traducía en contribuir con el cambio de esta situación, con propuestas que permitiesen diseñar los lineamientos básicos del trabajo de comunicación en salud para el Ministerio, acorde a los principios y lineamientos de la nueva gestión. Ello además implicaría una nueva estructura, considerando que la nueva Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud asumiría parte de las funciones que la Oficina de Comunicaciones estuvo desarrollando.

La coyuntura política por la cual atravesaba el país a inicios del año 2001 era bastante complicada y sui géneris, ya que se contaba con un Gobierno Transitorio, el cual guiaría al país hasta que se realizara la elección del nuevo gobierno. En el Ministerio de Salud se encontraron diversos discursos institucionales, lo cual generaba una dispersión y debilidad de los mensajes emitidos a la sociedad, como percepciones desintegradas sobre la labor del Ministerio. Esta afirmación se sustenta por lo siguiente:

- No existió una política de publicaciones, tanto en los aspectos normativo-institucional, como de prevención, educación y comunicación. Cada entidad del Ministerio (direcciones, programas, proyectos, etc.) habían publicado de acuerdo a criterios particulares. Se dejaron de lado, en la mayoría de casos, aspectos básicos que cautelen la autoría intelectual del Ministerio de Salud y espacios de aprobación y socialización institucionales.

- El logograma del Ministerio de Salud, no era ni es reconocido por la población. Las causas son varias: la existencia de múltiples logogramas (programas, proyectos, hospitales, DISAS), generando una fragmentación en la percepción de la población; el

concepto (significado) del logograma no proyecta a la mayoría de las personas, una imagen de salud o del Ministerio.

- Los instrumentos de información, específicamente la página WEB, fue concebida para el público interno y no para la población en general.

- No existía un sistema nacional de comunicación. En cada Dirección de Salud y en la mayoría de hospitales, existían denominaciones distintas para el trabajo de comunicación: Relaciones Públicas, comisiones de IEC (Información, Educación y Comunicación), Prensa, Comunicación, entre otras.

- Los resultados de los diagnósticos institucionales realizados sobre los temas de promoción y comunicación no han sido considerados para mejorar, ampliar o modificar la política de comunicación para la salud.

- La Oficina de Comunicaciones, a pesar de tener definida su misión y funciones, no logró posicionarse como líder de las iniciativas en promoción y comunicación. Cumplió una fuerte función protocolar en desmedro de las otras líneas de trabajo.

2.3.2 TAREAS ESPECÍFICAS.

La Oficina de Comunicaciones es el órgano encargado de conducir, coordinar y controlar las acciones de difusión e información sobre las actividades desarrolladas por el Ministerio y sus dependencias, así como las que correspondan a las relaciones públicas.

Son funciones de la Oficina de Comunicaciones las siguientes:

- Proponer a la Alta Dirección los lineamientos de política relativos al ámbito de su competencia.
- Regular las acciones de comunicación y difusión de las actividades del Ministerio y coordinar las correspondientes a los organismos públicos descentralizados.
- Administrar las acciones de difusión y educación masiva en el campo de la salud.
- Informar a la opinión pública a través de los medios de comunicación social sobre la política, objetivos, proyectos y principales realizaciones del Ministerio, con autorización previa de la Alta Dirección, velando por la buena imagen institucional.
- Evaluar y emitir opinión ante la Alta Dirección sobre las informaciones de los órganos de difusión con relación a las acciones del Ministerio.
- Conducir las actividades de relaciones públicas del Ministerio.
- Cumplir con las demás funciones que se le asigne.

La Oficina de Comunicaciones tiene la estructura orgánica siguiente:

- Dirección General
- Dirección Ejecutiva de Relaciones Públicas
- Dirección Ejecutiva de Prensa.

La Oficina de Comunicaciones depende del Viceministro y está a cargo de un Jefe con

categoría de Director General, quien tiene la atribución y responsabilidad de dirigir, coordinar y controlar las actividades de la dependencia y el personal a su cargo e impartir las directivas pertinentes.

Son funciones de la Dirección Ejecutiva de Relaciones Públicas las siguientes:

- Programar, organizar y realizar las actividades oficiales de carácter protocolar y social.
- Apoyar, en el área de su competencia en los eventos nacionales e internacionales organizados por el Ministerio o en los que éste intervenga.
- Informar y orientar al público sobre los servicios que presta el Ministerio.
- Cumplir con las demás funciones que se le asigne.

Son funciones de la Dirección Ejecutiva de Prensa las siguientes:

- Difundir y promover a través de los medios de comunicación masiva las acciones que realiza el Ministerio.
- Evaluar e informar acerca de las informaciones de los órganos de comunicación masiva sobre las acciones que realiza el Ministerio.
- Organizar las actividades referidas a producciones impresas y audio-visuales.
- Coordinar con los diversos medios de comunicación la difusión de material impreso y audio-visuales producidas por la oficina.
- Cumplir con las demás funciones que se le asigne.

2.3.3 EXPERIENCIA PERSONAL.

La experiencia obtenida durante el tiempo que laboré en la Oficina de Comunicaciones del Ministerio de Salud fue, como se mencionó anteriormente, muy valiosa y productiva. Considero que dicha experiencia fue la más importante dentro de mi trayectoria profesional, sin desmerecer a las demás, ya que el tipo de trabajo y los públicos con quienes se trabajó fueron diversos.

Dentro de los principales productos comunicativos realizados destacan:

- Materiales informativos impresos sobre diversos temas de salud (afiches, trípticos, mosquitos, cartillas, banderolas, gigantografías, etc.)

Estos materiales eran diseñados para las campañas de salud que se iban desarrollando durante el año, dependiendo del tiempo y del presupuesto con el que se contara.

Por ejemplo, durante la campaña de prevención del Dengue y la Malaria desarrollada a partir del mes de febrero de 2002, y por tratarse de una emergencia nacional, se tuvo que actuar de inmediato en la elaboración de materiales informativos para distintos públicos, tales como periodistas, pobladores de la selva y pobladores de Lima. Mi rol en dicha campaña fue el de recopilar información sobre las medidas de prevención y

tratamiento acerca de estas enfermedades, así como contrastar dicha información con los especialistas del área de Promoción de la Salud, para que luego de ser revisada y aprobada por ellos, se tradujera a términos simples, y se enviara a imprimir el material en cantidades que se decidían de acuerdo al público y zonas de emergencia. Asimismo, previa a la impresión del material, se realizaron algunas validaciones en distintas zonas de Lima, para lo cual se contó con el apoyo del personal de las diversas Direcciones de Salud de la capital.

Para los periodistas se diseñaron cartillas informativas, en donde se solicitaba su cooperación en la difusión de mensajes de prevención; dichas cartillas fueron enviadas a periodistas de diversos medios, tanto radiales, televisivos y escritos, del mismo modo, se elaboraron dípticos informativos dirigidos a la población en general, en donde se brindaba información acerca de las medidas de prevención y tratamiento en caso de contraer la enfermedad. Lamentablemente, al momento de presentarse esta emergencia, no se contaba con un presupuesto para realizar un monitoreo o registro acerca de la difusión e impacto que tuvo este material en la población.

Como se mencionó anteriormente, los mensajes que se difundían mediante los materiales informativos se diseñaban y trabajaban conjuntamente con los especialistas de cada área de salud, es decir, se realizaba un trabajo en equipo con médicos y otros profesionales que brindaban asesoría técnica sobre diversos temas de salud, con la finalidad de que esta información se traduzca a términos más sencillos y fáciles de entender por la población.

La Directora General designaba a un representante de la Oficina de Comunicaciones, en este caso a mi persona, para trabajar con los especialistas en diversas campañas de salud que se desarrollaban de acuerdo a la Efemérides del MINSA o por emergencias presentadas en alguna zona del país.

En primer lugar, se elegía al público objetivo de acuerdo al tipo de campaña a realizar, por ejemplo, si se trataba de la Semana de la Lactancia Materna, entonces la prioridad eran las madres gestantes y también las madres que acababan de dar a luz, así como su entorno, es decir, abuelas, suegras amigas, etc. Luego se decidía qué mensajes o ideas fuerza se iban a difundir, para lo cual se elegían los medios a utilizar: impresos, audiovisuales, etc., dicha elección se realizaba teniendo en cuenta al público objetivo al cual nos dirigíamos, ya que, como se mencionó, podían ser madres de familia, mujeres gestantes, trabajadores de salud, periodistas, etc.

Por otro lado, tomando en cuenta la Teoría del Aprendizaje Social, se trató de realizar campañas en donde participaran personajes famosos o líderes de opinión, con la finalidad de que sean ellos los encargados de llevar los mensajes a la población y, de esta manera, se lograra una mayor aceptación de dichos mensajes, lamentablemente, el presupuesto y el tiempo para realizar dichas campañas no fueron suficientes y éstas no se pudieron llevar a cabo.

- Guías para la validación de materiales, así como encuestas y entrevistas a profundidad.

Las guías para la validación de materiales se diseñaban cuando los materiales para las campañas estaban terminados, o mejor dicho, casi terminados, ya que a estos

materiales se les denominaba “propuestas”, las cuales pasarían por una prueba de validación, con una muestra significativa de nuestro público objetivo. Para realizar estas validaciones se imprimían algunas propuestas, y con éstas se llevaba a cabo la investigación con una muestra de la población, para saber si entendían los mensajes, si les parecía atractivo el material, etc., para luego realizar los cambios y/o correcciones correspondientes.

Muchas veces no se contaba con un presupuesto adecuado para realizar las validaciones de los materiales, por esta razón, se solicitaba el apoyo de las diversas Direcciones de Salud de Lima, a las cuales se enviaban los materiales a validar y se les daba un plazo para entregar los resultados, de esta manera se ahorran tiempo y recursos.

- Periódicos murales informativos dirigidos al personal del MINSA y otros murales diseñados de acuerdo a la efemérides del MINSA.

Los periódicos murales se diseñaban de acuerdo a la efemérides de MINSA, es decir, de acuerdo a las fechas de salud importantes del calendario. Se daba prioridad a ciertos temas y se buscaba la información correspondiente, para que luego de ser adaptada en nuevos mensajes, sea revisada por especialistas para verificar que la información difundida sea correcta.

- Sección denominada “Salud a tu Alcance”, la cual se encuentra en la página web del MINSA.

Asimismo, se creó una sección dentro de la página Web del MINSA, denominada “Salud a tu Alcance”, y en la cual se colocaba información sobre diferentes enfermedades y otros temas de salud.

Esta información estaba dirigida a la población con acceso a internet, y por lo mismo, también se diseñaban mensajes en un lenguaje sencillo y se utilizaban gráficos atractivos y coherentes con cada mensaje. No se cuenta con un registro sobre el tipo de público que visita la página web del MINSA, por esta razón, la información que ahí se difunde está dirigida al público en general y ha sido redactada en términos sencillos y fáciles de comprender.

- Mensajes dirigidos a la población, los cuales fueron difundidos mediante spots radiales y televisivos, banderolas, gigantografías, trípticos, etc.

Durante algunas campañas de salud, trabajamos conjuntamente con otras instituciones y organizaciones nacionales e internacionales, tales como UNICEF, OPS, ADRA, CONTRADOGAS, etc. Se realizaban reuniones en donde asistían los representantes de cada institución, con la finalidad de trabajar y diseñar juntos los mensajes para cada campaña.

Estas reuniones resultaban bastante dinámicas y enriquecedoras, ya que, cada representante aportaba ideas y sugerencias para el desarrollo de la campaña. Asimismo, en algunas ocasiones era difícil ponerse de acuerdo en algunos puntos, por ejemplo, cuando se trataba de elegir los mensajes y/o ideas fuerza a priorizar o los medios de difusión a utilizar, cada representante manifestaba una opinión diferente y todos debíamos permanecer reunidos hasta llegar a un consenso.

- **Diversas carpetas de trabajo, conteniendo información sobre temas de salud, las cuales estaban dirigidas a los comunicadores sociales y autoridades de los diversos medios informativos.**

Dentro de la labor de prevención y control de las enfermedades, organizamos talleres dirigidos a periodistas y algunas otras personalidades relacionadas a los medios de comunicación, por ejemplo, en el mes de febrero de 2002, se realizó el **“TALLER PARA PERIODISTAS: ENFERMEDADES DIARREICAS, PREVENCIÓN Y CONTROL”** y posteriormente, en el mes de marzo del mismo año, se llevó a cabo el **“TALLER PARA PERIODISTAS: CON HÁBITOS SALUDABLES HOY...SIN OSTEOPOROSIS MAÑANA.”**

Para la realización de estos talleres se diseñaban carpetas de trabajo, las cuales contenían material informativo, cuyos mensajes estaban dirigidos especialmente a los comunicadores, para lograr un buen entendimiento de estos temas y, a la vez, solicitar su apoyo en las campañas de prevención y control de enfermedades.

- **Manuales y guías para la organización de diversas actividades protocolares.**

En lo que respecta al área de RRPP, creamos algunos manuales y guías para la organización de diversas actividades protocolares realizadas en el MINSA, la más importante fue la “Guía Práctica de Protocolo y Ceremonial”, en la cual se describen conceptos y procedimientos para el desarrollo de diversos eventos.

La elaboración de esta Guía se basó en nuestra experiencia en la organización y realización de diversas reuniones de trabajo, conferencias de prensa, ceremonias de donación de materiales, etc., y su finalidad era brindar las pautas necesarias para la realización de futuras actividades similares.

2.4. PROBLEMÁTICA Y CONTEXTO.

2.4.1 ORGANIZACIONES PARALELAS.

El Ministerio de Salud es la institución que rige la Política y Lineamientos de Salud del país, asimismo cuenta con diversas dependencias y entidades descentralizadas que trabajan supeditadas a él.

El Ministerio de Salud es una institución muy grande y se encuentra representado en todo el Perú por las DISAS (Direcciones de Salud), las cuales se ubican en todos los departamentos del país, inclusive en los lugares más recónditos y lejanos del Perú, por lo cual resulta difícil mantener una comunicación fluida y constante con las mismas.

2.4.2 PROBLEMAS MÁS COMUNES EN EL CAMPO DE TRABAJO.

Como todos sabemos, los contextos y realidades del Perú son distintos, contamos con

una población pluricultural, por lo cual se deben trabajar mensajes y contenidos informativos acordes con las diferentes realidades, no se puede pretender aplicar las mismas estrategias de comunicación e información en todas las regiones de nuestro país, ya que, por haber trabajado de esta manera durante muchos años, diversas campañas de salud fracasaron totalmente o no tuvieron el impacto esperado.

Este es uno de los principales problemas que ha impedido el éxito de muchas campañas de salud, asimismo, el presupuesto con el que se cuenta es determinante para el desarrollo de cualquier actividad. Muchas veces las acciones se limitan u obstaculizan por no contar con un presupuesto adecuado, por no haber previsto el mismo con anticipación o no haber tomado en cuenta posibles contingencias.

Otro factor que resulta determinante en el desarrollo de las actividades de comunicación e información, es el poder contar con el personal idóneo y competente para esta tarea. En la mayoría de los casos, los profesionales que trabajan la parte comunicativa e informativa de las campañas no son profesionales pertenecientes al campo de la comunicación, sino médicos, enfermeras y otro personal de salud quienes asumen este rol.

Es de conocimiento general que la jerga médica no es fácil de entender para cualquier persona, los términos técnicos utilizados deben ser “traducidos” en términos más simples, para ser entendidos y reconocidos por la población. Asimismo, muchas veces no se toma en cuenta la necesidad de conocer a profundidad al público objetivo al cual se dirigen las campañas de salud, y se generaliza, pretendiendo que todos capten un mismo mensaje, sin tomar en cuenta las diferentes realidades y contextos socioeconómicos existentes en nuestro país.

Cada público es diferente, la población que habita la zona andina del Perú no tiene las mismas características que los habitantes de la costa peruana o de la selva. Todas son realidades y contextos diferentes, en donde las diversas poblaciones tienen sus propias creencias y costumbres, y para poder llevar mensajes a dichas poblaciones es necesario realizar estudios profundos, para llegar a conocerlos mejor y saber qué tipo de mensajes debemos diseñar y de qué manera podemos dirigirnos a ellos.

Por otro lado, uno de los mayores problemas que pueden limitar y obstaculizar nuestro trabajo son las diferentes Políticas que cada gobierno mantiene. Hasta mediados del 2001 nuestra labor en la oficina de comunicaciones contaba con el respaldo y confianza de la Alta Dirección, se confiaba en el criterio del grupo de trabajo, pero esta situación cambió desde que se inició el periodo del actual gobierno.

Se produjeron diversas situaciones que nos impidieron seguir trabajando de la manera en que se había estado trabajando con la población, ya no se contaba con el mismo respaldo y libertad para tomar decisiones, todo estaba supeditado a las revisiones minuciosas del Despacho Ministerial y a sus opiniones bastantes subjetivas sobre la información que podía o no ser difundida.

Considero que todos nos enfrentamos a diversos problemas laborales diariamente, pero la experiencia ganada nos ayuda a realizar mejor las cosas, tratando de no cometer los mismos errores y de sugerir o proponer nuevas ideas que contribuyan a un óptimo desarrollo de las actividades y tareas encomendadas.

2.5. EXPERIENCIA PERSONAL.

2.5.1 APLICACIÓN DE LO APRENDIDO EN LA UNIVERSIDAD.

Iniciar la vida laboral supone un gran reto para toda persona, el reto de desenvolverse en el mundo real, lo cual es algo totalmente distinto a lo experimentado en las aulas.

Empezar nuestro desarrollo profesional implica enfrentarse cara a cara con la realidad, darnos cuenta de que mucho de lo aprendido en las aulas no concuerda con lo que se vive durante la labor diaria. Todo el conocimiento teórico asimilado durante los años universitarios es una guía para realizar nuestras labores en el futuro, pero en muchos casos es difícil y hasta imposible aplicar lo aprendido de manera correcta, ya que existen diversos factores que influyen en el desarrollo de las actividades laborales.

Como se mencionó anteriormente, mi experiencia laboral se inició en la Oficina de Comunicaciones de la Municipalidad de Barranco, al trabajar ahí pude conocer cómo se desarrollan en realidad las actividades en una organización.

Una municipalidad es una institución importante y compleja, más aún en un distrito de escasos recursos económicos como Barranco, en donde la mayoría de la población es de condición humilde y asimismo, el presupuesto con el que cuenta la municipalidad es muy bajo en comparación con los demás distritos. Por estas razones, el trabajo en esta institución era arduo y se veía limitado muchas veces por la falta de presupuesto y la burocracia existente.

Pero a pesar de estas limitaciones, tuvimos que ser ingeniosos y conseguir recursos de donde se podía; toda la teoría aprendida en las aulas universitarias no nos sirvieron de mucho en algunos casos, pero el haber estudiado en una universidad nacional en la cual tampoco se contaba con implementos o equipos adecuados para el adecuado desarrollo de cada curso, nos enseñó a ser ingeniosos y a despertar nuestra creatividad para cumplir con nuestros trabajos.

Del mismo modo, una de las cosas que aprendí durante mi experiencia laboral en el Ministerio de Salud, fue que, en determinadas circunstancias, no se cuenta con el tiempo y/o recursos necesarios para desarrollar una labor, existen prioridades y situaciones de emergencia que nos llevan a tomar decisiones que se contradicen con lo aprendido en las aulas, son circunstancias que lamentablemente ocurren y que nos demuestran lo difícil que a veces resulta el ser consecuentes y coherentes con nuestros conocimientos.

2.5.2 VALORACIÓN AUTOCRÍTICA DE LA REALIZACIÓN PERSONAL.

En lo que respecta a la realización profesional y personal, considero que he tenido la oportunidad de trabajar en lo que me gusta y para lo cual estudié, algo que no es fácil para muchos profesionales.

El empezar mi carrera profesional en una institución como la Municipalidad de Barranco fue de gran ayuda, ya que la experiencia y conocimientos ahí obtenidos, me sirvieron mucho posteriormente, cuando ingresé a una institución más grande e importante como el Ministerio de Salud.

Trabajar en la Oficina de Comunicaciones del Ministerio de Salud significó una gran experiencia, la cual me permitió conocer realidades y personas distintas. Asimismo, debo reconocer que pude haber aprovechado más esta oportunidad y ganar mayor experiencia, pero, a veces, la realización de diferentes labores al mismo tiempo, no me permitió conocer o manejar a profundidad ciertos temas.

Por otro lado, el tipo de labor que ahí se realizaba exigía un contacto permanente con públicos distintos, desde grandes personalidades y autoridades hasta personas de condición muy humilde, y estas experiencias nos enseñan a desenvolvernos en distintas situaciones; también nos permiten crecer como personas, ya que al conocer a nuestra población, estamos conociendo la realidad de nuestro país, y esto amplía nuestra visión y criterio sobre la problemática social, económica y política que afecta a nuestro país.

Como ya se mencionó, el ritmo de trabajo en esta institución era bastante fuerte y, en varias ocasiones, se trabaja bajo mucha presión, ya que se trataba de una entidad muy grande e importante, donde las actividades desarrolladas implicaban gran coordinación y precisión en todo momento. Este ritmo de trabajo me permitió madurar en muchos aspectos y aprender a asumir diversas responsabilidades, tomando decisiones importantes en determinadas situaciones y asumiendo las consecuencias de los resultados.

2.5.3 ELABORACIÓN DE PROPUESTAS.

- Se debe mejorar la metodología de enseñanza utilizada en las aulas, tratando de generar mayor participación por parte del alumnado, mediante una constante retroalimentación entre el docente y los estudiantes, logrando así un mejor entendimiento de los conocimientos impartidos.
- Es necesario empezar a generar recursos propios en la escuela de comunicaciones o crear convenios con diversas entidades para mejorar la infraestructura de la escuela y asimismo, obtener equipos modernos que sirvan para el desarrollo adecuado de cada curso.
- Se debe dar cumplimiento a lo que estipula el Estatuto de la UNMSM e iniciar las prácticas pre-profesionales desde los primeros años de estudio, para que al momento de egresar, el alumno cuente con una mayor experiencia y con un posible puesto de trabajo.
- Se deben generar mayores vínculos y convenios entre la Escuela de Comunicaciones de la UNMSM y diversas instituciones públicas y privadas del país, para facilitar el acceso a las prácticas pre-profesionales a la mayor cantidad de alumnos posible.
- Debe brindarse al alumnado la oportunidad de escoger los cursos que consideren

convenientes para su especialización en el campo de la comunicación social, mediante la creación de más cursos electivos, por ejemplo, cursos sobre periodismo en salud, comunicación educativa, etc.

- Se debería crear un registro o base de datos sobre la cantidad de alumnos egresados con que cuenta la Escuela de Comunicación y asimismo, saber en qué áreas se está desempeñando actualmente cada uno de estos profesionales.

CONCLUSIONES

- Las políticas de salud no fueron coherentes con la misión de la institución durante la década pasada.

- A partir del gobierno transitorio se cambian nuevamente las políticas de salud, priorizando, esta vez, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; también se trabajaron dichas políticas tomando en cuenta los contextos y realidades de cada lugar.

- Las nuevas estrategias y actividades desarrolladas tenían como objetivo el poder crear una cultura de prevención en la población.

- No se realizaron monitoreos para medir los resultados de las campañas de salud, por esa razón no se tienen registros sobre los impactos que cada campaña ocasionó en el público objetivo.

- No se contó, desde un inicio, con el personal idóneo para el trabajo de comunicación e información, no se dio prioridad a los profesionales capacitados para dicha labor.

- No se realizaron, en la mayoría de los casos, validaciones de materiales informativos antes de difundirlos, por lo cual muchas campañas de salud fracasaron.

- Se inició un trabajo conjunto con diversas dependencias del Ministerio y otras instituciones públicas y privadas; asimismo se tomó en cuenta la importancia de los medios de comunicación para la promoción de la salud.

- Las actividades de comunicación e información tomaron mayor importancia y se creó un estrecho vínculo con los diversos medios de comunicación, contando con ellos como aliados estratégicos para la realización de cada campaña de salud.

- Cuando el nuevo gobierno inició su gestión, las políticas de salud cambiaron nuevamente y se limitó la libertad de información con respecto a algunos temas de salud.

RECOMENDACIONES

- Unificar a las diversas Oficinas de Comunicación o encargadas de esta tarea a nivel nacional, para lograr una mejor identificación y coordinación.
 - Tomar las políticas de comunicación e información como pautas o guías para la aplicación de los programas y campañas, desarrollando actividades acordes con la realidad de cada lugar.
 - Dar prioridad a los profesionales competentes para realizar las labores de comunicación, información y educación.
 - Tomar en cuenta la importancia de conocer a profundidad a nuestros públicos, para saber qué tipo de mensajes debemos diseñar y cómo debemos dirigirlos.
 - Brindar todo tipo de información a la población, de manera objetiva y detallada, para darles la oportunidad de escoger lo que más les conviene.
 - Crear conciencia dentro de la población y del personal de salud sobre la importancia de la prevención de las enfermedades.
 - Considerar a los medios de comunicación como aliados estratégicos en la labor de promoción de la salud; capacitando a los comunicadores sociales sobre los diversos temas de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- ACADEMIA PARA EL DESARROLLO EDUCATIVO. "Herramientas para Desarrollar Destrezas en Comunicación para la Salud." (450 Pág.) Washington DC EE.UU. 1995.
- ARIAS RAMÍREZ JAIME. Desarrollo y Cambio Social (126 Pág.) FES Colombia 1991.
- BANGUERO HAROLD / QUINTERO VÍCTOR MANUEL. Los Proyectos Sociales I "Guía para su Identificación, Selección, Formulación, Seguimiento y Evaluación." (117 Pág.) FES Colombia 1991.
- DIVISIÓN DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD). Modelos y Teorías de Comunicación en Salud (220 Pág.) EE.UU. Abril 1995.
- GLANZ KAREN, PHD, M.P.H., Universidad de Hawai, RIMER BÁRBARA, DR. P.H. Centro Médico de la Universidad Duke, SUTTON SHARYN PH. D., Instituto Nacional del Cáncer. Teorías de un vistazo: Guía para la práctica de la promoción de la salud Instituto Nacional del Cáncer / Institutos Nacionales de Salud / Servicio de Salud Pública. EE.UU. 1993.
- GUTIERREZ APARICIO CARLOS / WIEGOLD UMLAUFF MARILÚ. Guía del Planificador IEC "Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa" (136 Pág.) Proyecto Salud y Nutrición Básica / Ministerio de Salud. Perú 1998.
- KAPLÚN MARIO. Revista Latinoamericana de Comunicación CHASQUI, Chasqui 58, junio 1997, La Educomunicación. (<http://www.comunica.org/chasqui/kaplun.htm>)

MOSQUERA MARIO. Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias
Comisionado por la Organización Panamericana de la Salud
(<http://www.comminit.com/la/lasth/sld-2915.html>)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Área de Cooperación Técnica (
http://www.per.ops-oms.org/areas_12.html)

DR. PH WALLACK LAWRENCE "El Mercadeo Social y la Abogacía de los Medios de
Comunicación: Dos Acercamientos a la Promoción de la Salud." (1994) Escuela de
Salud Pública (Universidad de California) (
<http://www.ucop.edu/ucophome/healaff/wellpgm/lecalpha.html>)

ANEXOS

- Díptico-Prevención de Enfermedades Diarreicas.
- Díptico-Prevención del Dengue.
- Díptico-Prevención de la Malaria.
- Guía de Validación.
- Programa de Taller para periodistas “Con hábitos saludables hoy...sin Osteoporosis mañana.”
- Cartilla para periodistas-Campaña contra el Dengue y la Malaria.
- Cartilla para periodistas-Campaña contra las Enfermedades Diarreicas.
- Guía Práctica de Protocolo y Ceremonial.

Consultar en Formato Impreso