

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL PERU  
FACULTAD DE CIENCIAS Y ARTES DE LA COMUNICACIÓN



**Análisis de la Guía del Planificador IEC para elaboración de futuras guías de comunicación en Salud Pública desde el enfoque de la Metodología Participativa.**

Tesis para optar por el Título de Licenciada en Comunicación para el Desarrollo que presenta la Bachiller:  
ISIS YENNY CONDOR CONDOR

ASESOR: HUGO AGUIRRE CASTAÑEDA

Lima, Julio del 2016

## AGRADECIMIENTOS

Esta tesis ha sido posible gracias al apoyo de muchas personas que estuvieron siempre prestos a brindarme su apoyo para que de lo mejor de mí hasta el final. Primero, quiero agradecer a Dios por haberme dado la oportunidad de estudiar en esta Universidad y por haberme otorgado la sabiduría necesaria para afrontar mis años de estudios y los conocimientos adquiridos.

Segundo, quiero agradecer a mis padres Luis Edgar Córdor Santiago y María Iris Córdor Núñez quienes con mucho sacrificio y perseverancia apoyaron mis estudios universitarios y que, a pesar de todo, siempre han confiado en mí. Asimismo, a mi único hermano Luis Gianfranco Córdor Córdor, quien ha sido un extraordinario amigo, siempre presto a brindarme su apoyo en momentos de dificultad. De igual manera a las memorias de mis abuelitos Florencio Córdor Torres y María Asunta Núñez Lasteros, quienes siempre tuvieron muchas expectativas en mí, confiaron y valoraron mis capacidades y habilidades académicas y personales.

Tercero, a la familia Ruiz Córdor: Mis queridos tíos Walter Ruiz, Silvia Córdor y mis admirados primos Walter Michael y Silvia Noemí. Gracias a cada uno de ustedes, porque desde que tengo uso de razón han sido como mis padres y hermanos, respectivamente. Siempre confiando en mí y brindándome su cariño y apoyo incondicional.

Un agradecimiento especial y único a mi familia: En primer lugar, mi eterno amor y compañero, mi adorado esposo, quien supo motivarme para retomar mi tema de investigación de manera seria, disciplinada y comprometida. A mi amada hija Arya Lakshmi, quien supo ser una compañera entrañable y maravillosa en el proceso de sistematización de mi investigación.

Asimismo, agradezco a Carlos Gutiérrez Aparicio quien con solo dos conversaciones extensas vía skype me dio luz e inspiración necesaria para confirmar mi pasión por la importancia de la comunicación en el ámbito de la salud y lo intenso que es el campo profesional de la misma. Asimismo, por sus pautas para entablar contacto con los profesionales, que así como él, formaron parte del equipo de consultores que elaboraron la Guía del Planificador IEC. De igual manera, mi agradecimiento a Marilú Wiegold y Mabell Marcuello, quienes aportaron valiosamente a mi investigación, a raíz de su experiencia y participación en la elaboración de la Guía en mención.

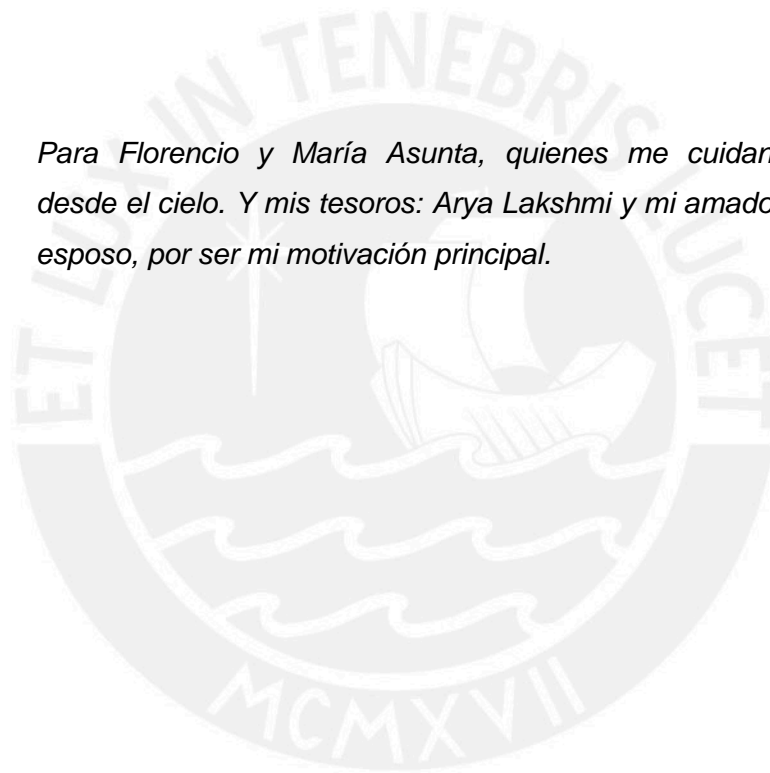
Dei igual modo, quisiera agradecer a cuatro profesionales cuyas entrevistas han sido fundamentales para el proceso de reflexión, profundidad y conclusión de mi investigación. En primer lugar a la brillante profesora Paola Pioltelli, quien con sus

vastos conocimientos de la metodología participativa y su amplia experiencia en el rol de facilitadora, me permitió confirmar hipótesis personales sobre la aplicación de la metodología en el ámbito de la salud pública. En segundo lugar a Estela Roeder, quien con sus 25 años de amplia experiencia en salud, accedió a que pueda entrevistarla a profundidad para conocer el contexto del MINSA respecto al enfoque de las comunicaciones (cuando era Directora de la Oficina de Comunicaciones del MINSA), los periodos claves de la evolución de la misma y sobre todo sus conocimientos, aplicaciones y conclusiones sobre la Guía del Planificador IEC. En tercer lugar, a Edward Armas, quien con su experiencia en comunicación estratégica y recursos comunicacionales como consultor independiente, aportó a esta investigación un valioso testimonio como usuario de la Guía del Planificador IEC, brindando información sobre las fortalezas, alcances y limitaciones de la misma. Y, en cuarto lugar, a Kathya Rojas, Directora Ejecutiva de la Oficina de Comunicaciones del MINSA, a quien entreviste hasta en dos oportunidades, puesto que mi primer audio estaba en mi celular y debido a un robo lo perdí. Sin embargo, la Lic. Rojas, entendió la situación y, a pesar de sus diversas ocupaciones en el MINSA, supo darme un espacio en su agenda.

También quisiera agradecer a Marisol Castañeda, primera lectora de la presente investigación, quien con sus oportunos comentarios, permitió que pueda ordenar mejor los puntos específicos para la comprensión de todo el tema. De igual manera, a mi asesor Hugo Aguirre por su apoyo a lo largo de la investigación.

Finalmente, quisiera hacer extensivo un agradecimiento especial al profesor Jorge Acevedo, lector actual de mi tesis, quien me brindó nuevas fuentes teóricas importantes para esta investigación, además de sus comentarios, sugerencias y entrevista, permitiéndome potenciar la investigación.

*Para Florencio y María Asunta, quienes me cuidan desde el cielo. Y mis tesoros: Arya Lakshmi y mi amado esposo, por ser mi motivación principal.*





*“...porque es necesario dar respuestas  
distintas a necesidades diferentes”*

**Kymlicka**

## INDICE

Introducción .....	9
CAPÍTULO 1: Presentación y Delimitación del Tema de Investigación .....	10
1.1 Objeto de Estudio.....	11
1.2 Presentación del Tema.....	11
1.3 Justificación .....	12
1.4 Objetivos de investigación .....	14
1.5 Preguntas de investigación .....	14
1.6 Hipótesis de investigación.....	15
CAPÍTULO 2: Antecedentes Históricos en el Campo de la Salud.....	16
2.1 Antecedentes Internacionales en el Campo de la Salud.....	17
2.2 Antecedentes Nacionales en el Campo de la Salud .....	28
CAPÍTULO 3: Marco Teórico .....	49
3.1 Modelos, Enfoques y Teorías hacia un cambio de actitud para la Salud a Nivel Global 50	
3.2 Un breve recorrido por la Historia de la Participación.....	65
3.3 Comunicación, Salud Pública y el Rol del Comunicador .....	76
3.4 Modelos y Estrategias empleadas en Salud Pública en el MINSA.....	79
CAPÍTULO 4: Propuesta Metodológica.....	85
4.1 Diseño Metodológico .....	86
4.1.1 Presentación de Diseño Metodológico (etapas).....	86
4.1.2 Estrategia metodológica.....	87
4.1.3 Formas de Recojo de Información .....	87
4.1.4 Justificación de los Métodos y Técnicas empleadas .....	88
4.2 Desarrollo Metodológico.....	90
CAPÍTULO 5: Análisis comparativo .....	93
5.1 Presentación de la Guía del Planificador IEC.....	94
5.2 Metodología IEC &. Metodología Participativa.....	98
5.2.1 Metodología IEC: Proceso PECE .....	98
5.2.2 Metodología Participativa: Proceso Participativo .....	102
5.3 Análisis entre el Proceso PECE y el Proceso Participativo.....	107
5.4 Breve Análisis desde la Perspectiva de la Investigadora.....	113
CAPÍTULO 6: Conclusiones .....	116
CAPITULO 7: Recomendaciones.....	119

7.1	Recomendaciones Generales .....	120
7.2	Recomendaciones Específicas .....	120
7.2.1.	Cadena de Valor del Proceso de elaboración de una futura guía para el diseño participativo de estrategias de comunicación en salud. ....	122
	BIBLIOGRAFÍA .....	124
	ANEXOS .....	132
	Anexo 1: Guías de Entrevista .....	133
	Guía de entrevista N° 1 .....	134
	Guía de entrevista N° 2 .....	136
	Guía de entrevista N° 3 .....	138
	Guía de entrevista N° 4 .....	140
	Guía de entrevista N° 5 .....	143
	Guía de entrevista N° 6 .....	146
	Guía de entrevista N° 7 .....	148
	Anexo 2: Transcripción de entrevistas .....	150
	Transcripción de Entrevista a Mabell Marcuello.....	151
	Transcripción de Entrevista a Marilú Wiegold .....	154
	Transcripción de Entrevista a Paola Pioltelli .....	165
	Transcripción de Entrevista a Estela Roeder .....	172
	Transcripción de Entrevista a Kathya Rojas .....	184
	Transcripción de Entrevista a Edward Armas.....	191
	Transcripción de Entrevista a Jorge Acevedo.....	196
	Anexo 3: Sistematización de Entrevistas según objetivo específico 1 .....	199
	Tabla A-1. Sistematización de Entrevista # 1. ....	200
	Tabla A-2. Sistematización de Entrevista # 2. ....	208
	Anexo 4: Tabla de Sistematización de Entrevistas según objetivo específico 2 .....	210
	Tabla B. Sistematización de Entrevista # 3.....	211
	Anexo 5: Tabla de Sistematización de Entrevistas según objetivo específico 3 .....	216
	Tabla C-1. Sistematización de Entrevista # 4.....	217
	Tabla C-2. Sistematización de Entrevista # 5.....	224
	Anexo 6: Tabla de Sistematización de Entrevistas según objetivo específico 4 .....	229
	Tabla D-1. Sistematización de Entrevista # 6. ....	230
	Tabla D-2. Sistematización de Entrevista # 7. ....	234
	Anexo 7: Cuadro de Paralelismo entre Proceso PECE y Proceso Participativo .....	237

Aspectos Conceptuales .....	238
Aspectos Comunicacionales .....	239
Aspectos Estructurales .....	239
Anexo 8: Mapa de Relaciones de Componentes.....	240
Anexo 9: Proceso Metodológico para elaborar una futura guía para el diseño participativo de estrategias de comunicación en salud .....	242





## Introducción

La presente investigación Presenta la Guía del Planificador IEC - elaborada por el MINSA a través del Proyecto Nutrición y Salud Básica (PNSB) en el año 1996 - como un caso concreto para reflexionar sobre la comunicación, la salud, la participación; y el desarrollo y diseño de estrategias de intervención desde las comunicaciones, para lograr el empoderamiento en términos de salud de las personas, poblaciones y/o comunidades. A través de un personal de salud que tenga noción de facilitador y que se apoye en una guía de comunicación participativa en Salud, cuyo objetivo final sería contar con estrategias de comunicación acertadas y, por ende, efectivas en temas de salud.



## CAPÍTULO 1

### Presentación y Delimitación del Tema de Investigación



### 1.1 Objeto de Estudio

Análisis de la Guía del Planificador IEC para conocer su modelo metodológico, funcionalidad, fortalezas, alcances y límites, el rol que ha ido teniendo dentro del MINSa en el transcurso del tiempo y aportar recomendaciones para elaborar futuras guías desde el enfoque de la metodología participativa.

### 1.2 Presentación del Tema

La Metodología Participativa es un enfoque transversal a cualquier tema de intervención hacia una determinada población. Generando resultados sostenibles e innovadores para la elaboración de estrategias en comunicación, a través de la participación activa y comprometida de una comunidad respecto a una determinada problemática que afecte el desarrollo individual y colectivo. Si bien la metodología participativa es un enfoque que empezó a asentarse en los años 80's, en Perú no se había escuchado a hablar de ella sino hasta hace un par de años.

Las Estrategias de Comunicación son aquellas que definen y guían el camino a seguir en la planificación comunicacional de un determinado proyecto, programa, intervención o actividad para obtener el cumplimiento de las metas que se hayan plantado para cada uno de los mismos. Sin embargo, la inclusión del componente participativo como componente metodológico en las estrategias de comunicación que plantean algunas guías del Ministerio de Salud solo se da de forma parcial mas no total. Abordando dichos temas de manera general o según epidemias específicas, generando así publicaciones en salud de aspectos más técnicos o con un enfoque comunicacional demasiado general y poco horizontal. Por ello, en la actualidad, para abordar problemáticas de salud en el país se vienen empleando guías y manuales de instituciones como la OPS/OMS.

Se puede afirmar que 1) la Guía del Planificador IEC es la única guía de comunicación en salud propiamente dicha y 2) las pocas guías con los que el MINSa cuenta no reflejan el enfoque de la metodología participativa (incluyendo a la Guía del Planificador IEC). Por ello, la guía en mención ha resultado de mucha utilidad a lo largo del tiempo, ya que los criterios empleados en ella han tenido un impacto trascendental dentro y fuera del MINSa.

Por lo antes expuesto, mi tema de Investigación se centrará en el análisis de la Guía del Planificador IEC (MINSa - 1996) para sostener que es una buena base para que se puedan elaborar futuras guías de comunicación en salud pública desde el enfoque de la Metodología Participativa. Ello generaría que 1) el personal de salud,

comunicador en salud o promotor de salud se encuentre calificado para facilitar procesos participativos que conlleven a que la población dialogue, exprese, cree y proponga estrategias de comunicación para prevenir enfermedades y/o mantener un estilo de vida saludable. Y 2) los resultados relacionados al componente comunicación en salud puedan ser realistas, por ende, más sostenibles en el tiempo, dejando atrás el aspecto instrumentalista y técnico, que aún sigue caracterizando muchas intervenciones de comunicación en salud.

A través de este planteamiento, se busca mejorar el nivel de acercamiento e impacto en la población respecto a una determinada problemática de salud. Ya no solo los planificadores de salud, promotores o comunicadores en salud serían los encargados de diseñar y ejecutar las estrategias de comunicación en salud, si no la misma población sería quien identifique el problema existente para abordarlo estratégicamente y plantear soluciones para prevenir, afrontar y/o informar respecto a una determinada problemática de salud.

El MINSA dejaría de ser un agente técnico e instrumentalista para transformarse en un facilitador de procesos, mediante el personal de salud, promotores o comunicadores en salud que estén a cargo del campo de la comunicación en salud. La idea es que las futuras guías permitan insertar en ellos, la metodología participativa como el enfoque que llevará al diseño y elaboración colectivo, activo y sostenible de acciones de promoción y prevención en salud, contextualizadas al medio en donde resida una población que requiera prevenir alguna epidemia o problemática de salubridad.

### **1.3 Justificación**

La elección del presente tema de investigación se dio por tres razones importantes y personales: En primer lugar, desde que lleve el curso de Metodologías Participativas mi perspectiva de ver la construcción de procesos de comunicación cambió. Decidí apostar por la construcción colectiva y horizontal de propuestas en comunicación. En segundo lugar, porque tuve la oportunidad de trabajar durante dos años como consultora de comunicaciones para proyectos de promoción de la salud, ejecutados por Cooperación Internacional (Junta d Andalucía) y ello hizo surgir en mi la fascinación, interés y compromiso por las estrategias de comunicaciones en el ámbito de las problemáticas de salud.

En tercer y último lugar, porque la elección de mi especialidad tiene coincidencia con la elección de la presente investigación. Ambas se dieron porque siempre he apostado

por hacer y proponer en favor del crecimiento y bienestar de otros (teniendo en cuenta que al brindar herramientas que permitan el desarrollo de un determinado grupo de personas, se les está dando herramientas para cambiar su perspectiva de vida y, por ende, brindándole un camino hacia una sensación de bienestar tangible).

El aporte que considero hacer a través de esta investigación es brindar recomendaciones para la implementación de un nuevo proceso que será de utilidad para la elaboración de futuras guías de comunicación en salud pública, desde el enfoque de las metodologías participativas.

La presente investigación puede ser de interés del Área de Comunicaciones del MINSA, debido a que pone sobre la mesa la implementación de la Metodología Participativa como un nuevo enfoque para el sector salud. En la actualidad, no se visibilizan rasgos del enfoque participativo como parte de las intervenciones y/o diseños de campañas de prevención que se manejan para diversas problemáticas de salubridad o epidemias a nivel nacional.

Finalmente, el tema de comunicación en salud está dentro de la línea de Investigación de la Comunicación para el Cambio Social que promueve mi especialidad y está implícito en varios temas de investigación de la especialidad de Comunicación para el Desarrollo.

## 1.4 Objetivos de investigación

### 1.4.1 Objetivo General

Analizar la Guía del Planificador IEC para la elaboración de futuras guías de comunicación en salud pública desde el enfoque de la metodología participativa.

### 1.4.2 Objetivos Específicos

OE1. Describir, analizar y explicar la Guía del Planificador IEC y su modelo metodológico.

OE2. Explicar cómo la metodología participativa influye, como criterio metodológico, en el campo del diseño y ejecución de estrategias de comunicación para la salud.

OE3. Indagar sobre el contexto del Ministerio de Salud en la época en la que se elaboró la Guía del Planificador IEC y su uso en el área de Comunicaciones del Ministerio en el transcurso del tiempo.

OE4. Recoger visiones sobre la funcionalidad, fortalezas, alcances, límites y oportunidades de mejora de la Guía del Planificador IEC, desde la perspectiva de profesionales independientes y/o del sector privado que han usado dicha guía.

## 1.5 Preguntas de investigación

### 1.5.1 Pregunta General

¿Cómo la Guía del Planificador IEC desde el enfoque de la metodología participativa puede brindar aportes para la elaboración de futuros manuales o guías de comunicación en salud pública?

### 1.5.2 Preguntas Específicas

- ¿En qué consiste la Guía del Planificador IEC y cuál es el modelo metodológico que propone?
- ¿Cómo el enfoque de la metodología participativa puede influir como criterio metodológico en el campo de la elaboración y diseño de futuros manuales o guías en salud pública?
- ¿Cuál era el contexto del Ministerio de Salud en la época que se elaboró la Guía del Planificador IEC y su uso en el área de Comunicaciones del Ministerio en el transcurso del tiempo?

- ¿cuáles son las visiones sobre la funcionalidad, fortalezas, alcances, límites y oportunidades de mejora de la Guía del Planificador IEC, desde la perspectiva de profesionales independientes y/o del sector privado que han usado dicha guía?

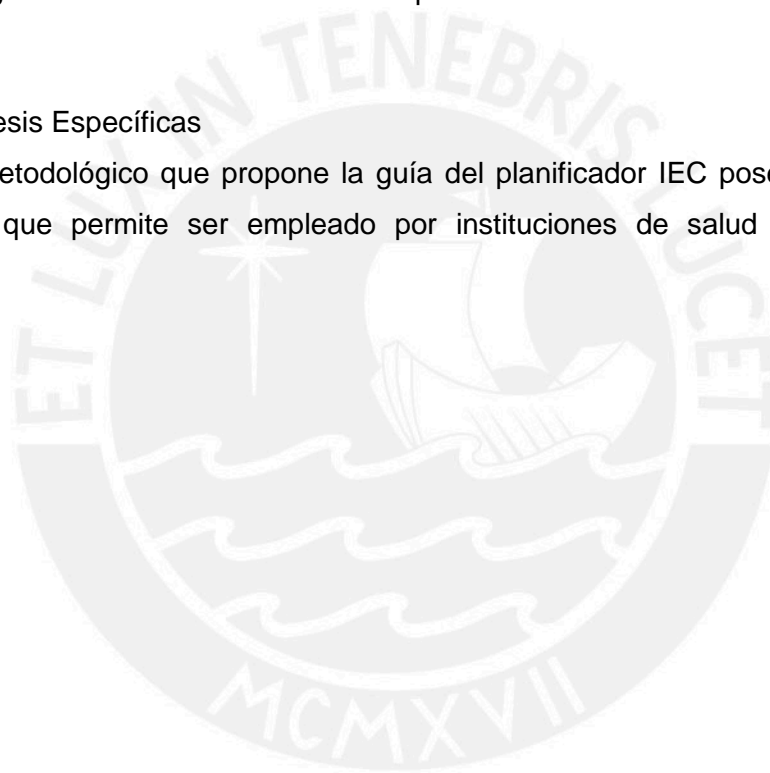
## 1.6 Hipótesis de investigación

### 1.6.1 Hipótesis General

La Guía del Planificador IEC se constituye como base para la elaboración de futuros manuales o guías de comunicación en salud pública.

### 1.6.2 Hipótesis Específicas

El modelo metodológico que propone la guía del planificador IEC posee un enfoque participativo que permite ser empleado por instituciones de salud pública en la actualidad.



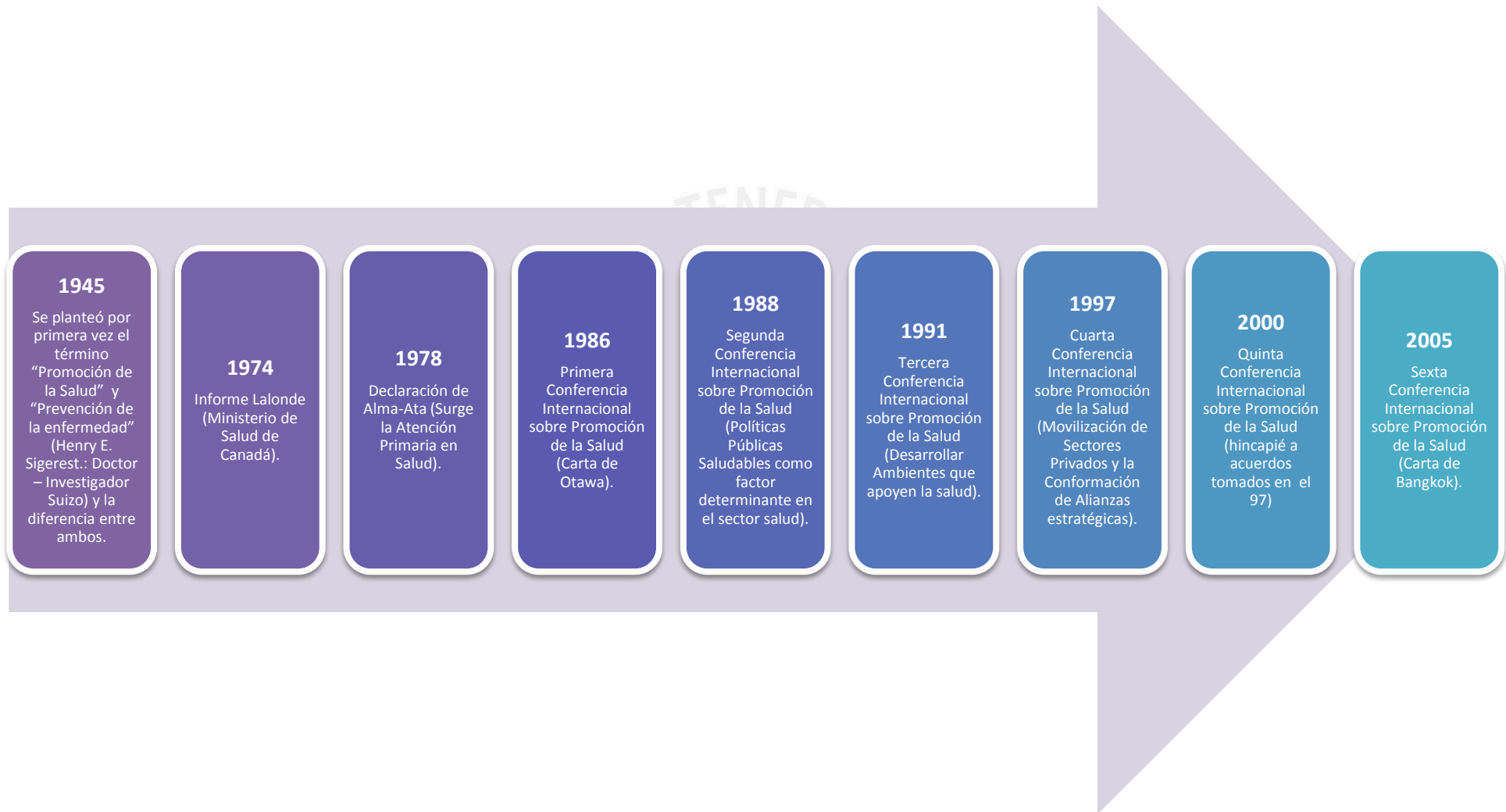
## CAPÍTULO 2

### Antecedentes Históricos en el Campo de la Salud





## 2.1 Antecedentes Internacionales en el Campo de la Salud



En **1945** el doctor e investigador suizo **Henry E. Sigerest** planteó por primera vez el término “**Promoción de la Salud**”<sup>1</sup>. Ello como parte fundamental de su definición de las 4 tareas fundamentales de la medicina de las cuatro tareas: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación.

Sigerest revolucionó el campo de la medicina en su época, ya que visibilizó y orientó la historia de la medicina desde un enfoque sociológico. Asimismo, comprendió ampliamente el valor de estos conceptos sociales aplicados a la medicina y los llevó al análisis histórico de la comprensión de la ciencia. Además vio a la historia de la medicina como una fuente inagotable de conocimientos sobre el arte de curar y la evolución de teorías y costumbres populares son refrendadas por prácticas milenarias<sup>2</sup>.

Por otro lado, Alan Gregg, director de la División de Ciencias Médicas de la Fundación Rockefeller, escribió al respecto: “Por encima de todo, Sigerest nos hizo conscientes del hecho de que la medicina es el estudio y la aplicación de la biología en una matriz que es al mismo tiempo histórica, social, política, económica y cultural”.

En **1974** un gran paso marcó el inicio de ver la promoción de la salud de manera más organizada y concreta, mediante la creación del **Informe Lalonde**, documento creado por el Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá. Asimismo, a través de este informe se plantearon cambios respecto a la idea de la medicina vista como fuente de todas las mejoras de salud. De ahí que se visibilizara que las primeras causas de enfermedades y muertes estaban asociadas a los estilos de vida y al ambiente en el cual estaba situada la persona. Por ello, se planteó que los esfuerzos sociales estuviesen dirigidos, en primera instancia, al cuidado médico. Por ello es que mediante este informe surge el concepto “*campo de salud*”, el cual se enfoca en cuatro aspectos

---

<sup>1</sup> BELDARRAÍN, Enrique.

2002 Henry E. Sigerest y la Medicina Social Occidental. Volumen 28. N°1. Revista Cubana de Salud Pública. Sociedad Cubana de Administración en Salud. Consulta: 22 de Noviembre 2014.

< <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21428107> >

<sup>2</sup> BELDARRAÍN, Enrique.

2002 Henry E. Sigerest y la Medicina Social Occidental. Volumen 28. N°1. Revista Cubana de Salud Pública. Sociedad Cubana de Administración en Salud. Consulta: 22 de Noviembre 2014.

< <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21428107> >

que influyen en la salud: biología Humana, Estilos de Vida, Medio Ambiente y Organización del Cuidado Médico<sup>3</sup>.

El concepto “*campo de la salud*” tiene varias características que lo convierten en una poderosa herramienta para el análisis de los problemas de salud. De esta manera, la identificación de temas claves para dicho campo es más rápida y eficiente, debido a la división de los 4 aspectos antes mencionados. Por ende, se genera una mayor incidencia hacia las necesidades más prioritarias de la población en cuanto a temas de salud carentes se refiere.

A ello, el informe de Lalonde agrega:

*“Por último, el concepto de campo de salud ofrece una nueva perspectiva sobre la salud, una perspectiva que libera las mentes creativas para el reconocimiento y exploración de los campos hasta ahora desatendidos. La importancia de la propia salud de la conducta y los hábitos de los canadienses es un ejemplo del tipo de conclusión que se puede obtener utilizando el concepto de campo de salud como herramienta analítica”<sup>4</sup>*

Este nuevo concepto se inserta de una manera complementaria para ir desarrollando – como se ha venido mencionando – el concepto de salud. Según el informe Canadiense, lo que se busca es que todo individuo, familia y sociedad posean una conducta sana, es decir patrones de comportamientos equilibrados, y que se complemente con hábitos sanos como comer nutritivamente, jugar medidamente y trabajar sin saturarse. Esos factores darían como resultado una vida saludable, que es el ideal planteado por el Informe.

En **1978** se suscribe la Declaración de Alma-Ata en la cual surge la necesidad de un compromiso internacional respecto a la Atención Primaria en Salud (APS).

---

<sup>3</sup> LALONDE, Marc

1981 Informe Cat. No. H31-1374. ISBN 0-662-50019-9. “*A new Perspective on the Health of Canadians*”. Ministerio de Cuidado y Salud Nacional. Canadá. Pp. 1- 77. Consulta: 08 de Octubre del 2013.

<<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>>

<sup>4</sup> LALONDE, Marc

1981 Informe Cat. No. H31-1374. ISBN 0-662-50019-9. “*A new Perspective on the Health of Canadians*”. Ministerio de Cuidado y Salud Nacional. Canadá. Pp. 1- 77. Consulta: 08 de Octubre del 2013.

<<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>>

La Conferencia de Alma-Atá definió la APS como *“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad”*<sup>5</sup>.

La Atención Primaria en Salud forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud - del que constituye la función central y núcleo principal- como del desarrollo social y económico global de una determinada comunidad. Po ende, se afirma que *“representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, y lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas”*<sup>6</sup>. Por ello, constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia en salud.

La APS incluye ocho elementos básicos: educación para la salud, control de las enfermedades endémicas locales, programa expandido de inmunizaciones, atención materno infantil (que incluye servicios de planificación familiar), disponibilidad de medicamentos básicos, promoción de la nutrición (vigilancia nutricional), tratamiento de enfermedades comunes, y saneamiento ambiental (principalmente suministro de agua potable).<sup>7</sup>

Por ello, la atención primaria quedó sostenida sobre cuatro pilares básicos que se resumían en: desarrollo tecnológico apropiado, fortalecimiento de la gestión administrativa de los servicios de salud, participación comunitaria y procesos de

---

<sup>5</sup> LORENZO, Alcides.

2005 El Planteamiento Ideológico de Alma - Ata. Volumen 31. N°2. Revista de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Consulta: 22 de Noviembre 2014.  
< [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31\\_2\\_05/spu11205.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_2_05/spu11205.htm)>

<sup>6</sup> LORENZO, Alcides.

2005 El Planteamiento Ideológico de Alma - Ata. Volumen 31. N°2. Revista de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Consulta: 22 de Noviembre 2014.  
< [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31\\_2\\_05/spu11205.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_2_05/spu11205.htm)>

<sup>7</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS)

1978 Declaración de Alma – Ata. Organización Panamericana de la Salud Promoviendo Salud en las Américas. Consulta: 25 de Noviembre 2014.  
  
<[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=2518](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518)>

intersectorialidad<sup>8</sup>. Los dos últimos como parte del desarrollo económico y social que puede caracterizar un determinado lugar.

Muchas de las propuestas concretas que se hicieron en esa conferencia y que integrarían los principios de la Atención Primaria en Salud (APS), suscritos en la declaración de Alma-Ata, procedían de diferentes experiencias de programas de salud basados en la comunidad, no gubernamentales, pequeños y poco conocidos, de lugares como Filipinas, América Latina y otros países. De igual forma de la experiencia de los médicos de pies descalzos en China, así como también de los resultados obtenidos por sistemas de salud de naciones como Cuba y otros países del tercer mundo que habían desarrollado, con un determinado éxito, programas de salud basadas en la comunidad<sup>9</sup>. El hecho de que la conferencia se celebrara en Rusia, en donde se había establecido un sistema de salud con una fuerte orientación social (Henry Sigerest opinó lo mismo en su época e inclusive se declaró admirador de la estructura en salud de dicho país), explica en parte por qué los conceptos que subyacen en la Atención Primaria en Salud (APS) han recibido tanto críticas como elogios por su carácter revolucionario.

Tal como fue propuesto en Alma-Ata, el concepto de Atención Primaria de la Salud (APS) tenía fuertes implicaciones sociopolíticas. En primer lugar, señalaba explícitamente la necesidad de una estrategia de salud integral que no sólo abasteciera de servicios de salud, sino que afrontara las causas fundamentales, sociales, económicas y políticas de la falta de salud. Es decir, dicha estrategia debía promover una distribución más justa de los recursos:

*"El compromiso político por la APS implica algo más que un apoyo formal por parte de los gobiernos y los líderes de la comunidad [...] Para los países en desarrollo en particular, implica la transferencia de una mayor cantidad de recursos sanitarios a la mayoría desatendida de la población. Al mismo tiempo, es necesario aumentar los presupuestos nacionales de*

<sup>8</sup> Organización Panamericana Salud (OPS)

1978 Declaración de Alma – Ata. Organización Panamericana de la Salud Promoviendo Salud en las Américas. Consulta: 25 de Noviembre 2014.

<[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=2518](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518)>

<sup>9</sup> LORENZO, Alcides.

2005 El Planteamiento Ideológico de Alma - Ata. Volumen 31. N°2. Revista de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Consulta: 22 de Noviembre 2014.

< [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31\\_2\\_05/spu11205.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_2_05/spu11205.htm) >

*salud hasta que toda la población tenga acceso a una atención de salud básica".*

*También es necesaria una política clara por la cual los países más influyentes se comprometan a realizar una distribución más justa de los recursos para permitir a los países en desarrollo y, de forma muy especial, a los menos desarrollados, poner en marcha la APS<sup>10</sup>.*

De esta forma la declaración de Alma – Ata también hacía hincapié en la estrecha relación entre salud y desarrollo en los sectores más pobres de la comunidad, sin establecer distinción alguna entre desarrollo social y económico. Más aún, argumentaba que los factores sociales son la fuerza impulsora del desarrollo y que el propósito del desarrollo es permitir a las personas mantener una vida económicamente productiva y socialmente satisfactoria, teniendo en cuenta que la Atención Primaria de la Salud (APS) es la clave para lograr un nivel aceptable de salud para todos y todas. Asimismo, ayudaría a que las personas alcancen su propio desarrollo económico y social. Por tanto, Alma – Ata dejó sentado que la APS debe ser parte integrante del desarrollo general de la sociedad.

En **1986** se realizó la **Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud**, en la cual se elaboró la Carta de Ottawa como propuesta de acción para lograr la salud para todos en el año 2000 y más allá de éste.

Dicha carta se basó en una visión holística y positiva de la salud, la cual la considera como un recurso importante para el desarrollo social, económico y personal y una dimensión importante de la calidad de vida.

Según la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud *"la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana (...) La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud"*<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> LORENZO, Alcides.

2005 El Planteamiento Ideológico de Alma - Ata. Volumen 31. N°2. Revista de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Consulta: 22 de Noviembre 2014.  
< [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31\\_2\\_05/spu11205.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_2_05/spu11205.htm) >

<sup>11</sup> CONFERENCIA "Salud para Todos en el Año 2000"

1986 "Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud". Canadá.  
< <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf> >

Según dicha carta, la promoción de salud está dirigida a reducir las diferencias en el estado actual de la salud, asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud. Esto implica una base firme en un medio que le apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud.

De igual forma, en la Carta también se menciona que las estrategias y programas de promoción de salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región. Es decir, ello implica tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos existentes.

Por otro lado, la Carta de Ottawa menciona que *“la promoción de salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad, en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mayor nivel de salud”*<sup>12</sup>.

En otras palabras se debe enfatizar en la construcción de la salud por las propias personas y en los espacios de la vida cotidiana, en donde se aprende, trabaja, juega y ama. Por ende, la Carta de Ottawa concedió un papel fundamental al empoderamiento de las personas y los pueblos, para que mejoren su salud y ejerzan un mayor control sobre los factores que la determinan<sup>13</sup>.

En **1988** se llevó a cabo la **Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud**, la cual se centró en el tema de las Políticas Públicas Saludables, que son aquellas que se caracterizan por un interés explícito en la salud y la equidad en todas las áreas de la política.

En la Conferencia se destacó que el principal objetivo de las políticas públicas saludables es crear ambientes de apoyo que faciliten a las personas vivir una vida saludable. De ahí que las políticas públicas saludables faciliten a los ciudadanos tomar decisiones relacionadas con su salud.

---

<sup>12</sup> CONFERENCIA “Salud para Todos en el Año 2000”  
1986 “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”. Canadá.  
< <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>>

<sup>13</sup> CONFERENCIA “Salud para Todos en el Año 2000”  
1986 “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”. Canadá.  
< <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>>

De igual modo, en esta conferencia se enfatizó la obligación que todos los gobiernos y niveles de la administración pública debían de tener respecto a rendir cuentas sobre el impacto que tienen sus políticas en la salud y el bienestar de las personas y las diversas comunidades existentes. En otras palabras, el trabajo conjunto que debe existir entre diversos actores sociales como las ONG, las organizaciones comunitarias, los sindicatos, la industria privada, las asociaciones académicas y las alianzas estratégicas entre ellas y el gobierno para fomentar la salud de las personas.

En esta segunda conferencia se identificó cinco áreas prioritarias en el tema de políticas públicas saludables: apoyo a la mujer, mejoramiento de la seguridad e higiene alimentaria, reducción del consumo del tabaco y el alcohol; y la creación de ambientes de apoyo<sup>14</sup>. Finalmente, se reiteró la importancia de seguir avanzando en la promoción de la salud mediante las cinco áreas de acción que se propuso en Ottawa.

En **1991** se realizó la **Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud**, la cual se centró en la importancia de los entornos o ambientes y su relación con las condiciones de salud de las personas y comunidades.

En esta conferencia se destacó cuatro aspectos de los entornos de apoyo: la dimensión social, que incluye las formas en las normas, costumbres y procesos sociales afectan la salud; la dimensión política, que requiere que los gobiernos garanticen la participación democrática en la toma de decisiones, y la descentralización de las responsabilidades y recursos; la dimensión económica, que requiere una redistribución de los recursos para alcanzar la Salud para Todos y el desarrollo sostenible; y la necesidad de reconocer el conocimiento y las habilidades de las mujeres, con el fin de desarrollar una infraestructura más positiva para los entornos de apoyo<sup>15</sup>.

Al igual que las dos conferencias antecesoras, se enfatizó en dos principios fundamentales de todas las acciones: la equidad y la interdependencia de todos los

---

<sup>14</sup> II CONFERENCIA “Políticas Públicas para la Salud”

1988 “Recomendaciones de Adelaide”. Australia. Consulta: 20 de Noviembre 2014.  
<[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/3\\_recomendaciones\\_de\\_Adelaide.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/3_recomendaciones_de_Adelaide.pdf)>

<sup>15</sup> III CONFERENCIA “Sobre Promoción de la Salud y Entornos Propicios para la Salud”

1991 “Declaración de Sundsvall”. Suecia. Consulta: 20 de Noviembre 2014.  
<[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/4\\_declaracion\\_de\\_Sundsvall.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/4_declaracion_de_Sundsvall.pdf)>



seres humanos. Asimismo, se identificó cuatro estrategias de salud pública para la creación de entornos de apoyo en el ámbito comunitario: fortalecer *la abogacía* mediante la acción comunitaria; hacer posible que las personas y las comunidades *asuman el control de su salud y ambientes mediante la educación y el empoderamiento*; *crear alianzas* para la salud y los entornos de apoyo; y mediar entre los intereses sociales en conflicto con el fin de garantizar *el acceso equitativo a entornos de apoyo para la salud*<sup>16</sup>.

Finalmente, esta conferencia demostró, una vez más, que los temas de salud, ambiente y desarrollo van de la mano, en una relación bicondicional.

En **1997** se llevó a cabo la **Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud** fue la primera que se celebró en un país en desarrollo (Indonesia) y en brindar participación al sector privado en el apoyo a la promoción de la salud.

Al igual que en las otras conferencias realizadas años anteriores, se reiteró la importancia de requisitos para la salud, pero con una visión más amplia de los mismos que incluyó, además, el empoderamiento de la mujer, el respeto de los derechos humanos y la equidad. Asimismo, planteó la necesidad de avanzar en la lucha contra la pobreza y otros determinantes de la salud en los países en vías de desarrollo.

Por otro lado, en esta conferencia se destacó la importancia de abordar los problemas de salud mediante *la combinación de las cinco áreas de acción de la promoción de la salud*; aprovechar *los distintos escenarios* (escuelas, lugares de trabajo, mercados, etc.) para aplicar medidas integrales; *la participación de las personas y comunidades* en la toma de decisiones; y el acceso a *la educación y la información*, para lograr una participación efectiva y la movilización de la gente y las comunidades<sup>17</sup>.

En conclusión, en la conferencia, la Declaración de Yakarta planteó cinco prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI: *promover la responsabilidad social por la*

---

<sup>16</sup> III CONFERENCIA “Sobre Promoción de la Salud y Entornos Propicios para la Salud”  
1991 “Declaración de Sundsvall”. Suecia. Consulta: 20 de Noviembre 2014.  
<[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/4\\_declaracion\\_de\\_Sundsvall.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/4_declaracion_de_Sundsvall.pdf)>

<sup>17</sup> IV CONFERENCIA “Sobre Promoción de la Salud en el Siglo XXI”  
1997 “Declaración de Yakarta”. Indonesia. Consulta: 20 de Noviembre 2014.  
<[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5\\_Declaracion\\_de\\_Yakarta.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf)>

*salud; aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud; consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud; ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo; y consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud*<sup>18</sup>.

En el **2000** se llevó a cabo la **Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud** en la Ciudad de México, la cual hizo hincapié en los acuerdos tomados en el año 97, ya que se estructuró en base a las cinco prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI.

En la declaración ministerial de México para la Promoción de la Salud, comprometió a los países a situar la salud como tema de agenda política y desarrollo y a poner en ejecución planes de acción estratégicos para promover la salud de los pueblos.

En esta conferencia surgieron temas claves como *la reafirmación de la pertinencia de la promoción de la salud; énfasis en los factores determinantes de la salud; la importancia de la promoción de la salud como respuesta estratégica para abordar las inequidades en salud; la naturaleza intrínsecamente política de la promoción de la salud, ya que guarda relación con el empoderamiento del individuo y la comunidad; y, finalmente, el papel de la mujer en el desarrollo de la salud*<sup>19</sup>.

En el **2005** se llevó a cabo la **Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud** en Tailandia, en la cual surgió la **Carta de Bangkok**. La cual se centró en analizar los desafíos y oportunidades que enfrentan la salud y la promoción de la salud en el contexto del mundo globalizado. Esta conferencia ratificó los valores, principios y áreas de acción que se establecieron en la Carta de Ottawa, así como las recomendaciones de las sucesivas conferencias mundiales sobre promoción de la salud.

---

<sup>18</sup> IV CONFERENCIA “Sobre Promoción de la Salud en el Siglo XXI”

1997 “Declaración de Yakarta”. Indonesia. Consulta: 20 de Noviembre 2014.  
<[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5\\_Declaracion\\_de\\_Yakarta.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf)>

<sup>19</sup> V CONFERENCIA “Promoción de la Salud: Hacia una Mayor Equidad”

2000 “Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud: De las Ideas a la Acción. Consulta: 20 de Noviembre 2014.  
<[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/6\\_Declaracion\\_Mexico.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/6_Declaracion_Mexico.pdf)>

*“La Promoción de la Salud consiste en el proceso de proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ésta y sus determinantes”<sup>20</sup>*

De igual manera, propuso cuatro compromisos claves para que la promoción de la salud sea: un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial; una responsabilidad esencial de todo el gobierno; un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil; y un requisito de las buenas prácticas empresariales<sup>21</sup>.

Por otro lado, destacó la importancia de las asociaciones, alianzas, redes y otros mecanismos de colaboración, para conseguir reunir a personas y organizaciones en torno a objetivos comunes y acciones conjuntas que mejoren la salud de las poblaciones.

*“La Promoción de la Salud se basa en este derecho humano fundamental y ofrece un concepto positivo e incluyente de la salud como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual”<sup>22</sup>*

---

<sup>20</sup> VI CONFERENCIA “Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado”

2005 “Carta de Bangkok”. Tailandia. Consulta: 20 de Noviembre 2014.  
< [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011\\_14.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011_14.pdf)>

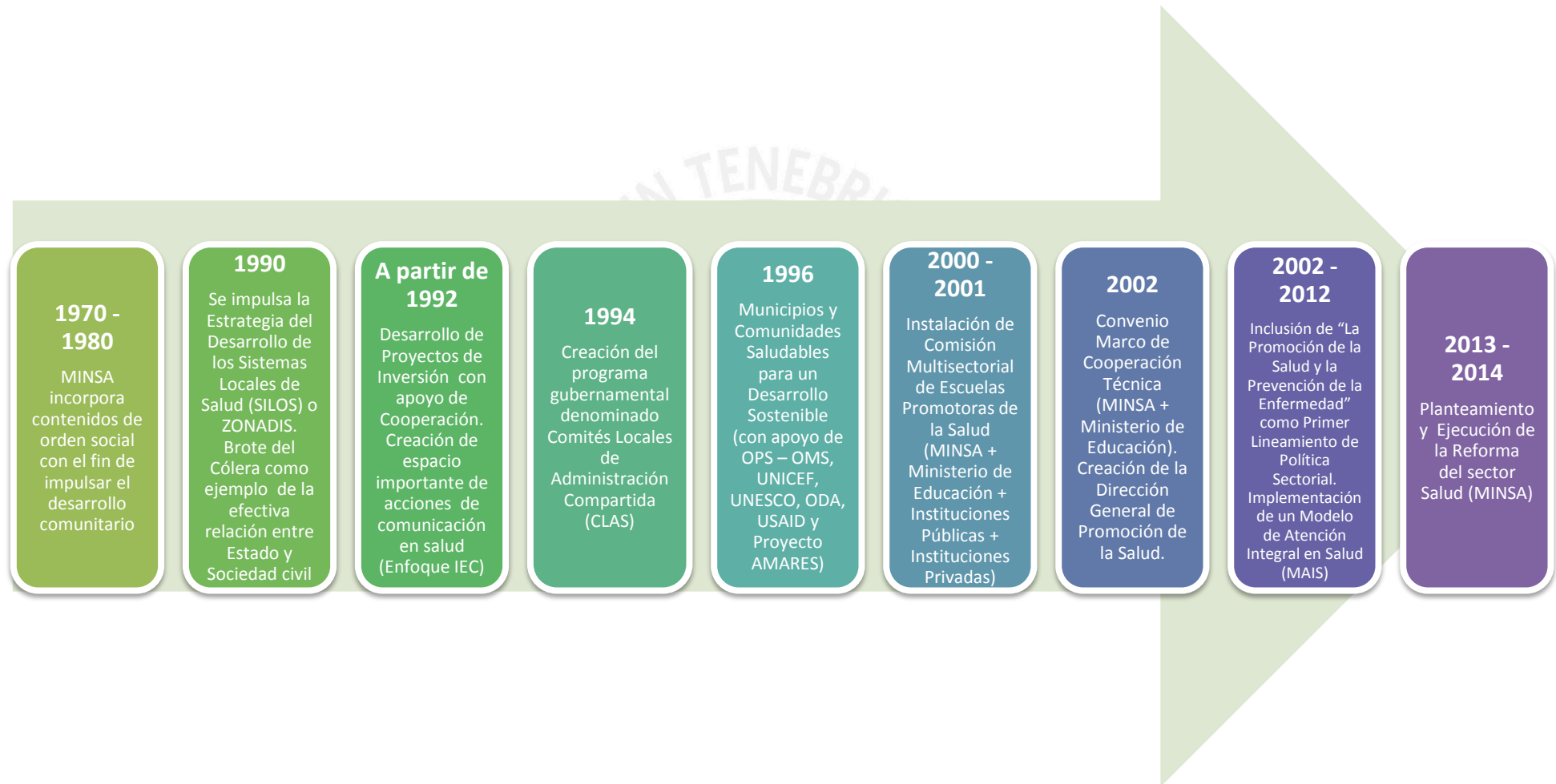
<sup>21</sup> VI CONFERENCIA “Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado”

2005 “Carta de Bangkok”. Tailandia. Consulta: 20 de Noviembre 2014.  
< [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011\\_14.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011_14.pdf)>

<sup>22</sup> VI CONFERENCIA “Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado”

2005 “Carta de Bangkok”. Tailandia. Consulta: 20 de Noviembre 2014.  
< [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011\\_14.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011_14.pdf)>

## 2.2 Antecedentes Nacionales en el Campo de la Salud



Desde la aparición de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en la Declaración de Alma – Ata, se han ido desarrollando diversos conceptos, enfoques y estrategias de intervención que han buscado impulsar a las comunidades y a sus respectivos integrantes, organizaciones sociales e instituciones locales, a participar en el proceso del conocimiento de sus problemas de salud. Según el Ministerio de Salud (MINSa), este contexto ha demandado ir desarrollando estudios sobre la dinámica social del desarrollo local, sobre el comportamiento de las personas, hábitos y costumbres, así como el manejo de metodologías y tecnologías de educación, comunicación, de participación comunitaria, etc.

En el Perú, entre **1970 y 1980** el Ministerio de Salud (MINSa) incorpora contenidos de orden social en sus diversos programas de salud con el fin de impulsar el desarrollo comunitario. Con la conferencia de Alma – Ata en 1978, recobra una posición importante la participación de la comunidad en los programas de salud; sin embargo, aún bajo supervisión y asistencia técnica del sector salud en lo referente a la toma de decisiones por parte de la comunidad, lo cual no favorecía necesariamente a promover procesos de empoderamiento en la comunidad.

En **1990** se impulsa la **Estrategia del Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS)**, generando mayor relevancia a las acciones orientadas a facilitar la participación de la población en los procesos de toma de decisiones en el sector salud.

Los Sistemas Locales de Salud, en el caso de Perú, se le denominaron Zonas de Desarrollo Integral de la Salud (ZONADIS). Estos eran escenarios apropiados para que los grupos sociales participen en la gestión del sistema de salud, desde la definición de sus problemas y estrategias de solución, hasta la puesta en marcha, el control y la evaluación de sus propias acciones. *Al momento de su implantación y fortalecimiento urgió la necesidad de intensificar esfuerzos para el diseño y perfeccionamiento de los instrumentos técnicos y guías metodológicas que garantizaran su operatividad*<sup>23</sup>. De ahí que, la difusión y el intercambio de experiencias y conocimientos en este campo se propiciaron por todos los medios, con la finalidad de lograr el efecto multiplicador en todas las Direcciones Regionales y Subregionales de Salud en el país.

---

<sup>23</sup> Ministerio de Salud (MINSa)

1993                      Sistemas Locales de Salud: Abriendo Caminos hacia la Salud de Todos. Cajamarca - Perú. Pp. 20. Consulta: 19 de Noviembre 2014.  
< <http://www.bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2322.PDF> >

Un Sistema Local de Salud o ZONADIS es concebido como un conjunto de recursos de salud relacionados entre sí, a nivel sectorial e intersectorial, responsables del desarrollo de la salud de una determinada población con una determinada área territorial<sup>24</sup>.

Las características de un Sistema de Salud Local o ZONADIS son cuatro: *la instrumentación de la política nacional de salud que promueve la democratización de las decisiones, la participación ciudadana y la justicia social; el nivel local de la organización del sistema nacional de salud, constituido con el objeto de brindar atención integral de salud en espacios geo sociales; el espacio de concertación y articulación para la solución de los principales problemas de la salud; y, finalmente, el escenario más adecuado para el desarrollo de la atención primaria en salud*<sup>25</sup>.

Por ende, la finalidad de un ZONADIS es brindar atención integral de salud a las poblaciones que se encontraban ubicadas dentro de un espacio geo social previamente, mediante las instituciones públicas y privadas que, articuladas funcionalmente, asumían la responsabilidad de trabajar desde el sector salud y con la sociedad en búsqueda del desarrollo de la salud a nivel local.

Asimismo, existen 4 principios que sustentan las ZONADIS: *La Solidaridad, frente a necesidades y urgencias comunes la población en forma común se cohesiona y constituye sus propias organizaciones; la Universalidad, la salud como estado de bienestar, derecho y responsabilidad de todos; la Equidad, a los sectores menos favorecidos debe facilitarse el acceso a los servicios de salud; y la Participación, nadie sabe más y mejor sobre los puntos de vista y necesidades de la gente que la misma gente*<sup>26</sup>.

<sup>24</sup> Ministerio de Salud (MINSa)

1993                    Sistemas Locales de Salud: Abriendo Caminos hacia la Salud de Todos. OPS y MINSa. Pp.18. Consulta: 19 de Noviembre 2014.

< <http://www.bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2322.PDF> >

<sup>25</sup> Ministerio de Salud (MINSa)

1993                    Sistemas Locales de Salud: Abriendo Caminos hacia la Salud de Todos. OPS y MINSa. Pp.19. Consulta: 19 de Noviembre 2014.

< <http://www.bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2322.PDF> >

<sup>26</sup> Ministerio de Salud (MINSa)

1993                    Sistemas Locales de Salud: Abriendo Caminos hacia la Salud de Todos. OPS y MINSa. Pp. 19. Consulta: 19 de Noviembre 2014.

< <http://www.bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2322.PDF> >

Si bien es cierto las ZONADIS contaron con sus principios ejes, también tuvieron seis propósitos que marcaron la pauta de su ejecución en sí. Esta fueron: *Contribuir a la solución integral de los problemas de salud, promover la participación comunitaria, fortalecer el sistema nacional de salud articulando los establecimientos de salud, reforzar los servicios de salud mejorando la infraestructura, el equipamiento y la calidad de atención; simplificar y desburocratizar la toma de decisiones y coordinar la acción intersectorial en la solución de problemas de salud*<sup>27</sup>. De ahí que se puede concluir que un Sistema Local de Salud o ZONADIS constituyó un apoyo para el fortalecimiento de los procesos sociales en el contexto de salud hacia la comunidad.

En **1991**, año en que se da el brote del cólera a nivel del país, se demostró la efectividad de la relación Estado y Sociedad Civil, ya que se establecieron puntos de encuentro y articulación, que favorecieron notablemente la organización del ámbito local en la gestión y la acción intersectorial, generándose diversos comités distritales de lucha contra la epidemia del cólera. Esta experiencia brindó la oportunidad de romper barreras entre las organizaciones populares, las ONG's y las entidades del Estado como los Ministerios de Salud y Educación<sup>28</sup>.

Después de este panorama es que la estrategia Sistema Local de Salud (SILOS) pasa a establecerse en ZONADIS.

A partir de **1992** se iniciaron el desarrollo y ejecución de **Proyectos de Inversión con apoyo de Cooperación**. Dentro de los que resaltan el Proyecto 2000, el Proyecto Salud y Nutrición Básica (PSNB), entre otros.

El **Proyecto 2000** fue el primer proyecto entre el Ministerio de Salud y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en 1993. Dicho convenio establecía que el Proyecto ayudaría al Ministerio de Salud a continuar con el mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios de salud, particularmente aquellos dirigidos a las mujeres y los niños. De igual forma, *este proyecto brindaría apoyo directo a los servicios de salud materno infantil; aumentaría la eficiencia de los*

---

<sup>27</sup> Ministerio de Salud.

1993                      Sistemas Locales de Salud: Abriendo Caminos hacia la Salud de Todos. OPS y MINSa. Consulta: 19 de Noviembre 2014.  
  
< <http://www.bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2322.PDF> >

<sup>28</sup> Ministerio de Salud (MINSa)  
2011                      Documento Técnico. "Modelo de Abordaje para la Promoción de Salud". Lima. Pp.7. Consulta: 27 de Abril de 2012.  
<[bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/203\\_PROM30.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/203_PROM30.pdf)>

*servicios de salud a través del manejo gerencial; y apoyaría la sustentabilidad de los servicios a través de reformas en el financiamiento de salud*<sup>29</sup>.

El diseño original del Proyecto 2000 planteaba como objetivo la mejora de la salud y nutrición de mujeres en edad fértil y niños menores. Este objetivo fue cambiado, cuando en el año 1997 aproximadamente se decidió que el Proyecto buscaría afectar dos indicadores específicos: la mortalidad materna y la mortalidad neonatal. La mortalidad materna y neonatal son el resultado de la falta de acceso de las mujeres y recién nacidos, particularmente las más pobres, a servicios de salud que ofrezcan cuidados obstétricos y neonatales de calidad.

Dicha decisión surgió debido a cuatro aspectos concretos: *La ausencia de disponibilidad de profesionales especialistas, equipamiento, insumos y medicamentos, así como de educación e información al respecto; la ausencia de estándares de desempeño que garanticen la efectividad requerida para resolver los problemas de salud prevalentes. Los servicios eran gerenciados vertical y autoritariamente, sin la capacidad de analizar la realidad local para encontrar oportunidades para el desarrollo; la débil aceptabilidad de los servicios de salud, debido al continuo maltrato de las usuarias, tanto personal como institucionalmente, siendo incapaz de incorporar las diferentes manifestaciones y el acervo cultural de los distintos grupos étnicos existentes en el país; y finalmente, la ausencia de un financiamiento adecuado para enfrentar los problemas prevalentes de la salud pública, y la distribución inequitativa del subsidio público*<sup>30</sup>.

En conclusión, el Proyecto 2000 surgió en medio de un panorama en el que el sistema de salud ofertaba a las mujeres y recién nacidos más pobres, servicios de salud insuficientes, de mala calidad, que no respondían a sus expectativas de orden cultural y sobre todo a un costo inaccesible.

El Proyecto Salud y Nutrición Básica (PSNB), el cual se ejecutó en 1994, tuvo como objetivo general, mejorar el estado de salud y nutrición de la población, a través de los

---

<sup>29</sup> Ministerio de Salud y USAID

2002 Proyecto 2000. Sistematización del Proyecto. Informe Final. Lima: Perú. Pp. 2.  
Consulta: 10 de Noviembre 2014.  
<<http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/3009/1/BVC10002803.pdf>>

<sup>30</sup> Ministerio de Salud y USAID

2002 Proyecto 2000. Sistematización del Proyecto. Informe Final. Lima: Perú. Pp. 26.  
Consulta: 10 de Noviembre 2014.  
<<http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/3009/1/BVC10002803.pdf>>



componentes de Atención Integral en Salud, de Información, Educación y Comunicación. Las acciones desarrolladas en nutrición han tenido un carácter preventivo promocional, con énfasis en la adopción de prácticas saludables y el autocuidado por parte de la población. Especialmente entre las mujeres y niños más pobres.

El PSNB procuró lograr su objetivo principal a través de: *un incremento en el uso de los servicios de salud materno infantil y nutrición, ampliando el acceso a los servicios y mejorando su calidad; y por otro lado, la promoción de mejores prácticas de salud y nutrición, con énfasis en la atención preventiva y la educación*<sup>31</sup>. Por ende, se fortaleció el trabajo en nutrición a nivel de los servicios de salud y a nivel de las instancias locales en forma coordinada y complementaria. Asimismo se propició coordinaciones inter-institucionales e inter-sectoriales para mejorar la situación nutricional de la población materno infantil.

El PSNB estaba dirigido a mujeres en edad fértil (15 – 49 años) y a niños menores de 3 años en 15 provincias de 3 de las regiones más pobres del Perú (teniendo en cuenta que en la época en la que se estaba preparando el proyecto, el Perú estaba dividido en 12 regiones): Piura, Cuzco y Cajamarca, así como en la ciudad de Lima y alrededores<sup>32</sup>.

*El plan de acción del PSNB incluyó la diversificación de la alimentación y prácticas adecuadas con énfasis en el uso de alimentos ricos en hierro para niños menores de 2 años y en la mujer gestante y lactante, así como la ingesta de suplementos con micronutrientes a menores de 2 años, puérperas y gestantes según correspondía. Asimismo se puso énfasis en el fortalecimiento de las actividades de consejería en alimentación y nutrición a través de los servicios de control prenatal en la gestante y control del crecimiento del niño y en el desarrollo de actividades*

---

<sup>31</sup> Banco Mundial

2009 Informe de Evaluación de Proyectos. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Lima: Perú. Pp. 7. Consulta: 10 de Noviembre 2014.  
<[http://siteresources.worldbank.org/EXTWBASSHEANUTPOP/Resources/Peru\\_ppar\\_esp.pdf](http://siteresources.worldbank.org/EXTWBASSHEANUTPOP/Resources/Peru_ppar_esp.pdf)>

<sup>32</sup> Banco Mundial

2009 Informe de Evaluación de Proyectos. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Lima: Perú. Pp. 7. Consulta: 10 de Noviembre 2014.  
<[http://siteresources.worldbank.org/EXTWBASSHEANUTPOP/Resources/Peru\\_ppar\\_esp.pdf](http://siteresources.worldbank.org/EXTWBASSHEANUTPOP/Resources/Peru_ppar_esp.pdf)>

*educativas de preparación de alimentos con un enfoque práctico, promoviendo el uso de alimentos nutritivos disponibles localmente y el seguimiento domiciliario<sup>33</sup>.*



---

<sup>33</sup> Banco Mundial

2009 Informe de Evaluación de Proyectos. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Lima: Perú. Pp. 7. Consulta: 10 de Noviembre 2014.  
<[http://siteresources.worldbank.org/EXTWBASSHEANUTPOP/Resources/Peru\\_ppar\\_esp.pdf](http://siteresources.worldbank.org/EXTWBASSHEANUTPOP/Resources/Peru_ppar_esp.pdf)>

Los componentes del PSNB eran cinco, acorde a las actividades del mismo y se presentan distribuidos en la siguiente tabla:

**Tabla A. Adaptación de la Tabla original de los Componentes del PSNB<sup>34</sup>**

COMPONENTE	PRINCIPALES ACTIVIDADES
Salud Materno Infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación de profesionales y agentes de salud comunitarios</li> <li>• Suministro de medicamentos, provisiones, equipo y vehículos.</li> </ul>
Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisión y seguimiento basados en la comunidad.</li> <li>• Distribución de suplementos de micronutrientes y medicamentos antiparásitos.</li> <li>• Investigación operativa.</li> <li>• Cooperación con ONG locales para apoyar la educación sobre nutrición y prácticas de alimentación en la comunidad.</li> </ul>
Tratamiento de Tuberculosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación de TBC para detectar y referir casos.</li> <li>• Suministro de Equipos para diagnósticos TB y medicamentos para los centros de salud.</li> </ul>
Información, Educación y Comunicación (IEC) y Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades educativas sobre MCH a través del uso de los medios de comunicación de masas, la participación comunitaria y la comunicación interpersonal.</li> <li>• Capacitación de profesionales de la salud y TSC a efectos de mejorar los conocimientos sobre prácticas de salud y nutrición, y mejorar la calidad de la atención de salud.</li> </ul>
Gestión y Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación del Proyecto</li> <li>• Seguimiento y Evaluación</li> </ul>

Según el informe de evaluación del PSNB, la dirección de la Unidad de Coordinación del Proyecto en la Oficina General de Cooperación Internacional del Ministerio de Salud estuvo a cargo de un coordinador de proyecto, persona responsable de supervisar su ejecución, incluyendo visitas frecuentes a las regiones. Asimismo, se logró formar un Equipo de Gestión conformado por tres miembros con la finalidad de

<sup>34</sup> Banco Mundial

2009 Informe de Evaluación de Proyectos. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Lima: Perú. Pp. 8. Consulta: 10 de Noviembre 2014.  
<[http://siteresources.worldbank.org/EXTWBASSHEANUTPOP/Resources/Peru\\_ppar\\_esp.pdf](http://siteresources.worldbank.org/EXTWBASSHEANUTPOP/Resources/Peru_ppar_esp.pdf)>

gestionar el componente IEC y garantizar los vínculos con otras actividades en el Ministerio de Salud y en la Oficina de Comunicaciones del MINSA.

En el marco de ambos proyectos, como se ha visto, se desarrolló un espacio importante de acciones de comunicación en salud, que incluían componentes de información, educación y comunicación, en el cual se empiezan a gestar estrategias de información, promoción e inducción a la acción en diversos temas de salud con mayor prioridad de ser atendidos. Como fue el caso del PSNB (nutrición en mujeres y niños) y Proyecto 2000 (mortalidad materna y mortalidad infantil). Ambos temas de urgencia nacional en esa época.

El **enfoque IEC** es una estrategia que surgió a raíz del panorama acontecido en América Latina en el campo de la salud, siendo más específicos, a partir de la declaración de Alma – Ata (1978) se empezó a desarrollar confianza en las “virtudes y actitudes” de la Información, Educación y Comunicación para alcanzar el desarrollo.

*“Una estrategia IEC desarrollada a fondo puede ayudar a lograr entre los forjadores de decisiones, así como entre el público en general, una más amplia percepción de la salud como un asunto de jerarquía nacional; ella puede ayudar a transformar esa percepción en decisiones y comportamientos entre las comunidades y quienes toman las determinaciones en las naciones: puede movilizar a todos los sectores de la sociedad para que participen efectivamente en programas específicos (...).”<sup>35</sup>.*

La estrategia IEC, por ende, resultó efectiva no solo en el ámbito estratégico de elaboración sino y sobre todo de ejecución de líneas de acciones relacionadas directamente con temas específicos de salud (Proyecto 2000 y Proyecto PSNB).

La OPS destacó el papel de la información y comunicación social en la creación del conocimiento necesario para generar cambios de actitudes y prácticas importantes y, de esa manera, poder influir sobre las políticas públicas orientadas hacia la salud. Ello se pudo ver reflejado en el caso del Proyecto 2000 y el Proyecto PSNB.

---

<sup>35</sup> RAMIRO BELTRAN, Luis

1994                      Capítulo 2. “La Salud y La Comunicación en Latino América”. En: Por una Política de Comunicación para la Promoción de la Salud en América Latina. 1º Edición. Quito: Oficina Regional de Comunicación para América Latina. Pp. 55.

A continuación se presenta una tabla que muestra una modelación de conductas por medio de la estrategia IEC.

**Tabla B. Modelación de Conductas según Estrategia IEC<sup>36</sup>.**

FUNCIONES	PROPOSITOS PRINCIPALES A QUE SIRVEN	CANALES QUE USUALMENTE EMPLEAN	PUBLICOS AL QUE SE DIRIGEN	PRINCIPALES COMPETENCIAS REQUERIDAS
<b>INFORMACION</b>	Crear un clima general propicio. Divulgar conocimientos. Forjar actitudes.	Medios de contacto impersonal, masivo y a la distancia. Teléfonos. Correos.	General. Líderes de opinión. Forjadores de decisiones sobre asuntos de interés colectivo.	Periodismo. Publicidad. Relaciones Públicas. Encuestas de opinión pública. Mercadeo Social.
<b>EDUCACION</b>	Impartir orientaciones y destrezas.	Recursos de contacto interpersonal, formal y presencial en aula.	Maestros. Estudiantes de primaria y secundaria. Estudiantes de Universidades e instituciones de salud. Funcionarios del sector salud	Pedagogía. Psicología educativa. Técnicas de contacto individual. Dinámicas de grupo.
<b>COMUNICACIÓN</b>	Divulgar conocimientos. Forjar actitudes. Inducir prácticas.	Medios de contacto impersonal, masivo y a distancia. Recursos de contacto interpersonal y presencial fuera del aula y no formal.	Individuos, grupos y masas de interés como beneficiarios de programas.	Principios de comunicación para el desarrollo. Técnicas de contacto individual, de grupo y de masas. Antropología cultural. Psicología social.

<sup>36</sup> RAMIRO BELTRAN, Luis

1994                      Capitulo 2. "La Salud y La Comunicación en Latino América". En: Por una Política de Comunicación para la Promoción de la Salud en América Latina. 1º Edición. Quito: Oficina Regional de Comunicación para América Latina. Pp. 57.

El IEC es una estrategia ya que constituye un conjunto de previsiones sobre fines y procedimientos. Asimismo, una estrategia es siempre metodológica y plantea objetivos específicos. Por ende, el IEC es una estrategia en sí, empleada para la emisión de mensajes cuya finalidad es cambiar hábitos y prácticas en la población. De ahí que el reconocimiento de los públicos objetivos sea fundamental.

En **1994** surge la creación del programa gubernamental denominado **Comités Locales de Administración Compartida (CLAS)**. Programa creado por el MINSA y que promueve la conformación de Asociaciones civiles sin fines de lucro denominadas CLAS, con el objetivo de *mejorar la cobertura y la calidad de los servicios en el primer nivel de atención mediante la estrategia de la gestión compartida con la comunidad. Es decir, el CLAS se encarga de administrar centros o puestos de salud*<sup>37</sup>.

La conformación de un CLAS se da cuando las comunidades solicitan a la autoridad de Salud Regional la conformación de un CLAS. Esta evalúa técnicamente la propuesta y promueve su organización iniciando, de ser el caso, el proceso de su conformación.

Los miembros de la Asociación CLAS suelen ser representantes de la comunidad elegidos en Asamblea general de la población, sus líderes y autoridades locales. Se organizan internamente en Asamblea de CLAS, Consejo Directivo y gerencia de CLAS.

El modelo en el que opera un CLAS es a través de *la elaboración, ejecución y evaluación de un Programa de Salud Local a partir de un censo comunitario, determinando actividades y objetivos de atención por periodo de un año*<sup>38</sup>. Asimismo,

---

<sup>37</sup> DÍAZ, Ricardo

2001 CLAS: Una experiencia para descentralizar servicios de Salud. En: Semanario Gestión Médica. Edición 226. Año 6. Lima: Perú. Pp. 18 - 24. Consulta: 10 de Noviembre 2014.

< [http://www.forosalud.org.pe/clas\\_descentralizar\\_servicios\\_de\\_salud.pdf](http://www.forosalud.org.pe/clas_descentralizar_servicios_de_salud.pdf)>

<sup>38</sup> DÍAZ, Ricardo

2001 CLAS: Una experiencia para descentralizar servicios de Salud. En: Semanario Gestión Médica. Edición 226. Año 6. Lima: Perú. Pp. 18 - 24. Consulta: 10 de Noviembre 2014.

< [http://www.forosalud.org.pe/clas\\_descentralizar\\_servicios\\_de\\_salud.pdf](http://www.forosalud.org.pe/clas_descentralizar_servicios_de_salud.pdf)>

seleccionan, contratan y evalúan al personal de salud que labora en los establecimientos administrados por CLAS.

De igual manera, un CLAS realiza adquisiciones de bienes y servicios necesarios para el cumplimiento del Programa de Salud Local<sup>39</sup>.

Este modelo de gestión posee tres características: En primer lugar, *la Descentralización, la Capacidad de decisión en el nivel local, la Relación entre dos personas jurídicas de distinta naturaleza jurídica y la Relación contractual Estado CLAS*. En segundo lugar, *la Participación Comunitaria, en la administración, rendición de cuentas, monitoreo social de la cantidad, calidad y oportunidad de los servicios*. Y en tercer lugar, *el Manejo de recursos públicos bajo normatividad aplicable al campo privado., la cual supera la rigidez y la burocratización en la administración de recursos públicos otorgándole tanto oportunidad y fluidez cuanto seguridad jurídica al uso de los mismos*<sup>40</sup>.

En **1996** se llevó a cabo la creación de la **Red de Municipios y Comunidades Saludables para un Desarrollo Sostenible**, promovida por el Ministerio de Salud y con el apoyo de agencias de cooperación como OPS – OMS, UNICEF, UNESCO, ODA, USAID y el Proyecto AMARES. Esta aparece como un medio que permite la implementación de la estrategia de promoción de la salud en forma concreta: *otorga el espacio, los mecanismos y los recursos para ello. Asimismo, se encuentra inserto en un proceso global de democratización y descentralización, bajo el marco de la gestión local y la participación ciudadana*<sup>41</sup>.

---

<sup>39</sup> DÍAZ, Ricardo

2001 CLAS: Una experiencia para descentralizar servicios de Salud. En: Semanario Gestión Médica. Edición 226. Año 6. Lima: Perú. Pp. 18 - 24. Consulta: 10 de Noviembre 2014.

< [http://www.forosalud.org.pe/clas\\_descentralizar\\_servicios\\_de\\_salud.pdf](http://www.forosalud.org.pe/clas_descentralizar_servicios_de_salud.pdf)>

<sup>40</sup> DÍAZ, Ricardo

2001 CLAS: Una experiencia para descentralizar servicios de Salud. En: Semanario Gestión Médica. Edición 226. Año 6. Lima: Perú. Pp. 18 - 24. Consulta: 10 de Noviembre 2014.

< [http://www.forosalud.org.pe/clas\\_descentralizar\\_servicios\\_de\\_salud.pdf](http://www.forosalud.org.pe/clas_descentralizar_servicios_de_salud.pdf)>

<sup>41</sup> Ministerio de Salud (MINSa)

2003 Red de municipios y comunidades saludables del Perú. Organización Panamericana de la Salud: Perú. Pp. 33. Consulta: 10 de Noviembre 2014.  
<[http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/224\\_cps5.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/224_cps5.pdf)>

Un municipio es saludable, cuando el alcalde y su equipo se comprometen formalmente a promover la salud junto con todos los actores comunitarios en aquellos espacios y entornos en donde habita la gente. Para tales efectos, el municipio lidera e implementa un plan de acción de desarrollo sostenible orientado a mejorar la salud y calidad de vida de su población.

*Asimismo, la participación del gobierno local y la participación ciudadana y comunitaria son los componentes esenciales del movimiento, al igual que la participación de otros sectores en un frente unificado para promover la salud<sup>42</sup>.*

A través del municipio se puede lograr más efectivamente la participación de la comunidad. Su posición de gobierno local, su vinculación con la población y el conocimiento de sus problemas lo convierten en un instrumento óptimo de su movilización. *Las actividades que emergen de un proyecto de Municipio Saludable involucran a la población y su cumplimiento depende de su participación consciente<sup>43</sup>.*

Por otro lado, este proyecto, además de sentar las condiciones básicas para el goce de la salud, desarrolla una verdadera cultura y un culto a la salud por parte de la población, por lo que la difusión de las actividades y la utilización de los medios de comunicación disponibles, son importantes para lograr su apoyo y participación.

Por ende, el municipio es el nivel más idóneo para lograr la coordinación intersectorial, punto clave en un proyecto de este tipo en el que las decisiones y las acciones dependen de diferentes dependencias. *El alcalde es la persona con mayor capacidad de convocatoria dentro del ámbito del ayuntamiento y puede, con mayor facilidad, lograr la comunicación y la vinculación entre los diferentes sectores locales: planificación, finanzas, saneamiento, ecología, educación, salud, tránsito, policía,*

---

<sup>42</sup> Ministerio de Salud (MINSa)

2003 Red de municipios y comunidades saludables del Perú. Organización Panamericana de la Salud: Perú. Pp. 33. Consulta: 10 de Noviembre 2014.  
<[http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/224\\_cps5.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/224_cps5.pdf)>

<sup>43</sup> Ministerio de Salud (MINSa)

2003 Red de municipios y comunidades saludables del Perú. Organización Panamericana de la Salud: Perú. Pp. 33. Consulta: 10 de Noviembre 2014.  
<[http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/224\\_cps5.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/224_cps5.pdf) >



*universidad, regulación, comercio, organizaciones privadas, ONG's, medios de comunicación, y otros*<sup>44</sup>.

Uno de los resultados más importantes del proceso participativo que implica esta Red de Municipios y Comunidades Escolares es el logro de un mayor nivel de confianza e incremento del poder de las iniciativas de defensa y participación activa de la comunidad, lo cual favorece la mejora de las condiciones sociales y ambientales en el ámbito local y ayuda a crear una mayor calidad de vida y un acceso más igualitario a los servicios dirigidos a la comunidad.

Por tal, cada Red de Municipios Escolares y Saludables es autónoma y diseñada a partir de las características locales y contextuales de cada lugar, hacia el desarrollo local y la mejora de la calidad de vida.

En el año **2000** se llevó a cabo la Instalación de la **Comisión Multisectorial de Escuelas Promotoras de la Salud**, promovida por el Ministerio de Salud (MINSa), el Ministerio de Educación (MINEDU) y el apoyo y participación de otras Instituciones Públicas e Instituciones Privadas. En esta comisión se instauró un plan de acción estratégica que empezaría en el 2002 y concluiría en el 2006.

El plan de acción tenía como finalidad *recoger los avances para impulsar el modelo de Escuela Promotora de la Salud. Asimismo, describe que es una Escuela Promotora de la Salud, brindando sus antecedentes, iniciativas, el Plan de Acción Estratégico, Objetivos Estratégicos, Estrategias y Actividades, instituciones integrantes y el acta de constituciones de la Comisión Multisectorial de Escuelas Promotoras de la Salud*<sup>45</sup>.

Esta comisión se instauró como una iniciativa a lo que dos años después se convirtió en el trabajo conjunto y formal entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación.

---

<sup>44</sup> Ministerio de Salud (MINSa)

2003 Red de municipios y comunidades saludables del Perú. Organización Panamericana de la Salud: Perú. Pp. 33. Consulta: 10 de Noviembre 2014.  
<[http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/224\\_cps5.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/224_cps5.pdf) >

<sup>45</sup> DELEUZE, Guilles

S/N Promoción de Salud en las Escuelas y su Inclusión en la Agenda Pública. [diapositivas]. Lima: Perú. Consulta: 15 de Noviembre 2014.  
<[www.mrs.prosynergy.org.pe/trabajamrs/l\\_descarga.php?ruta...ppt](http://www.mrs.prosynergy.org.pe/trabajamrs/l_descarga.php?ruta...ppt)>

En el año **2002** se realizó el Convenio Marco de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Salud (MINSA) y el Ministerio de Educación (MINEDU).

Dicho convenio expresó la voluntad de ambos Ministerios para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del educando en su entorno familiar y comunitario, mediante la promoción de la salud y el óptimo desarrollo de sus capacidades, fomentando el uso del espacio escolar como lugar estratégico para promover una cultura de la salud.

A continuación se presenta la relación entre educación y promoción de la salud a través de las miradas de ambos ministerios y que subyace el convenio.

**Tabla C. Perspectivas de ambos Ministerios frente al Convenio<sup>46</sup>**

Ministerio de Educación (MINEDU)	Ministerio de Salud (MINSA)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>La Educación</b> es un proceso que busca formar personas capaces de lograr su realización ética, intelectual, artística, cultural, afectiva, física, espiritual y religiosa, promoviendo la formación y consolidación de su identidad, autoestima y su integración adecuada y crítica a la sociedad para el ejercicio de su ciudadanía en armonía con su entorno.</li> <li>• La Tutoría contribuye a este proceso a través del acompañamiento permanente y orientación al alumno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>La promoción de la salud</b> es un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla.</li> <li>• Busca lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder cambiar o hacer frente a su entorno.</li> </ul>

El propósito del convenio entre el MINSA y el MINEDU fue fortalecer en los educandos, a nivel nacional, actitudes y valores, incrementando las habilidades que les permitan alcanzar un estilo de vida saludable.

<sup>46</sup> DELEUZE, Guilles

S/N Promoción de Salud en las Escuelas y su Inclusión en la Agenda Pública. [diapositivas]. Lima: Perú. Consulta: 15 de Noviembre 2014.  
<[www.mrs.prosynergy.org.pe/trabajamrs/l\\_descarga.php?ruta...ppt](http://www.mrs.prosynergy.org.pe/trabajamrs/l_descarga.php?ruta...ppt)>

Las estrategias que se emplearon en el marco de dicho convenio fueron tres: 1) *Fortalecer la intervención conjunta de los sectores salud y educación, mediante la propuesta de una organización en el centro educativo que garantice la cobertura, asegure la sostenibilidad y eficacia de las actividades que se programen concertadamente;* 2) *Mejorar el asesoramiento técnico permanente a los órganos intermedios a nivel nacional, sobre estrategias de Orientación Educativa y Promoción de la Salud, articuladas en el Servicio de Tutoría y en el marco de la descentralización;* 3) *Establecer alianzas estratégicas con instituciones y organizaciones con participación activa en la sociedad civil, que brinden el soporte necesario a las instituciones educativas mediante equipos interdisciplinarios y multisectoriales, a fin de responder a las necesidades de los estudiantes de manera integral*<sup>47</sup>.

Para el convenio entre el MINSa y el MINEDU, un centro educativo saludable es aquel que contribuye a mejorar las condiciones de vida y de salud de los niños, padres de familia, docentes y comunidad, con la participación activa y responsable de los diferentes sectores e instituciones.

En el **2001** se crea la *Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud, como parte de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud, mediante Resolución Ministerial N° 342 – 2001 – SA*<sup>48</sup>. Durante el periodo del Ministro de Salud Dr. Luis Solari, esta Dirección es convertida a una dirección línea - a través de una nueva Ley aprobada por el Congreso de la República en el 2002 – que crea la Dirección General de Promoción de la Salud.

Dicha Ley reconoce que es la Dirección General de Promoción de la Salud el órgano técnico normativo encargado de los aspectos de promoción de la salud de la población, de concertar la participación de los agentes y actores técnicos y sociales para lograr el mantenimiento de la salud de la población y las condiciones estratégicas

---

<sup>47</sup> DELEUZE, Guilles

S/N Promoción de Salud en las Escuelas y su Inclusión en la Agenda Pública. [diapositivas]. Lima: Perú. Consulta: 15 de Noviembre 2014.  
<[www.mrs.prosynergy.org.pe/trabajamrs/l\\_descarga.php?ruta...ppt](http://www.mrs.prosynergy.org.pe/trabajamrs/l_descarga.php?ruta...ppt)>

<sup>48</sup> Ministerio de Salud (MINSa)

2012 “Gobiernos Locales y Regionales presentan experiencias de Promoción en Salud”. [nota de prensa]. Lima: Perú. Consulta: 09 de Noviembre 2014.  
<[http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/nota\\_completa.asp?nota=11986](http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/nota_completa.asp?nota=11986)>

para conseguirlo y de, finalmente, conducir el proceso de promoción de la salud en el sector.

En el periodo **2002 – 2012** surgió la **Inclusión del término “La Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad” como Primer Lineamiento de Política Sectorial**. Y, en el marco de dicha inclusión, se dio inicio a la **implementación de un Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)**.

La Dirección General de Promoción de la Salud desde su creación ha ido trabajando bajo la premisa de una construcción colectiva de una cultura de salud, enfocada en el desarrollo de prácticas de cuidado personal que se reflejan en comportamientos y/o estilos de vida saludables.

Ante la necesidad de nuevas herramientas e instrumentos para trabajar bajo esta visión, surgen **cinco lineamientos de Política de Promoción de la Salud**, emitidos por la Dirección General de Promoción de la Salud.

A continuación se procede a presentarlos y desarrollarlos<sup>49</sup>:

- 1) Desarrollar alianzas intra e intersectoriales para la promoción de salud.
- 2) Mejorar las condiciones del medio ambiente.
- 3) Promover la participación comunitaria conducente al ejercicio de la ciudadanía.
- 4) Reorientar los servicios de salud con enfoque de promoción de la salud.
- 5) Reorientación de la inversión hacia la promoción de la salud y el desarrollo local.

El primer lineamiento plantea promover que la salud es una corresponsabilidad entre el sistema de salud, la población, sus respectivas organizaciones y las diferentes instancias del Estado. Asimismo, desarrollar mecanismos de coordinación con los municipios, las escuelas y otras instituciones en el ámbito local para favorecer el desarrollo de entornos y estilos de vida saludables. Por otro lado, promover oportunidades y acceso a la persona, la familia y la comunidad en procesos de toma de decisiones. De igual manera, desarrollar condiciones que favorezcan la articulación

---

<sup>49</sup> Ministerio de Salud (MINSA)

2011

Documento Técnico. “*Modelo de Abordaje para la Promoción de Salud*”. Lima. pp. 17.  
Consulta: 27 de Abril de 2012.

< [http://www.bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/203\\_PROM30.pdf](http://www.bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/203_PROM30.pdf)>

con los procesos de descentralización y fortalecimiento de capacidades en el ámbito municipal y comunitario.

El segundo lineamiento plantea propiciar el compromiso de autoridades políticas, instituciones públicas y privadas y de la sociedad civil para mejorar las condiciones del medio ambiente de la comunidad. Asimismo, fortalecer el rol del formador y socializador de la familia para el desarrollo de una conciencia de defensa del medio ambiente y de los recursos naturales.

El tercer lineamiento plantea reconocer y revalorar el rol de los promotores de salud y agentes comunitarios como actores clave para la promoción de la salud. Reconocer y revalorar la importancia de la participación activa de las organizaciones sociales en la promoción de la salud y el desarrollo local. Asimismo, promover el ejercicio de derechos, roles democráticos y corresponsabilidad social con equidad de género para el desarrollo de una cultura ciudadana en salud.

El cuarto lineamiento plantea desarrollar competencias entre el personal de los servicios para brindar atención con enfoque de promoción de la salud. Asimismo, fortalecer el trabajo de los promotores de salud y agentes comunitarios, generando mecanismos de participación activa en las estrategias de salud locales. Y, sobre todo, fortalecer la participación comunitaria en la gestión sanitaria y los planes de salud locales.

Finalmente, el quinto lineamiento plantea que los ámbitos locales deberán desarrollar estrategias de abogacía para involucrar a otros actores sociales en el compromiso de volver a asignar recursos para incrementar niveles de bienestar y calidad de vida. Asimismo, dentro del sector salud los diversos niveles operativos deberán asignar en forma creciente mayores recursos económicos para el desarrollo de actividades vinculadas a la promoción de la salud. Por otro lado, promover la relación con la cooperación técnica y financiera nacional e internacional.

La **implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)** propone trabajar bajo tres programas: individual, familiar y comunitario. Al cubrir esos tres aspectos se genera la integralidad en el servicio.

Como respuesta al proceso conocido como salud – enfermedad, surge la iniciativa de ir más allá de los procesos de la persona y su estado físico o biológico, sino más bien incluir al conjunto de la sociedad y el ambiente que lo rodea. Desde una perspectiva social, ello garantiza un buen estado de salud o, en su defecto, la pérdida de la misma, trayendo como consecuencia enfermedades.

De ahí que las diversas interpretaciones del proceso salud – enfermedad, suelen partir del reconocimiento de la existencia de determinantes sociales de la salud. *Estos son el Esquema RS – Reproducción Social -, que ha guiado la construcción del modelo de atención de salud de la experiencia de Medicus Mundi en Guatemala, y el Esquema de Necesidades, que ha guiado la construcción del MAIS en Perú*<sup>50</sup>.

El MAIS ha sido guiado por el Enfoque de Necesidades. Este enfoque reconoce que determinada configuración de la reproducción social se relaciona con determinada expresión del proceso de salud – enfermedad. La comisión de determinantes sociales de la salud, consideró que *los factores estructurales y las circunstancias de vida, constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país*<sup>51</sup>.

Desde esta perspectiva los determinantes de la salud se pueden dividir en: a) *De contexto*, que incluyen el aspecto socioeconómico, las políticas, las normas y valores sociales; b) *Determinantes estructurales*, que guardan relación con el género, la etnia, la posición social, la ocupación y el ingreso y c) *Determinantes intermediarios*, en la que ingresan la conducta, las circunstancias materiales, la cohesión social, los factores psicosociales y biológicos. Todos estos elementos en conjunto determinan ciertas necesidades en salud, las cuales pueden ser necesidades de desarrollo, de mantenimiento, derivadas de los daños o derivadas de disfunciones y discapacidad<sup>52</sup>.

Los programas en sí resultan de la identificación de las necesidades de salud de las personas y de los cuidados esenciales que son requeridos para satisfacerlas;

<sup>50</sup> Medicus Mundi Navarra

2012 Aportes para la Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad en el Primer Nivel. Lima: Perú. Pp. 1- 112. Consulta: 10 de Noviembre 2014.

<[http:// www.bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1880.pdf](http://www.bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1880.pdf)>

<sup>51</sup> Medicus Mundi Navarra

2012 Aportes para la Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad en el Primer Nivel. Lima: Perú. Pp. 1- 112. Consulta: 10 de Noviembre 2014.

<[http:// www.bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1880.pdf](http://www.bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1880.pdf)>

<sup>52</sup> Medicus Mundi Navarra

2012 Aportes para la Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad en el Primer Nivel. Lima: Perú. Pp. 1- 112. Consulta: 10 de Noviembre 2014.

<[http:// www.bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1880.pdf](http://www.bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1880.pdf) >

asimismo, de la familia y el entorno, teniendo en cuenta las prioridades sanitarias, tanto a nivel nacional como regional.

A continuación, se presenta los tres tipos de programas que conforman el Modelo de Atención Integral (MAIS)<sup>53</sup>:

- 1) Programa Individual: Cuyo objetivo es avanzar en la resolución de los problemas y riesgos de salud de las personas, mediante acciones sanitarias de carácter preventivo, promocional, curativo, recuperativo y de rehabilitación.
- 2) Programa Familiar: Cuyo objetivo es fortalecer la capacidad familiar para proteger a sus integrantes, promover la participación de la familia en los espacios comunitarios y desarrollar acciones preventivas promocionales, curativas, recuperativas y de rehabilitación, desde las lógicas socioculturales y modelos explicativos que tienen las familias sobre la salud.
- 3) Programa Comunitario: Cuyo objetivo es la transformación de las determinantes – condicionantes y riesgos de salud de la población, promoviendo las potencialidades y el empoderamiento comunitario, basándose en la organización, participación y aumento de las capacidades de los grupos, redes y familias, para realizar acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos.

Finalmente, en el **2013** se empezó la creación del **Planteamiento de una Reforma para el Sector Salud**, precedida por la Ministra de Salud de ese entonces, Economista Midori de Habich. Dicha Reforma empezó su ejecución entre ese mismo año hasta el día de hoy.

La Reforma de Salud se plantea bajo la premisa de que la salud es un derecho de todos. Como afirmo la Ex Ministra de Salud Midori de Habich: *“La salud es un compromiso de Estado, pero también de cada ciudadano”*<sup>54</sup>. Es decir, que cada

---

<sup>53</sup> Medicus Mundi Navarra

2012                    Aportes para la Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad en el Primer Nivel. Lima: Perú. Pp. 1- 112. Consulta: 10 de Noviembre 2014.

<[http:// www.bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1880.pdf](http://www.bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1880.pdf) >

<sup>54</sup> Ministerio de Salud (MINSa)

2014                    “Los Pilares de un Cambio necesario”. Reforma es más Salud. Boletín N° 1. Lima: Ministerio de Salud. Pp1 -7.

persona está precisada a velar por su salud y la de los miembros de su familia. Por ende, se dice que existe una responsabilidad compartida en el ejercicio de este derecho, bajo una relación bicondicional: Estado y Ciudadano.

La Reforma de la Salud que se viene promoviendo tiene como finalidad eliminar las limitaciones que impiden a las personas ejercer plenamente su derecho a la salud. La Reforma en Salud plantea una concepción que involucra preocuparse por la salud y también por la dignidad, el respeto y la calidad de vida de los pacientes y del personal de salud.

A la Reforma de la Salud le subyace una corriente filosófica enfocada en la persona, que se traduce en cuatro pilares fundamentales: 1) *Más gente protegida (acceso)*, 2) *Más y mejores ciudadanos (calidad)*, 3) *Más protección de derechos (respeto y dignidad)*, y 4) *Más rectoría en salud (conducción)*<sup>55</sup>.

El primero, está relacionado con el acceso, es decir, que involucra el cierre total de las brechas en la atención en salud. Por ende, tiene como fin que todos los peruanos tengan un seguro con cobertura de salud integral y gratuita, sin que ninguna condición limite su derecho a recibir atención de calidad.

El segundo, está vinculado con el tema de la calidad en la atención que reciben los pacientes. Las personas tienen derecho a recibir una buena atención por parte del personal de salud, asimismo contar con establecimientos bien equipados, horarios ampliados y atención eficiente y oportuna, además de medicinas adecuadas. Finalmente, el tercero, que está relacionado con el rol de gestor y conductor de la reforma que tendrá el MINSA. Eso implica que el Ministerio como institución se está modernizando para fortalecer su rol rector a nivel nacional. *Estos cambios incluyen la creación de un Viceministerio de Salud Pública. Asimismo la creación y fortalecimiento de organismos especializados, y la organización basada en procesos en la institución y el sector en sí.*<sup>56</sup>

---

<sup>55</sup> Ministerio de Salud (MINSa)

2014 "Los Pilares de un Cambio necesario". Reforma es más Salud. Boletín N° 1. Lima: Ministerio de Salud. Pp1 -.7.

<sup>56</sup> Ministerio de Salud (MINSa)

2014 "Los Pilares de un Cambio necesario". Reforma es más Salud. Boletín N° 1. Lima: Ministerio de Salud. Pp1 -.7.

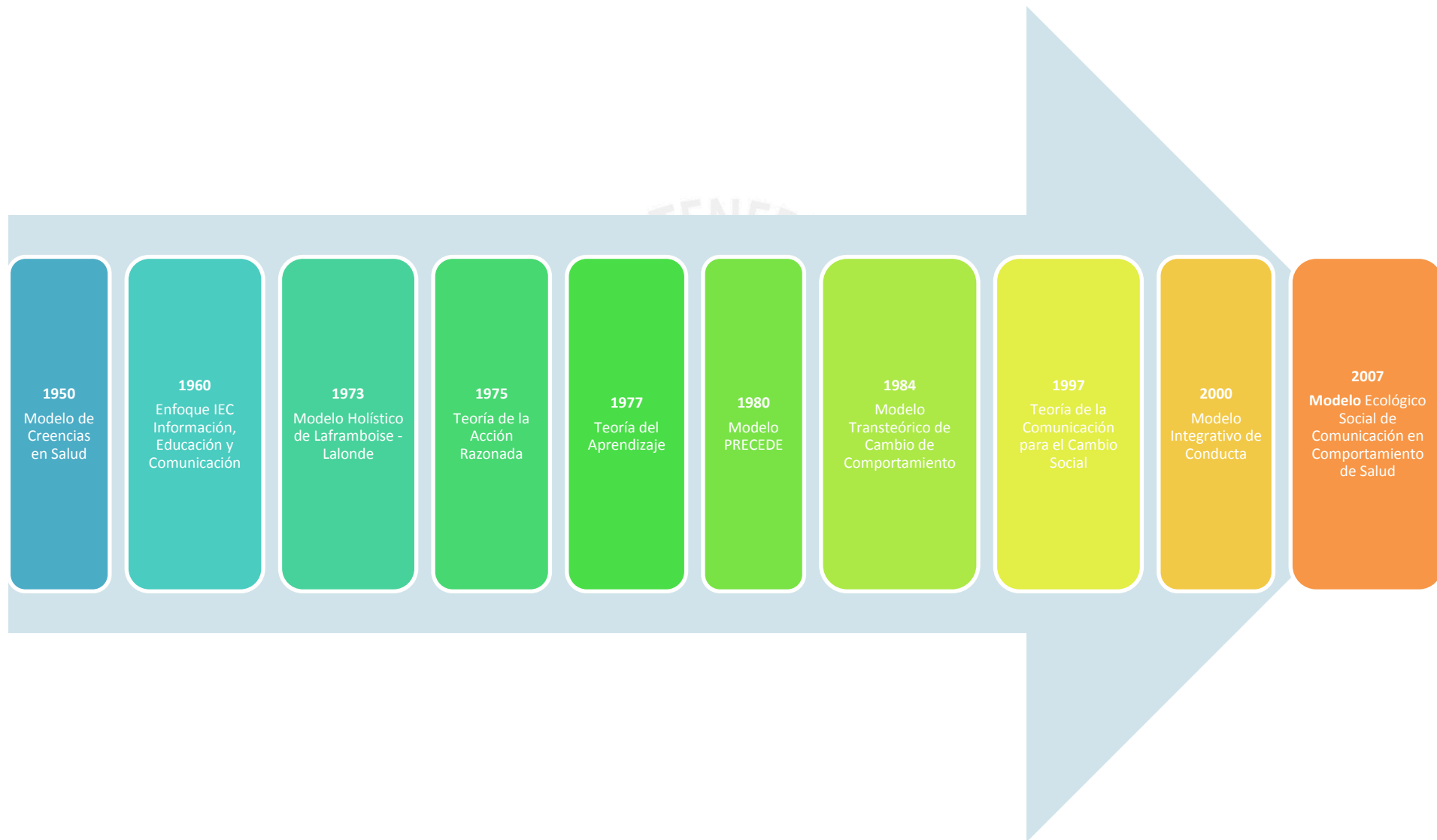


## CAPÍTULO 3

### Marco Teórico



### 3.1 Modelos, Enfoques y Teorías hacia un cambio de actitud para la Salud a Nivel Global



En el capítulo anterior se ha podido observar que en el transcurso del tiempo han ido aconteciendo eventos que fueron rigiendo el ámbito de la salud a nivel global. A la par de esos sucesos, fueron surgiendo modelos, enfoques y teorías orientados a obtener un cambio de comportamiento respecto a la salud (de las cuales se expondrán los más relevantes). Y mientras el escenario de la salud iba transformándose con el surgimiento de estos paradigmas, aparecieron profesionales de la comunicación y académicos que aportaron desde sus conocimientos y experiencias, visiones al campo de la comunicación en salud. Entre ellos encontraremos a Alfonso Gumucio, Luis Ramiro Beltrán, Virginia Silva, Jorge Mayobre, Silvio Weisbord, Thomas Tufte, Paulo Freire y Estela Roeder.

En **1950** surge el **Modelo de Creencias de la Salud** que fue planteado por Godfrey Hochbaum Rosenstock, psicólogo social del departamento de salud pública en Estados Unidos y el cual se basó en su interés por encontrar una explicación a la falta de participación de las personas en los programas de detección precoz y prevención de enfermedad. *“Este modelo está basado en las teorías del valor esperado (expectativas) cuyo postulado básico es que la conducta depende principalmente de dos variables, el valor que la persona da a un determinado objetivo y la estimación que la persona hace sobre la probabilidad de que al llevar a cabo una acción determinada se logre el objetivo deseado”*<sup>57</sup>. La idea principal que avala el modelo es que las conductas de una persona están establecidas bajo la amenaza percibida hacia su salud.

En **1960** aparece el **Enfoque Información, Educación y Comunicación (IEC)**, a raíz del panorama visto de América Latina en lo que a salud se refiere. Desarrollado y empleado por los panificadores de salud, en respuesta al modelo de atención primaria de salud. El objetivo principal del IEC consiste en transmitir un mensaje informativo y/o educativo, orientado a sensibilizar al público objetivo, generando un incremento en sus conocimientos y/o promoviendo y ofreciendo servicios.

---

<sup>57</sup> Universidad de Cantabria  
2014 *“El Modelo de Creencias en Salud”*. Bloque temático IV. Tema 14: La adherencia al tratamiento. Consulta: 24 de Mayo de 2016.  
< <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.1-el-modelo-de-creencias-en-salud-becker-1974>>

A partir de Alma – Ata en 1978 se empezó a generar confianza en las “virtudes” y “actitudes” de la información, la comunicación y la Educación para el Desarrollo.

*“Una estrategia IEC desarrollada a fondo puede ayudar a lograr entre los forjadores de decisiones, así como entre el público en general, una más amplia percepción de la salud como un asunto de jerarquía nacional; ella puede ayudar a transformar esa percepción en decisiones y comportamientos entre las comunidades y quienes toman las determinaciones en las naciones: puede movilizar a todos los sectores de la sociedad para que participen efectivamente en programas específicos (...)”<sup>58</sup>.*

Por ende la estrategia IEC resulta efectiva más allá del ámbito de elaboración de estrategias de comunicación sino también de ejecución de líneas de acción relacionadas directamente con temas específicos de salud que se quieran transmitir y concientizar.

Asimismo, Virginia Silva, afirma que la información y la comunicación en salud son fundamentales para la adopción de modos de vida sanos, en forma individual y colectiva “(...) La solución de los problemas de salud requiere que las personas comprendan y estén motivadas para adoptar o cambiar ciertos comportamientos. Por lo tanto, la comunicación eficaz debe formar parte de cualquier estrategia de inversión sanitaria”<sup>59</sup>.

<sup>58</sup> RAMIRO BELTRAN, Luis

1994                      Capitulo 2. “La Salud y La Comunicación en Latino América”. En: Por una Política de Comunicación para la Promoción de la Salud en América Latina. 1º Edición. Quito: Oficina Regional de Comunicación para América Latina. Pp. 55.

<sup>59</sup> SILVA, Virginia

2011                      “Comunicación y Salud”. Inmediaciones de la Comunicación. Uruguay. Año 3. Número 3. pp. 123. Consulta: 26 de Abril de 2012.  
[www.ort.edu.uy/fcd/pdf/InmediacionesIII.pdf](http://www.ort.edu.uy/fcd/pdf/InmediacionesIII.pdf)

De igual modo, José Antonio Mayobre menciona que *“la prevención pasa necesariamente por la educación y el suministro de información que permita a la población adoptar las medidas que se presentan como necesarias para evitar las enfermedades”*<sup>60</sup>.

Para algunos autores el IEC es una estrategia. Beltrán afirma que una estrategia es un conjunto de previsiones sobre fines y procedimientos. Asimismo, ésta es siempre metodológica y plantea objetivos específicos. De ahí que se pueda catalogar a la IEC como una estrategia de comunicación para la salud, ya que *“es un conjunto de previsiones procedimentales para la emisión de mensajes a la población. De igual forma, porque proporciona una misma dirección para la elaboración de mensajes y materiales a todo el personal del programa, incluyendo a los escritores y personal creativo”*<sup>61</sup>.

Respecto a los mensajes, el aspecto comunicacional de la IEC es el que actúa principalmente en ello, ya que como su propósito principal es divulgar conocimientos, forjar actitudes, pero, sobre todo, inducir prácticas, es necesario que ésta sea el área creativa y se encargue de generar mensajes precisos, dinámicos e indicados para el público hacia el cual se quiera dirigir.

De igual manera lo afirma Virginia Silva: *“los mensajes...contribuyen a la creación y consolidación de identidades y roles en los grupos y las sociedades en general, en tanto presentan modelos de comportamiento en sus mensajes que son incorporados en algún grado por los públicos a los que se dirigen”*<sup>62</sup>. Asimismo, Beltrán añade que *“la idea*

---

<sup>60</sup> MAYOBRE, José Antonio

1994                      Capítulo 5. *“Comunicación, Salud y Desarrollo”*. En: Por una Política de Comunicación para la Promoción de la Salud en América Latina. 1<sup>o</sup> Edición. Quito: Oficina Regional de Comunicación para América Latina. Pp. 149.

<sup>61</sup> RAMIRO BELTRAN, Luis

1994                      Capítulo 2. *“La Salud y La Comunicación en Latino América”*. En: Por una Política de Comunicación para la Promoción de la Salud en América Latina. 1<sup>o</sup> Edición. Quito: Oficina Regional de Comunicación para América Latina. Pp. 63.

<sup>62</sup> SILVA, Virginia

2011                      *“Comunicación y Salud”*. Inmediaciones de la Comunicación. Uruguay. Año 3. Número 3. pp. 126. Consulta: 26 de Abril de 2012.  
[www.ort.edu.uy/fcd/pdf/InmediacionesIII.pdf](http://www.ort.edu.uy/fcd/pdf/InmediacionesIII.pdf)

*central es asegurar que los mensajes se diseñen, produzcan y distribuyan sobre la base del cabal conocimiento de las características de los destinatarios (...)*<sup>63</sup>

Además, agrega que para ello, *“los estrategas de comunicación que son buenos no dudan de que la racionalidad es conveniente para alcanzar la eficiencia, pero se cuidan de no enfriar ni rigidizar sus mensajes”*<sup>64</sup>. Por el contrario, buscan mantener el equilibrio al momento de crear y proponer los mensajes.

Asimismo, dentro de estos mensajes es preciso incluir minuciosidad en *“los lenguajes empleados ya que deben ser accesibles y los contenidos no pueden quedar ajenos al entendimiento entre los sujetos interactuantes”* (Silva: 2011, p.127).

Por ende es que las estrategias y los planes de acción en comunicación y salud deben reconocer no solo los públicos a los que se dirigen sino las características y posibilidades específicas de cada lugar, de cada individuo y de cada sociedad.

En **1973** surge el **Modelo Holístico de Laframboise – Lalonde** que fue propuesto por Laframboise, quien fue director de planificación de Canadá y desarrollado por Lalonde, quien fue ministro de sanidad en el documento titulado Nuevas perspectivas de la Salud de los Canadienses. Este paradigma expone que el modelo de salud de una comunidad estaría influido por cuatro grandes grupos de determinantes: *“1) Estilos de vida y conductas de salud (drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducción peligrosa, mala utilización de los servicios sanitarios), 2) Biología humana (constitución, carga genética, desarrollo y envejecimiento), 3) Medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural) y 4) Sistema de asistencia sanitaria (mala utilización*

---

<sup>63</sup> RAMIRO BELTRAN, Luis

1994                      Capítulo 2. *“La Salud y La Comunicación en Latino América”*. En: Por una Política de Comunicación para la Promoción de la Salud en América Latina. 1<sup>o</sup> Edición. Quito: Oficina Regional de Comunicación para América Latina. Pp. 65.

<sup>64</sup> RAMIRO BELTRAN, Luis

1994                      Capítulo 2. *“La Salud y La Comunicación en Latino América”*. En: Por una Política de Comunicación para la Promoción de la Salud en América Latina. 1<sup>o</sup> Edición. Quito: Oficina Regional de Comunicación para América Latina. Pp. 65.

*de recursos, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera excesivas, burocratización de la asistencia)*".<sup>65</sup>

En **1975** aparece la **Teoría de la Acción Razonada** propuesta por Martín Fishbein, profesor de comunicación y Director del Health Communication Program en Annenberg, la cual se basó en su interés de constituir un paradigma que tuviera un mejor poder de predicción de la conducta en relación al estudio de las actitudes que otros modelos de valor esperado no habían podido establecer. *"La idea relevante que avala el modelo es la idea de que nuestras creencias determinan nuestras actitudes y nuestras normas subjetivas y, por ello, aunque de forma indirecta, determinan nuestras intenciones y conductas"*.<sup>66</sup>

En **1977** surge la **Teoría del Aprendizaje** propuesta por Alberta Bandura, Doctor en Psicología y Catedrático de la Universidad de Standford. *"Esta teoría afirma que los procesos de imitación y modelaje sirven de base para entender la socialización del estilo de vida"*.<sup>67</sup>. Es decir, la conducta de los padres, de los compañeros, de los profesores, así como las consecuencias que estas conductas tienen para los que la llevan a cabo, influyen en el aprendizaje del estilo de vida de niños, niñas y adolescentes. Asimismo,

---

<sup>65</sup> Universidad de Sevilla

S/N° *"Estilos de Vida y Promoción de la Salud: Promoción de la Salud"*. Tema 4: Determinantes de Salud: Modelos y Teorías del Cambio en Conductas de Salud.Pp1. Consulta: 24 de Mayo de 2016.  
< <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema4.pdf>>

<sup>66</sup> Universidad de Cantabria

2014 *"El Modelo de Creencias en Salud"*. Bloque temático IV. Tema 14: La adherencia al tratamiento. Consulta: 24 de Mayo de 2016.  
< <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.2-teoria-de-la-accion-razonada-ajzen-y>>

<sup>67</sup> Universidad de Sevilla

S/N° *"Estilos de Vida y Promoción de la Salud: Promoción de la Salud"*. Tema 4: Determinantes de Salud: Modelos y Teorías del Cambio en Conductas de Salud.Pp8. Consulta: 24 de Mayo de 2016.  
< <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema4.pdf>>

hace referencia a la *“creencia que una persona tiene acerca de los factores que determinan la salud, concretamente tres posibles factores: considerar que la salud depende del comportamiento propio, de otras personas influyentes o bien de la suerte. Estas creencias influyen en la implicación que las personas tienen con el comportamiento saludable o no saludable (Wallston, Wallston & De Vellis, 1978)”*.<sup>68</sup>

En **1980** aparece el **Modelo PRECEDE** propuesto por el Dr. Lawrence W. Green, Presidente de la Asociación de la Escuela Americana de Salud. El cual se diseñó como una forma de valorar las necesidades de la Educación para la Salud (EPS) de una comunidad. *“Los pasos básicos del PRECEDE incluyen el diagnóstico social, el diagnóstico epidemiológico, el diagnóstico del comportamiento y el diagnóstico administrativo. Este modelo parte de diversas disciplinas para analizar los problemas sociales, de salud y factores del comportamiento. Estos últimos se analizan más a fondo distinguiendo los factores que facilitan y predisponen la aparición de una conducta no saludable o refuerzan su existencia. Estos factores son los que constituyen el centro de una intervención en EPS dirigida siempre a la adopción voluntaria de una conducta saludable”*.<sup>69</sup>

En **1984** surge el **Modelo Transteórico del Cambio de Comportamiento**, propuesto por el Dr. James Prochaska, Profesor de Psicología y Director del Centro de Investigación para prevención del Cáncer de la Universidad de Pennsylvania, y por el Dr. Carlo DiClemente, profesor de psicología de la Universidad de Maryland. Ambos formularon la hipótesis de que los cambios de conducta siguen una serie de etapas más o menos estandarizadas, tanto en los cambios espontáneos como en aquellos que siguen a

<sup>68</sup> Universidad de Sevilla

S/N° *“Estilos de Vida y Promoción de la Salud: Promoción de la Salud”*. Tema 4: Determinantes de Salud: Modelos y Teorías del Cambio en Conductas de Salud. Pp8. Consulta: 24 de Mayo de 2016.  
< <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema4.pdf>>

<sup>69</sup> Universidad de Cantabria

2014 *“El Modelo de Creencias en Salud”*. Bloque temático IV. Tema 14: La adherencia al tratamiento. Consulta: 24 de Mayo de 2016.  
< <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/metodologia-de-la-eps-i-modelo-precede>>



recomendaciones terapéuticas. *“El Modelo Transteórico concibe el cambio de conducta como un proceso relacionado con el progreso a través de una serie de cinco estados: 1) Precontemplación es el estado en el cual la gente no tiene intención de cambiar. La gente puede estar en este estado porque está desinformada o poco informada sobre las consecuencias de su conducta, o porque ha intentado cambiarla varias veces y está desmoralizada porque no ha sido capaz, 2) Contemplación es el estado en el cual la gente tiene intención de cambiar en los próximos seis meses. Están suficientemente advertidos de los pros del cambio pero también tienen muy en cuenta los contras, 3) Preparación es el estado en el cual la gente tiene la intención de cambiar en el futuro próximo, generalmente medido como el próximo mes. Ellos ya han realizado alguna acción significativa durante el pasado año como consultar a un consejero, hablar con el médico, comprar un libro de autoayuda, etc; 4) Acción es el estado en el cual la gente ya ha realizado modificaciones específicas en su estilo de vida en el curso de los seis meses pasados. Debido a que la acción es observable, el cambio de conducta ha sido, a menudo, equiparado con la acción. Sin embargo, no todas las modificaciones de conducta se pueden equiparar con la acción. Y 5) Mantenimiento es el estado en el cual la gente se esfuerza en prevenir las recaídas. Están menos tentados y tienen mucha más autoeficacia que la gente en el estado de acción”.*<sup>70</sup>

En **1997** aparece la Teoría de la Comunicación para el cambio Social estudiada y avalada por Alfonso Gumucio Dagrón, escritor, especialista en comunicación para el desarrollo y consultor internacional. Para él, el tema de salud esta insertado dentro de esta corriente de la comunicación, ya que es un tema en agenda, en todos los países a nivel mundial, pero, sobre todo, porque la salud es un factor que no solo está relacionado con las enfermedades en sí, sino más bien con el hecho de cómo estas enfermedades, por no ser prevenidas o atendidas a tiempo, por carencia de información, conocimiento y buenas prácticas, terminan perjudicando el desarrollo de un individuo: sus posibilidades de estudiar, trabajar; desarrollarse plenamente. Ello debido a un inapropiado y confuso

---

<sup>70</sup> Universidad de Cantabria

2014 *“El Modelo de Creencias en Salud”*. Bloque temático IV. Tema 14: La adherencia al tratamiento. Consulta: 24 de Mayo de 2016.  
< <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/tema-3.-el-modelo-transteorico>>

trabajo por parte de la comunicación en lo que a elaboración de estrategias comunicacionales efectivas se refiere. Pero, sobre todo, porque no se toma en serio el estupendo trabajo que puede realizar la comunicación para el desarrollo en un campo como la salud. Son más los resultados e impactos positivos que daría trabajar con un enfoque como este para poder llevar información precisa y a la medida de los requerimientos, contextos y culturas que poseen las diversas poblaciones. Generando que éstas puedan insertar en su diario vivir un nuevo estilo de vida más saludable.

Por ello es que Gumucio pone énfasis en que *“en muy pocos casos la comunicación ha sido un instrumento de diálogo y un elemento facilitador en el proceso de participación ciudadana, una garantía para un desarrollo humano sostenible, cultural y tecnológicamente apropiado”*.<sup>71</sup>

Es decir, no solo está el hecho de que la comunicación en sí misma no es tomada como herramienta profesional estratégica, sino que en el transcurso del tiempo, muchos comunicadores se han olvidado de lo fundamental que es el diálogo y el proceso del mismo, como factor vital para entender y saber llegar a las poblaciones con una estrategia más definida y, así, poder generar ese cambio social tan necesario.

De ahí que el autor afirme que *“la comunicación para el cambio social nace como respuesta a la indiferencia y al olvido, rescatando lo más valioso del pensamiento humanista que enriquece la teoría de la comunicación: la propuesta dialógica, la suma de experiencias participativas y la voluntad de incidir en todos los niveles de la sociedad, son algunos elementos que hacen de esta propuesta un desafío”*.<sup>72</sup>

Si la mayoría de poblaciones vulnerables que se encuentran en países de América Latina y que viven precariamente, ya se sienten olvidadas por sus respectivos estados, no se les

---

<sup>71</sup> GUMUCIO-DRAGON, Alfonso  
2004 *“El Cuarto Mosquetero: Comunicación para el Cambio Social”*. Revista de la Universidad del Norte Colombia: Investigación y Desarrollo. Barranquilla. P. 4. Consulta: 27 Abril 2012.  
< [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest\\_desarrollo/12-1/el\\_cuarto\\_mosquetero.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest_desarrollo/12-1/el_cuarto_mosquetero.pdf) >

<sup>72</sup> GUMUCIO-DRAGON, Alfonso  
2004 *“El Cuarto Mosquetero: Comunicación para el Cambio Social”*. Revista de la Universidad del Norte Colombia: Investigación y Desarrollo. Barranquilla. Pp 4 - 5. Consulta: 27 Abril 2012.  
< [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest\\_desarrollo/12-1/el\\_cuarto\\_mosquetero.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest_desarrollo/12-1/el_cuarto_mosquetero.pdf) >

puede seguir ignorando, más aún, cuando son temas que los involucran directamente, como el tema de la salud. Por ello, es que la comunicación para el cambio social busca trascender la esfera comunicacional y llegar a potenciar un alcance mayor; masivo, para la obtención de mejores resultados.

*“La comunicación para el cambio social busca potenciar su presencia en la esfera pública. Recuperar el diálogo y la participación como ejes centrales; ambos elementos existían entrelazados con otros modelos y paradigmas y estaban presentes en la teoría como en un gran número de experiencias concretas (...)”<sup>73</sup>*

Para Gumucio, la esfera pública no es solo el lugar en donde se encuentra la participación activa en sí, sino también en donde se encuentra la interculturalidad. Asimismo, él menciona que ese espacio debería ser un espacio de negociación en el que las culturas se enriquezcan una con la otra, generando un intercambio de valores y expresiones. En ello radica la importancia de entender, pero, sobre todo, reconocer de que *“el desarrollo no es solamente caminos, puentes y hospitales; abre el camino hacia una percepción de la comunicación para el desarrollo estrechamente vinculada a la cultura, o más bien, a las culturas”*.<sup>74</sup>

<sup>73</sup> GUMUCIO-DRAGON, Alfonso

2004 *“El Cuarto Mosquetero: Comunicación para el Cambio Social”*. Revista de la Universidad del Norte Colombia: Investigación y Desarrollo. Barranquilla. P. 7. Consulta: 27 Abril 2012.  
< [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest\\_desarrollo/12-1/el\\_cuarto\\_mosquetero.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest_desarrollo/12-1/el_cuarto_mosquetero.pdf) >

<sup>74</sup> GUMUCIO-DRAGON, Alfonso

2004 *“El Cuarto Mosquetero: Comunicación para el Cambio Social”*. Revista de la Universidad del Norte Colombia: Investigación y Desarrollo. Barranquilla. P. 18. Consulta: 27 Abril 2012.  
< [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest\\_desarrollo/12-1/el\\_cuarto\\_mosquetero.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest_desarrollo/12-1/el_cuarto_mosquetero.pdf) >

*“Una comunicación sin participación es información en un solo sentido. Del mismo modo, los comunicadores que no practican los fundamentos del dialogo pertenecen a la categoría de informadores”<sup>75</sup>*

*“El concepto de comunicación para el cambio social como un proceso de dialogo privado y público, a través del cual los participantes, deciden quiénes son, qué quieren y cómo pueden obtenerlos”<sup>76</sup>*

Por ello, es que Gumucio pone énfasis en el rol fundamental que todo comunicador para el desarrollo debe tener como eje central antes, durante y después de intervenir ante una problemática de salubridad. Éste debe comprender todo lo que implica la comunicación para el cambio social y la manera en la que se relaciona con el dialogo, por ende, con el verdadero proceso de comunicación que se debe seguir.

*“El nuevo comunicador debe comprender que la comunicación para el cambio social está íntimamente relacionada con la cultura y el dialogo, y que se requiere de sensibilidad y compromiso para apoyar el proceso de*

---

<sup>75</sup> GUMUCIO-DRAGON, Alfonso

2004 *“El Cuarto Mosquetero: Comunicación para el Cambio Social”*. Revista de la Universidad del Norte Colombia: Investigación y Desarrollo. Barranquilla. P. 19. Consulta: 27 Abril 2012.  
< [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest\\_desarrollo/12-1/el\\_cuarto\\_mosquetero.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest_desarrollo/12-1/el_cuarto_mosquetero.pdf) >

<sup>76</sup> GUMUCIO-DRAGON, Alfonso

2004 *“El Cuarto Mosquetero: Comunicación para el Cambio Social”*. Revista de la Universidad del Norte Colombia: Investigación y Desarrollo. Barranquilla. P. 22. Consulta: 27 Abril 2012.  
< [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest\\_desarrollo/12-1/el\\_cuarto\\_mosquetero.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest_desarrollo/12-1/el_cuarto_mosquetero.pdf) >

*cambio social en los países empobrecidos, que solo tienen su identidad cultural como fuerza”<sup>77</sup>*

De ahí que el autor también afirme que este *“nuevo comunicador debe de tener súper claro que en la comunicación para el cambio social, el proceso es más importante que los productos...para un comunicador para el desarrollo, el resultado es el mismo proceso de trabajo desde la comunidad y con comunidad”<sup>78</sup>*

Si bien es cierto los productos comunicacionales reflejan las estrategias planteadas por los comunicadores, éstas, a su vez, no lo son todo, ya que el punto clave es el proceso que se ha desarrollado para llegar a esas estrategias. Si ese proceso no ha estado conformado por diálogo, participación, por ende, retroalimentación entre comunicador y población, entonces los productos finales no tendrá una validez completa.

La propuesta del cambio social se planteó como una ventana abierta hacia los cambios que en el transcurso del tiempo han ido surgiendo para mejorar en el campo de la comunicación en salud.

*“La práctica de comunicación en salud ha cambiado como las preocupaciones de la salud global han cambiado, como nuestra comprensión de la complejidad de los determinantes de salud han mejorado, y como*

---

<sup>77</sup> GUMUCIO-DRAGON, Alfonso

2004 *“El Cuarto Mosquetero: Comunicación para el Cambio Social”*. Revista de la Universidad del Norte Colombia: Investigación y Desarrollo. Barranquilla. P. 20. Consulta: 27 Abril 2012.  
< [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest\\_desarrollo/12-1/el\\_cuarto\\_mosquetero.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest_desarrollo/12-1/el_cuarto_mosquetero.pdf) >

<sup>78</sup> GUMUCIO-DRAGON, Alfonso

2004 *“El Cuarto Mosquetero: Comunicación para el Cambio Social”*. Revista de la Universidad del Norte Colombia: Investigación y Desarrollo. Barranquilla. P. 21. Consulta: 27 Abril 2012.  
< [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest\\_desarrollo/12-1/el\\_cuarto\\_mosquetero.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest_desarrollo/12-1/el_cuarto_mosquetero.pdf) >

*nuevas oportunidades y enfoques para la comunicación en salud han surgido*<sup>79</sup>

En el **2000** surge el **Modelo Integrativo de Conducta** propuesto también por Martin Fishbein. Este paradigma muestra que *“cualquier comportamiento dado es más probable que ocurra si uno tiene una fuerte intención de realizar la conducta, tiene las capacidades y habilidades necesarias para realizar el comportamiento y no hay restricciones ambientales o de otra índole, que impiden el rendimiento de comportamiento”*.<sup>80</sup>

Asimismo, el modelo muestra que hay tres principales determinantes de la intención: actitud hacia la realización del comportamiento, percepción de las normas relativas a la ejecución de la conducta, y la auto-eficacia con respecto a la realización del comportamiento.

Además, “el modelo integrativo también reconoce que las actitudes, normas percibidas y la auto-eficacia son, en ellos mismos, funciones de creencia subyacente sobre el resultado de la realización de la conducta en cuestión, las prescripciones normativas y/o comportamientos referentes específicos, y las barreras específicas al rendimiento del comportamiento”.<sup>81</sup>

---

<sup>79</sup> WAISBORD, Silvio

2012 “*Toward a Global Theory of Health Behavior and Social Change*”. En: *The Handbook of Health Communication. Handbooks in Communication and Media*. 1º Edición. Oxford. John Wiley & Sons, Inc. P.70.

<sup>80</sup> FISHBEIN, Martin

2006 “*The Role of Theory in Developing Effective Health Communications*”. En: *Journal Communication*. Pennsylvania: International Communication Association. 2006, N°56, pp. S2.

<sup>81</sup> FISHBEIN, Martin

2006 “*The Role of Theory in Developing Effective Health Communications*”. En: *Journal Communication*. Pennsylvania: International Communication Association. 2006, N°56, pp. S3.

Para Fishbein el modelo integrativo también trata de responder de alguna manera a lo participativo, pero solo en el nivel de encontrarse con el otro para saber qué piensa y en base a ello crear las estrategias, mas no incluye involucramiento del público hacia la creación misma.

*“A pesar de que un investigador puede sentarse en su oficina y desarrollar medidas de las actitudes, normas percibidas, y la auto-eficacia, él o ella no le puede decir lo que una población determinada (o una persona determinada) creen acerca de la realización de una conducta determinada.*

*Por lo tanto, en última instancia, hay que ir a los miembros de esa población para identificar un resultado sobresaliente. Para poner esto de manera diferente, hay que entender el comportamiento desde la perspectiva de la población para la cual se están desarrollando intervenciones. Una vez entendida de esta forma, estas creencias pueden servir de base para los mensajes, otras intervenciones que puedan tener y el impacto en el comportamiento objetivo (o comportamiento al que se busca llegar), a través de mecanismos que median”<sup>82</sup>*

Finalmente, en el **2007** surgió el **Modelo Ecológico Social de Comunicación en Comportamiento de Salud**. Éste paradigma fue una versión mejorada del ya conocido Modelo Ecológico Social (1946), pero éste sí presentaba el componente de comunicación.

---

<sup>82</sup> FISHBEIN, Martin

2006 “The Role of Theory in Developing Effective Health Communications”. En: Journal Communication. Pennsylvania: International Communication Association. 2006, N°56, pp. S4.

Para Storey y Figueroa es un modelo basado en un marco de referencia para entender los efectos multifacéticos e interactivos de los factores personales y ambientales que determinan conductas, y para identificar los puntos de apalancamiento y los intermediarios de comportamiento y de organización para la promoción de la salud dentro de las organizaciones. Hay cinco niveles jerárquicos anidados: individual, interpersonal, comunidad, organizacional y político / entorno propicio. *“La principal contribución del modelo ecológico es hacer hincapié en cómo los niveles más altos facilitan o limitan el cambio en los niveles más bajos de análisis; lo que sugiere que las intervenciones de la comunicación se debe hacer frente a los cuatro niveles”.*<sup>83</sup>



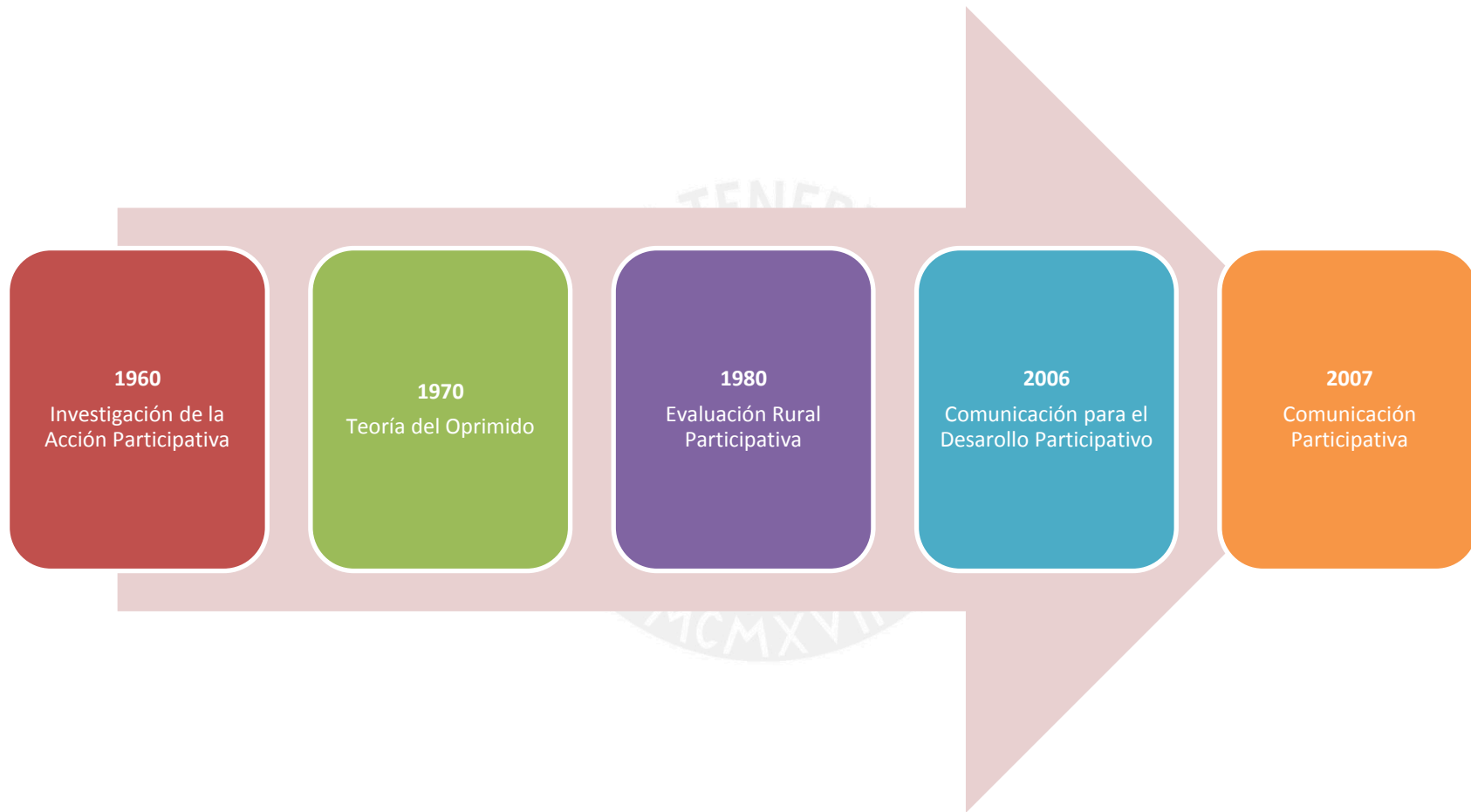
---

<sup>83</sup> WAISBORD, Silvio

2012 *“Toward a Global Theory of Health Behavior and Social Change”*. En: *The Handbook of Health Communication. Handbooks in Communication and Media*. 1º Edición. Oxford. John Wiley & Sons, Inc. P.76.



### 3.2 Un breve recorrido por la Historia de la Participación



En 1960, **Orlando Fals Borda**, sociólogo colombiano y gran pensador en América Latina, desarrolló la **Investigación de la Acción Participativa**. “La PAR (por sus siglas en inglés) es un marco de referencia para la participación en la investigación y la organización de la justicia social que tiene sus raíces en el conocimiento propio, la sabiduría y la experiencia de una comunidad. Esta investigación reconoce que los más afectados por la injusticia sistémica están en la mejor posición para entender y analizar sus necesidades y desafíos y organizarse para el cambio social.”<sup>84</sup> Asimismo se considera como una metodología de participación de los grupos de interés en la identificación de temas centrales en el proceso de desarrollo.

En 1970, **Paulo Freire**, educador brasilero de gran trayectoria en América Latina propuso y desarrolló el enfoque participativo desde la educación, a través de su famoso libro la **Teoría del Oprimido**. Sin embargo, dicho enfoque, con la aplicación y el transcurrir del tiempo, se fue tornando transversal. Hoy en día se afirma que nació en la esfera educativa, pero que ha trascendido hacia otros ámbitos que necesitan y claman un desarrollo sostenible y serio.

Para Freire el rol del educador es fundamental. Entendiéndose “Educador” no solo referido a los maestros o aquellos que han seguido la profesión de educación, sino todos aquellos que desde sus profesiones tienen la misión constante y diaria de “educar” a un determinado sector poblacional, ya sea en la elaboración de una charla, taller hasta la elaboración de estrategias comunicacionales para un determinado objetivo de desarrollo.

De ahí que Freire recalque la importancia y la responsabilidad que el educador debe tener, ya que éste no solo debe transmitir o “depositar” conocimientos e información en el otro, sino despertar en la capacidad de aporte y creación.

*“En vez de comunicarse, el educador hace comunicados y depósitos que los educandos meras incidencias reciben*

---

<sup>84</sup> PERCEO

S/N°

“What is PAR?”. Página Oficial de Organización Internacional PERCEO.

Consulta: 30 Mayo 2016.

<<http://parceo.org/about/par/>>

*pacientemente, memorizan y repiten*<sup>85</sup>

Y no solo se limitan a dejar inertes y sin actividad a los otros, sino que se olvidan del verdadero proceso que significa comunicar, ya que hacer comunicados no incluye un proceso de comunicación “*feed back*”.

Por ello Freire concluye que, los “*educadores y educandos se archivan en la medida en que, en esta visión distorsionada de la educación, no existe creatividad alguna, no existe transformación ni saber*”<sup>86</sup>. Ello se refleja en la propia sociedad peruana, en la manera en cómo se ejecutan la líneas de intervención para generar “*ayuda*” a los menos favoritos que también merecen desarrollarse y surgir, pero, olvidándose que esa manera estática solo genera conformismo e inactividad por parte de la población. Convirtiéndose el Educador en un “*Opresor*” que homogeniza el conocimiento, es decir, que no permite que el otro produzca nueva información para su propio beneficio.

*“El educador que aliena la ignorancia se mantiene en posiciones fijas, invariables. Será siempre el que sabe, en tanto los educandos serán siempre los que no saben...La educación debe comenzar por la superación de la contradicción educador – educando”.*<sup>87</sup>

Según Freire, “*lo que pretenden estos profesionales que hacen de “Opresores” es transformar la mentalidad de los oprimidos y no la situación que los oprime. A fin de lograr una mejor adaptación a la situación que a la vez, permita una mejor forma de*

---

<sup>85</sup> FREIRE, Paulo  
2002 “*Pedagogía del Oprimido*”. Siglo XXI. Editores Argentina. Capítulo II.p. 78

<sup>86</sup> FREIRE, Paulo  
2002 “*Pedagogía del Oprimido*”. Siglo XXI. Editores Argentina. Capítulo II.p. 78

<sup>87</sup> FREIRE, Paulo  
2002 “*Pedagogía del Oprimido*”. Siglo XXI. Editores Argentina. Capítulo II.p. 79.

*dominación*<sup>88</sup>. Es decir, que el proceso tradicional de ayudar o generar canales de información en favor de otro no es más que un proceso que concluye con resultados no eficientes, ya que no va directo a erradicar el problema del otro, sino solo a menguarlo o asistirlo.

*“El objetivo de la opresión es el controlar el pensamiento y la acción conduciendo a los hombres a la adaptación al mundo. Equivale a inhibir el poder de creación y de acción. Y al hacer esto, al obstruir la actuación de los hombres como sujetos de su acción, como seres capaces de opción, los frustra”*<sup>89</sup>

No se puede decir no a la creación de ideas que permitan la adaptación a un determinado contexto, situación o tema que involucre directamente a una determinada población ya sea en temas preventivos, informativos o más aún en temas que busquen mejorar la cultura de salud para el beneficio de ese país, sociedad, población, familia e individuo. De ahí que Freire afirme que *“la educación problematizadora (la educación que busca construir mas no imponer) niega los comunicados y da verdadera existencia a la comunicación”*.<sup>90</sup>

Por ello, es que se afirma que en la actualidad *“nadie educa a nadie, así como tampoco nadie se educa así mismo, los hombres se educan en comunión, y el mundo es el mediador”*.<sup>91</sup>

Dicha premisa da por sentado que la verdadera educación proviene de un verdadero y pleno proceso de comunicación de donde hay un Emisor y un Receptor que confluyen, que debaten, que dialogan para llegar a un consenso que tenga como fin que cada

<sup>88</sup> FREIRE, Paulo  
2002 *“Pedagogía del Oprimido”*. Siglo XXI. Editores Argentina. Capítulo II.p. 81.

<sup>89</sup> FREIRE, Paulo  
2002 *“Pedagogía del Oprimido”*. Siglo XXI. Editores Argentina. Capítulo II.p. 88.

<sup>90</sup> FREIRE, Paulo  
2002 *“Pedagogía del Oprimido”*. Siglo XXI. Editores Argentina. Capítulo II. p. 90.

<sup>91</sup> FREIRE, Paulo  
2002 *“Pedagogía del Oprimido”*. Siglo XXI. Editores Argentina. Capítulo II. p. 92

sociedad, población, familia e individuo puedan tener accesibilidad a temas que lo involucran y afectan directamente. Para ello, en ese pleno proceso se debe dar una generación de palabras que terminen en una actividad, intervención y/o producto final construido por todos, por ende, sólido y eficaz.

Tal como afirma Freire, *“no hay palabra verdadera que no sea una unión inquebrantable entre acción y reflexión y, por ende, que no sea praxis”*.<sup>92</sup> Todo individuo en su proceso pleno de comunicación, en consecuencia, de creación, tiene en cuenta que debe conocer la situación, el tema o la acción que se está buscando erradicar para que pueda reflexionar y, finalmente, generar un palabra que sea parte de esa construcción colectiva. De ahí que, se afirme que *“los hombres no se hacen en el silencio, sino en la palabra, en el trabajo, en la acción, en la reflexión”*.<sup>93</sup>

Ahora bien, no solo basta con la palabras generadoras de aportes, sino también el proceso en el cual éstas toman el protagonismo debido; nos referimos al Dialogo.

*“(…) el dialogo es una exigencia existencial y siendo el encuentro que solidariza la reflexión y la acción de sus sujetos encauzados hacia el mundo que debe ser transformado y humanizado, no puede reducirse a un mero acto de depositar ideas de un sujeto en el simple cambio de ideas consumadas por sus permutantes”*.<sup>94</sup>

Freire invita a ir más allá de lo que se cree que es el dialogo entre personas. Es decir, no puede existir un verdadero dialogo sin retroalimentación. No puede existir un Emisor que solo informe y un Receptor que solo escuche o lea. El proceso de

<sup>92</sup> FREIRE, Paulo  
2002 *“Pedagogía del Oprimido”*. Siglo XXI. Editores Argentina. Capitulo III. p.105.

<sup>93</sup> FREIRE, Paulo  
2002 *“Pedagogía del Oprimido”*. Siglo XXI. Editores Argentina. Capitulo III. P.106.

<sup>94</sup> FREIRE, Paulo  
2002 *“Pedagogía del Oprimido”*. Siglo XXI. Editores Argentina. Capitulo III. P. 107.

comunicación ha evolucionado con el tiempo, debido principalmente a que las relaciones entre humanos ya no son las mismas que años atrás. Y si ello no es tomado en cuenta de manera vital para diseñar estrategias comunicacionales, entonces, no se puede hablar de un verdadero desarrollo que integre.

Ahora bien, *“¿Cómo puedo dialogar si alieno la ignorancia, esto es, si la veo siempre en el otro, nunca en mí?... ¿Cómo puedo dialogar, si me admito como un hombre diferente, virtuoso por herencia, frente a los otros, meros objetos en quienes no reconozco otro “yo”?... ¿Cómo puedo dialogar, si me cierro a la contribución de los otros, la cual jamás reconozco y hasta me siento ofendido con ella?”*<sup>95</sup>

Para ello es importante que el profesional que es ejecutor de alguna actividad, intervención, documento estratégico, entre otros; pueda vencer esa idea subconsciente que la sociedad ha ido construyendo en él, y pueda ir dándose cuenta de que la realidad es dejar que el otro fluya, aporte, cree y se informe y eduque por sus propios medios, de manera que los que formen parte de esa sociedad o familia no se sientan invadidos en sus creencias, culturas o costumbres.

Por ello, Freire afirma que *“la educación auténtica no se hace de A para B o de A sobre B, sino A con B...”*<sup>96</sup>. Siendo, un proceso principalmente Participativo y, por ende, integrador.

En **1980, Robert Chambers**, investigador asociado del Instituto de Estudios para el Desarrollo in Sussex, Reino Unido, tuvo un rol decisivo en el desarrollo de una metodología eficaz para la facilitación de la comunidad, conocida como Evaluación Rural Participativa (ARP). *“La cual se basaba en una recopilación de datos (cualitativos y cuantitativos a través del mapeo de activos), generando rapidez para evaluar necesidades y los recursos que podía tener una comunidad antes de la planificación de proyectos o actividades”*.<sup>97</sup>

---

<sup>95</sup> FREIRE, Paulo  
2002 *“Pedagogía del Oprimido”*. Siglo XXI. Editores Argentina. Capítulo III. P. 109.

<sup>96</sup> FREIRE, Paulo  
2002 *“Pedagogía del Oprimido”*. Siglo XXI. Editores Argentina. Capítulo III. P. 113

<sup>97</sup> WORLD HEART FEDERATION  
2004 *“Participatory Rural Appraisal Methods”*. 1.Planning.Needs Assesment./ Community Tol  
Box.Consulta: 30 Mayo del 2016.  
< <http://www.southbound.com.my/communication/par-cn.htm>>

Asimismo, el PRA hace que las personas expresen sus propios conocimientos y lleven a cabo su propio análisis, la evaluación y planificación de la acción.

En el **2006** aparece el **Modelo de Comunicación para el Desarrollo Participativo**. El cual consistía en el uso de medios de comunicación y medios inter-personales tradicionales de comunicación que permitían a las comunidades poder visualizar las aspiraciones y descubrir soluciones a sus problemas y a lo relacionado a los temas de desarrollo. Dentro de los medios más usados se encontraban “1) la radio, la cual era usada por líderes nacionales, burócratas y expertos. Los temas que se transmitían era los relacionados a métodos de cultivo, cura de enfermedades, la importancia de enviar a sus hijos a la escuela, las ventajas de tener pocos hijos, etc; 2) El cine furgoneta o cine móvil, usado para llevar, en primera instancia, diversión a los pueblos y comunidades rurales. Se proyectaban dibujos animados y películas cómicas, luego se empezaron a proyectar noticieros y notas sobre temas agrícolas. Y 3) Carteles, folletos y otras publicaciones también fueron parte de este enfoque, como parte de la línea de visibilización de modernidad en algunos temas importantes para las comunidades.”<sup>98</sup>

Finalmente, en el **2007** el **Banco Mundial** empieza a difundir el **Modelo Comunicación Participativa**. Este paradigma propone que las estrategias de comunicación se gesten desde la participación.

Según Thomas Tufte - consultor del Banco Mundial y autor de *Participatory Communication: A Practical Guide* - una estrategia de comunicación participativa ofrece una perspectiva muy específica de cómo articular procesos sociales, procesos de toma de decisión y cualquier proceso de cambio para un determinado problema identificado.

Una Estrategia de Comunicación Participativa implica una continuidad de resultados, ya que el proceso de construcción participativa conlleva una concatenación de libertad por parte de una determinada comunidad. Libertad en el sentido de apertura de espacios en donde puedan reflexionar y ponerse de acuerdo para lograr el tan anhelado autodesarrollo.

---

<sup>98</sup> YOON, Chin Saik

2004 “*Participatory Communication for Development*”. Extracto de un capítulo del Libro *Participatory Development Communication: A West African Agenda*. IDRC & SOUTHBOUND: Canadá. Pp. 154. Consulta: 30 Mayo del 2016.  
< <http://www.southbound.com.my/communication/par-cn.htm>>

Tufte menciona que cuando las estrategias participativas son aplicadas en una intervención, se identifican tres tipos de resultados. Y son los siguientes<sup>99</sup>: a) Resultados psico-sociales respecto al incremento del sentimiento de pertenencia de un problema determinado y, por ende, un compromiso para hacer algo al respecto, b) Mejoramiento de competencias y capacidades requeridas para comprometerse con el problema de desarrollo definido previamente y c) Influencia real sobre las instituciones que pueden afectar a un individuo o a la comunidad.

De igual manera el autor menciona que la participación en sí misma, produce resultados al menos en tres niveles: 1) Nivel psico-social individual, 2) Nivel de habilidades de vida, enfatizado en la adquisición de competencias y 3) Nivel institucional o nivel de desarrollo comunitario.

Por otro lado, Tufte afirma la existencia de ciertos desafíos conceptuales que se encuentran en el modelo de comunicación participativa. Este modelo participativo se caracteriza por ser un enfoque dialógico y horizontal en el proceso de comunicación para alcanzar el desarrollo.

A continuación, ese presenta un cuadro que visibiliza, a manera de ejemplificación específica, la comparación entre los tres enfoques conceptuales y sus respectivos aportes hacia la comunicación para el desarrollo. Dentro de los cuales figura el Modelo Difusionista, el Modelo de Habilidades para la Vida y el Modelo Participativo. Siendo éste último el que genera un mayor impacto en relación a variables como noción de cultura, noción de educación, noción de grupos de referencia, nivel de resultados esperados, idea principal del cambio y duración de la actividad (corto, mediano o largo plazo). A pesar de que el Modelo Participativo se caracterice por contar con una proyección a mediano y largo plazo – a diferencia de los otros modelos que tienen una proyección más corta -, éste posee mayor impacto a nivel de resultados que lo que pueden ofrecer los otros modelos.

---

<sup>99</sup> TUFTE, Thomas

2009 *“Participatory Communication. A Practical Guide”*.1º Edición. Washington DC. World Bank Paper No.170. Pp.5.



**Tabla 1. Enfoques Conceptuales para la comunicación para el desarrollo<sup>100</sup>**

Comunicación para el Desarrollo	Modelo Difusionista (unidireccional/comunicación monológica)	Modelo Habilidades para la vida	Modelo Participativo (bidireccional/comunicación dialógica)
Definición del problema	Falta de información	Falta de información y habilidades	Falta de grupos de interés comprometidos
Noción de cultura	Cultura como obstáculo	Cultura como aliado	Cultura como "camino de vida"
Noción de catalizador	Agente de cambio externo	Catalizador externo en asociación con la comunidad	Unirse a la asociación (externo e interno)
Noción de educación	Pedagogía bancaria	Habilidades para la vida, didáctica	Pedagogía liberal
Noción de grupos de referencia	Pasivo: público objetivo	Activo: grupos de formación objetivos	Activo: ciudadano objetivo / grupos de interés
Cómo se está comunicando	Mensajes para persuadir	Mensajes y experiencias	Temas sociales involucrados, planteamiento de problemas, diálogo
Idea principal de cambio	Comportamiento individual	Comportamiento individual, normas sociales, aprendizaje de experiencias	Comportamiento social e individual, normas sociales, relaciones de poder
Resultados Esperados	Cambio de comportamiento individual, resultados numéricos	Cambio de comportamiento, incremento de habilidades	Articulación de procesos políticos y sociales, cambio sostenible, acción colectiva.
Duración de la Actividad	Corto y mediano plazo	Corto y mediano plazo	Mediano y largo plazo

<sup>100</sup> TUFTE, Thomas

2009 "Participatory Communication. A Practical Guide".1º Edición. Washington DC. World Bank Paper No.170. Pp.8.

De igual manera es de vital importancia tener en cuenta algunos componentes claves que posee el Modelo Participativo. Dentro de los cuales, como se ha podido apreciar en el cuadro antes expuesto, se encuentran: El Diálogo, La Voz, La Pedagogía Liberal y la Acción – Reflexión – Acción.<sup>101</sup>

En primer lugar, se encuentra **el Diálogo**, el cual se caracteriza por ser libre y abierto. El mismo que sigue siendo el principio básico de la comunicación participativa. Tufte menciona en *Participatory Communication* que Paulo Freire definió el diálogo como “*el encuentro entre los hombres con el fin de nombrar el mundo*”<sup>102</sup>. Ello debido a que para Freire el diálogo libre y abierto mediante el cual las personas pueden “*nombrar el mundo*” es voz, el principio de acción-reflexión-acción y, por ende, de comunicación horizontal.

En segundo lugar, **la Voz** como pieza central, la misma que es para la comunicación dialógica, una consciencia de relaciones de poder que se pueden encontrar en cualquier relación humana. Situándonos en Freire, podemos afirmar que su preocupación respecto a este componente estaba vinculada con un cambio en el poder, dando voz a los grupos marginados, el tiempo y el espacio para articular sus preocupaciones, para definir sus problemas, formular soluciones y actuar sobre los mismos.

En tercer lugar, para que una comunicación dialógica ocurra, alguien o algo tienen que articular el proceso. Este catalizador es típicamente una persona, ya sea interna o externa para la comunidad, actuando para facilitar el diálogo.

El resultado de una **pedagogía liberal** basada en el diálogo es lo que llamamos “*concientización*”, el cual se traslada en sensibilización orientada a la acción. La pedagogía liberal de Freire contrasta lo que él denomina una “*educación bancaria*”. Es decir, que solo implica el depositar información en la mente de las personas, sin generar mayor involucramiento de las mismas.

---

<sup>101</sup> TUFTE, Thomas

2009 “*Participatory Communication. A Practical Guide*”.1º Edición. Washington DC. World Bank Paper No.170. Pp.11.

<sup>102</sup> TUFTE, Thomas

2009 “*Participatory Communication. A Practical Guide*”.1º Edición. Washington DC. World Bank Paper No.170. Pp.11.

Finalmente, la comunicación participativa está además fuertemente orientada a la acción. Como un ingrediente crucial del componente participativo, el proceso de empoderamiento está basado en la reflexión de los problemas, pero además en la integración de la acción.

El componente **Acción – Reflexión – Acción**, se convierte en un proceso de empoderamiento para involucrar comunidades que se sientan comprometidas con el problema identificado y con sentido de pertenencia de dicho problema. El énfasis en el liderazgo del catalizador o facilitador y el énfasis en la naturaleza colectiva durante el proceso visibilizan la necesidad de que se refuercen mutuamente hacia el compromiso con el cambio.

Así como se ha podido comparar el Modelo Participativo con otros 2 modelos de comunicación y ver las ventajas del componente participativo. A continuación, se presenta un cuadro en donde se puede ver lo participativo desde la perspectiva de los Modos de Comunicación.

**Tabla 2. Principales Características de los Modos de Comunicación<sup>103</sup>**

	MONOLÓGICO (comunicación unidireccional)		DIALÓGICO (comunicación bidireccional)	
	<i>Comunicación para informar</i>	<i>Comunicación para Persuadir</i>	<i>Comunicación para explorar</i>	<i>Comunicación para empoderar</i>
<b>Propósito Principal</b>	crear conciencia, incrementar el conocimiento	Promover actitudes y comportamiento de cambio	evaluar, sondear y analizar problemas, prevenir conflictos	Construir capacidades, involucrar grupos de interés
<b>Modelo Principal de Referencia</b>	Unidireccional (monológico)	Unidireccional (monológico)	Bidireccional (diálogo)	Bidireccional (diálogo)
<b>Métodos y Medios de Comunicación Preferidos</b>	Predominante uso de medios masivos	Predominante uso de medios	Uso intensivo de método interpersonal	Uso de diálogo para promover participación

<sup>103</sup> TUFTE, Thomas

2009 “Participatory Communication. A Practical Guide”. 1º Edición. Washington DC. World Bank Paper No.170. Pp.13.

Como se puede apreciar, la **metodología participativa** se encuentra ubicada dentro del **Modo Dialógico**, el cual ofrece una comunicación bidireccional, es decir, una comunicación que conlleva un proceso de retroalimentación entre el facilitador y la comunidad. Ello tiene como finalidad que la comunidad explore: evalúe, analice problemas y pueda prevenir. Asimismo que se empodere: construyan capacidades y que los grupos de interés se involucren en el proceso. Asimismo, cabe resaltar que a diferencia del modelo monológico (tradicional), el método y medio de comunicación que prefiere el modelo dialógico es la relación interpersonal y el uso del diálogo para promover participación. Los mismos que son empleados como parte de la aplicación de la metodología participativa.

### 3.3 Comunicación, Salud Pública y el Rol del Comunicador

Para Roeder, el lineamiento teórico es fundamental para poder entender las situaciones que suelen acontecer en el campo de las comunicaciones en salud. Por ello, afirma que *“las teorías de la enfermedad han marcado los discursos y las estrategias de información y comunicación”*<sup>104</sup>. Es decir que el tema del malestar, del inadecuado estado de salud; de la enfermedad es lo que ha permitido, por así decirlo, diseñar y segmentar las nuevas formas de transmitir información para que el otro pueda prevenir y atacar a tiempo el problema.

Sin embargo, para Roeder, *“la construcción teórica de la comunicación en este campo social es un tema pendiente, a pesar de las evidencias y diversidad”*<sup>105</sup>. Ello debido a que el campo de la comunicación en salud es aún muy poco desarrollado, es decir, que no ha llegado aún a su tope de realización o desarrollo, a pesar de que existan experiencias, proyectos o instituciones que trabajen bajo este campo.

Si bien es cierto, líneas anteriores se ha comentado sobre las limitaciones de las comunicaciones, debido a factores diversos tales como los económicos, temporales, culturales, pues bien, Roeder, nos propone que no solo los problemas de desarrollo

---

<sup>104</sup> ROEDER, Estela  
2006 *“Comunicación en salud: las políticas y las respuestas desde las Oficinas de Comunicación del Ministerio de Salud [diapositivas].* Lima: Perú. Consulta: 08 de Octubre 2012.  
< [www.minsa.gob.pe/.../A-](http://www.minsa.gob.pe/.../A-) >

<sup>105</sup> ROEDER, Estela  
2006 *“Comunicación en salud: las políticas y las respuestas desde las Oficinas de Comunicación del Ministerio de Salud [diapositivas].* Lima: Perú. Consulta: 08 de Octubre 2012.  
< [www.minsa.gob.pe/.../A-](http://www.minsa.gob.pe/.../A-) >

del campo de la comunicación en salud dependen de esos factores, sino y, en muchos casos principalmente, por los problemas de comunicación que los comunicadores en salud tienden a poseer.

Para la autora, estos se deben a la falta de investigación desde la perspectiva comunicativa, sobre los aspectos o problemas de salud que aquejan a la población; y, finalmente, la sistematización y la evaluación de los resultados, logros y nivel de impacto de las intervenciones de comunicación en salud. La mayoría de las cuales son deficientes. Roeder indica que ése es el motivo por el cual aún no podemos hablar de buenas prácticas de comunicación en salud, porque como comunicadores no nos hemos apropiado del discurso institucional de la enfermedad, teniendo en cuenta que son los comunicadores los que promueven relaciones y vínculos con la población. Por ende, tenemos dificultades para desarrollar el discurso comunicacional en salud.

Por ello, es que la autora refiere que los comunicadores, muchas veces, solo nos convertimos en *“traductores de la salud”*<sup>106</sup>, es decir, el discurso médico lo trasladamos a un lenguaje sencillo *“para que la gente lo entienda”*. Y si bien es cierto esa es una de las funciones del comunicador, pero no es todo lo que un comunicador puede hacer en el campo de la salud.

Por otro lado, respecto al tema de cómo se elabora el proceso comunicativo, Roeder menciona que *“la construcción del proceso comunicativo se hace desde la perspectiva de que la población debe escuchar y aprender”*. Sin embargo, para la autora esa perspectiva estaría centrándose en el modelo comunicador tiene el *“poder”*<sup>107</sup>, población se *“somete”*<sup>108</sup>. Es decir, que lo antes enunciado deja a entever al comunicador como el único con capacidad de pensar, decidir y ejecutar, cuando los sujetos, es decir, la población involucrada, tienen el suficiente conocimiento sobre lo que le aqueja y el contexto de su enfermedad, como para hacer mucho más que solo escuchar y aprender.

A ello hay que agregar que la identificación de nuevos escenarios y la elaboración de estrategias comunicativas pertinentes resultan críticas, debido a la escasa creatividad

---

<sup>106</sup> ROEDER, Estela  
2006 *“Comunicación en salud: las políticas y las respuestas desde las Oficinas de Comunicación del Ministerio de Salud [diapositivas].* Lima: Perú. Consulta: 08 de Octubre 2012.  
< [www.minsa.gob.pe/.../A-](http://www.minsa.gob.pe/.../A-) >

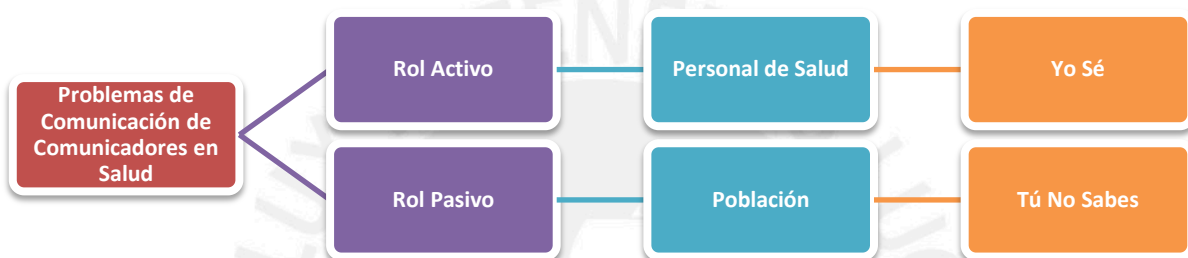
<sup>107</sup> Poder. Término empleado por Paulo Freire.

<sup>108</sup> Somete. Término empleado por Paulo Freire

y poca facilidad de contextualizarse según los requerimientos o necesidades de la población a la cual se pretende dirigir.

A continuación, el siguiente gráfico explica resumidamente los problemas de comunicación de los comunicadores en salud que no permiten generar estrategias efectivas, reales. Por ende, solo producen resultados mucho más masivos y poco sostenibles en el campo de la comunicación para la salud.

**Gráfico 1. De la Presentación de Roeder Adaptado por la Investigación<sup>109</sup>**



Según Roeder es importante repensar la comunicación en salud en términos del rol de la comunicación en salud en sí misma, sus características; tanto en los escenarios públicos como privados. Asimismo, sus capacidades y competencias como campo de estudio. A ello, se le tendría que sumar la recuperación del capital social en el sector, es decir, gente capacitada y que esté a la altura de poder desarrollar y hacer crecer el enfoque de comunicación para la salud en el país.

Por otro lado, es importante también restablecer el rol de las instituciones y su relación con los comunicadores, para generar y potenciar una misma línea de trabajo conjunto. Para ello, Roeder menciona algunos lineamientos básicos de la comunicación en salud que se deben tener en cuenta de manera previa:

En primer lugar, la investigación es importante en el campo de la comunicación para la salud, porque permite conocer las percepciones y vivencias de la población con la

<sup>109</sup> ROEDER, Estela  
2006 “Comunicación en salud: las políticas y las respuestas desde las Oficinas de Comunicación del Ministerio de Salud [diapositivas]. Lima: Perú. Consulta: 08 de Octubre 2012.  
< www.minsa.gob.pe/.../A-.>

salud y la enfermedad, la relación con su entorno y sus prácticas comunicativas individuales y comunitarias.

En segundo lugar, la formulación de programas y planes de comunicación que consideren los diversos escenarios con enfoques y estrategias que respondan a la magnitud del tema que se pretende abordar.

En tercer lugar, el diseño de estrategias de información y comunicación vitales para abrir espacios, promover demanda y participación activa por parte de la población.

Finalmente, en cuarto lugar, la creación de ambientes comunicativos y de imagen institucional, ya que ello genera veracidad y credibilidad de las fuentes de información para la población, generando comunicación en confianza.

### 3.4 Modelos y Estrategias empleadas en Salud Pública en el MINSA

Si bien es cierto el rol del comunicador ha sido determinante dentro del Ministerio de Salud. Sin embargo, Roeder nos afirma que los modelos y estrategias empleadas también han influido en la puesta en escena en salud del MINSA.

Para Roeder, la creación e implementación de estrategias en comunicación en salud, están vitalmente ligadas con lo llamado estilo de vida saludable, ya que la fusión de ambas busca brindar oportunidad de opinión y decisión para poder alcanzar e incorporar comportamientos y costumbres saludables en su diario vivir. Entonces podemos inferir que las personas son las que tiene capacidad de incidir, proponer y tener el control de su salud para poder llevar un estilo de vida saludable, evitando que en un determinado plazo existan apariciones de ciertas enfermedades. Tal como lo mencionó el Ex Ministro de Salud Dr. Leyca:

*“(...) los médicos, le han quitado a la población la salud de sus manos; la posibilidad de manejar y decidir sobre su salud. Es un tarea y un reto, que la población vuelva a tomar la salud en sus manos, pues es parte de ser ciudadano”<sup>110</sup>*

---

<sup>110</sup> SAMUSOCIAL PERÚ

Así como lo afirmó el Ex Ministro de Salud; lo importante que resultaría si cada una de las personas tiene la oportunidad de tomar decisiones sobre su salud. Ello no visto como una concesión, sino más bien y, sobre todo, como un derecho que les compete por ser ciudadanos y ciudadanas residentes en el Perú.

No solo debería ser visto desde el punto de vista de los derechos, ya que ese no es el tema central de la presente investigación, sino, sobre todo, del papel que tiene o debería tener la población respecto a este tema; apropiarse de los mensajes, del contenido y de la forma en cómo se presentan las campañas de salud, porque lo que se busca es que ellos estén informados. Aunque eso no sea necesariamente lo más importante, como después lo señalará Roeder.

Como hemos visto anteriormente, la comunicación debería ser la herramienta estratégica de acercamiento a la población para temas preventivos, de promoción y no tanto de información, como ya se ha venido trabajando a largo de los tiempos en el MINSA.

*“(...) la acción comunicativa enfatiza a la difusión de información sobre aspectos curativos, más que de prevención y de promoción. Ello evidencia, el reduccionismo al cual nos hemos sometido los comunicadores, porque solo hablamos de síntomas y de recuperación”<sup>111</sup>*

Es así como vemos que la comunicación no es empleada de manera estratégica en su totalidad, ya que es el mismo comunicador quien ha reducido no solo su rol como profesional sino sus alcances y, por ende, sus propuestas en términos de salud. Como

---

2009 Estela Roeder en: *“Jornadas Académicas sobre Riesgos Sociales y en la Salud: Recuento de un Proceso de Diálogo Interdisciplinario para la Promoción de la Salud y el Desarrollo Social”*. 1º Edición. Perú: Gama Gráfica S.R.L. P250.

<sup>111</sup> SAMUSOCIAL PERÚ

2009 Estela Roeder en: *“Jornadas Académicas sobre Riesgos Sociales y en la Salud: Recuento de un Proceso de Diálogo Interdisciplinario para la Promoción de la Salud y el Desarrollo Social”*. 1º Edición. Perú: Gama Gráfica S.R.L. P. 250-251.



consecuencia de ello, la población, en su mayoría, “*lo que han hecho es apoderarse de la acción, pero no del contenido*”<sup>112</sup>. Por ejemplo, en una campaña de vacunación, las personas suelen registrar de manera efectiva el mensaje “¡vacúnate ya!”, pero si uno va más lejos y les pregunta qué tipo de vacunas son las que deben solicitar en los establecimientos de salud, es ahí en donde hay problemas, ya que no logran recordarlo o simplemente no lo saben. Tal como lo afirma Roeder:

*“(...) porque si se buscan sistemas de comunicación que actúen de manera organizada y eficiente, también se requiere recoger lo que es la participación, lo que la gente demanda y necesita, respecto a su salud”*<sup>113</sup>

Como bien es mencionado por la autora, si realmente se desea eficiencia en los sistemas de comunicación vigentes se debe hacer un cambio determinante. Es decir, no solo basta con acercarse a la población para estudiarla, observarla y sacar información que sea clave para generar estrategias. Por el contrario, se debe tener un acercamiento serio y comprometido, aplicar realmente lo que es la participación, ya que quien mejor que la misma población hacia a la cual se quiere dirigir, que conocen sus propias necesidades, limitaciones y demandas en términos de salud, para enfrentar el problema de salubridad.

Para ello, se debe generar un cambio determinante. Eso implica “*repensar los enfoques y ser más estratégicos cuando actuamos en los procesos de prevención, de curación, de recuperación e inclusión, lo que implica trabajar también la visión de la promoción de la salud*”<sup>114</sup>. No solo basta con diseñar excelentes propuestas o

---

<sup>112</sup> SAMUSOCIAL PERÚ

2009 Estela Roeder en: “*Jornadas Académicas sobre Riesgos Sociales y en la Salud: Recuento de un Proceso de Diálogo Interdisciplinario para la Promoción de la Salud y el Desarrollo Social*”. 1º Edición. Perú: Gama Gráfica S.R.L. P.251.

<sup>113</sup> SAMUSOCIAL PERÚ

2009 Estela Roeder en: “*Jornadas Académicas sobre Riesgos Sociales y en la Salud: Recuento de un Proceso de Diálogo Interdisciplinario para la Promoción de la Salud y el Desarrollo Social*”. 1º Edición. Perú: Gama Gráfica S.R.L. P.253.

<sup>114</sup> SAMUSOCIAL PERÚ

intervenciones comunicacionales en términos de salud o generar diversos recursos comunicacionales físicos y virtuales. Tal y como lo afirma Roeder, el asunto aquí es *“devolverle a la gente la capacidad de analizar la información, de recepcionar de manera crítica, de participar y de apropiarse de lo que son los procesos de salud”*<sup>115</sup>

La pregunta sería ¿Cómo lograr ello? ¿Cómo generamos que la población se apropie de los procesos de salud? La respuesta es sencilla y es mencionada por la misma autora:

*“Pasar de ese enfoque difusionista, en el cual la comunicación solamente disemina mensajes, a una comunicación de cambio social, donde el individuo, la persona es lo más importante, no solamente para que recepcione los mensajes, sino que se apropie de esa propuesta de cambio”*<sup>116</sup>

Como lo menciona Roeder, la solución está en dejar lo difusionista para entrar en lo participativo; en construir en conjunto lo comunicacional, en apropiarse colectivamente de los procesos de salud, los cuales afectan no al comunicador que diseña una propuesta, sino a la población a la cual se quiere dirigir.

En definitiva, *“pasar de ese modelo exclusivo de comunicación con enfoque vertical, oligárquico, que a todos nos han enseñado, a un dialogo con la comunicación*

---

2009 Estela Roeder en: *“Jornadas Académicas sobre Riesgos Sociales y en la Salud: Recuento de un Proceso de Diálogo Interdisciplinario para la Promoción de la Salud y el Desarrollo Social”*.1º Edición. Perú: Gama Gráfica S.R.L. P.253.

<sup>115</sup> SAMUSOCIAL PERÚ

2009 Estela Roeder en: *“Jornadas Académicas sobre Riesgos Sociales y en la Salud: Recuento de un Proceso de Diálogo Interdisciplinario para la Promoción de la Salud y el Desarrollo Social”*.1º Edición. Perú: Gama Gráfica S.R.L. P.254.

<sup>116</sup> SAMUSOCIAL PERÚ

2009 Estela Roeder en: *“Jornadas Académicas sobre Riesgos Sociales y en la Salud: Recuento de un Proceso de Diálogo Interdisciplinario para la Promoción de la Salud y el Desarrollo Social”*.1º Edición. Perú: Gama Gráfica S.R.L. Pp.255.

*horizontal no será fácil*<sup>117</sup>, ya que ello implica muchos cambios, no solo en cuanto a enfoque sino a sistema de comunicación e intervención que se ha venido manejando en el MINSA desde hace años atrás. Sin embargo, el cambio en sí tiene que darse, ya que el modelo que se ha ido empleando hasta la actualidad, tiene ciertas falencias. Lo afirma la misma Estela Roeder: *“Este modelo vertical tiene limitaciones, porque no permite que la gente se apropie de estos conocimientos de manera afectiva”*<sup>118</sup>

Es ahí donde debiera residir la importancia de la comunicación: en lo comunitario. Porque en ello es donde se lleva a cabo lo verdaderamente participativo. Asimismo lo afirma Roeder: *“(...) el trabajo comunitario de la comunicación en salud es fundamental para generar que la gente también tenga sus propios modelos de cambio”*.<sup>119</sup>

Es importante resaltar el hecho de la relación entre el conocimiento y la práctica hacia la cual se hace referencia. Ahí donde la comunicación es clave para cambios sostenidos. En otras palabras, ella afirma que nosotros, como comunicadores, no podemos limitar nuestro trabajo solo en estrategias de comunicación que estén centradas en la imposición de mensajes o quedarnos en el primer tiempo del partido, sino trabajar diversas estrategias de comunicación que puedan afirmar la conducta positiva en la población, la misma que debe ser siempre nuestra prioridad.

De igual forma, *“Si queremos todos un país saludable, una comunidad saludable, una familia saludable, una escuela saludable, obviamente esa visión tiene que ser debatida y asumida de manera conjunta”*<sup>120</sup>. En otras palabras, trabajada comunicador – población; población – comunicador. Ambos en igual nivel de comunicación; uno sin sentir que sabe más que el otro. Por el contrario, ambos poniendo sobre la mesa sus saberes. De ahí que Roeder afirme:

---

<sup>117</sup> SAMUSOCIAL PERÚ

2009 Estela Roeder en: *“Jornadas Académicas sobre Riesgos Sociales y en la Salud: Recuento de un Proceso de Diálogo Interdisciplinario para la Promoción de la Salud y el Desarrollo Social”*. 1º Edición. Perú: Gama Gráfica S.R.L. Pp.255.

<sup>118</sup> SAMUSOCIAL PERÚ

2009 Estela Roeder en: *“Jornadas Académicas sobre Riesgos Sociales y en la Salud: Recuento de un Proceso de Diálogo Interdisciplinario para la Promoción de la Salud y el Desarrollo Social”*. 1º Edición. Perú: Gama Gráfica S.R.L. Pp.256.

<sup>119</sup> SAMUSOCIAL PERÚ

2009 Estela Roeder en: *“Jornadas Académicas sobre Riesgos Sociales y en la Salud: Recuento de un Proceso de Diálogo Interdisciplinario para la Promoción de la Salud y el Desarrollo Social”*. 1º Edición. Perú: Gama Gráfica S.R.L. Pp.260.

<sup>120</sup> SAMUSOCIAL PERÚ

2009 Estela Roeder en: *“Jornadas Académicas sobre Riesgos Sociales y en la Salud: Recuento de un Proceso de Diálogo Interdisciplinario para la Promoción de la Salud y el Desarrollo Social”*. 1º Edición. Perú: Gama Gráfica S.R.L. P.261.

*“La visión de lo que es saludable, no solo es de un grupo de profesionales de la salud, es la visión que las personas en concreto, el ciudadano de a pie, construyen en su imaginario para lograr ese ideal de estar sano”<sup>121</sup>*

Por ende, como la autora menciona, *“la comunicación en salud no puede ser simplemente informar o difundir, implica dialogar e incluir lo que la gente quiere y por tanto, permite la relación con las personas”<sup>122</sup>*. Es decir, exige la inclusión de lo verdaderamente participativo, el compromiso de trabajar en favor del verdadero cambio social desde las comunicaciones hacia el sector salud.

La pregunta final sería *“¿Cómo hacemos un proceso educativo en el que la gente realmente se apropie de la práctica sugerida y no la olvide o finalmente, considere que es importante para preservar su salud?”<sup>123</sup>*. La respuesta ha sido mencionada líneas anteriores, pero volveremos a incidir en ella: Insertando lo verdaderamente participativo como enfoque determinante para el diseño de estrategias en comunicación referidas a salud.

---

<sup>121</sup> SAMUSOCIAL PERÚ

2009 Estela Roeder en: *“Jornadas Académicas sobre Riesgos Sociales y en la Salud: Recuento de un Proceso de Diálogo Interdisciplinario para la Promoción de la Salud y el Desarrollo Social”*. 1º Edición. Perú: Gama Gráfica S.R.L. P.261.

<sup>122</sup> SAMUSOCIAL PERÚ

2009 Estela Roeder en: *“Jornadas Académicas sobre Riesgos Sociales y en la Salud: Recuento de un Proceso de Diálogo Interdisciplinario para la Promoción de la Salud y el Desarrollo Social”*. 1º Edición. Perú: Gama Gráfica S.R.L. Pp.261.

<sup>123</sup> SAMUSOCIAL PERÚ

2009 Estela Roeder en: *“Jornadas Académicas sobre Riesgos Sociales y en la Salud: Recuento de un Proceso de Diálogo Interdisciplinario para la Promoción de la Salud y el Desarrollo Social”*. 1º Edición. Perú: Gama Gráfica S.R.L. P.261.

## CAPÍTULO 4

### Propuesta Metodológica



## 4.1 Diseño Metodológico

### 4.1.1 Presentación de Diseño Metodológico (etapas)

La investigación cualitativa es *“aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”*<sup>124</sup>. Teniendo en cuenta lo antes expuesto, puedo afirmar que el presente documento es una investigación cualitativa. A continuación, he tomado algunas características de la investigación cualitativa planteadas por el Área de Doctorado del Instituto Internacional de Integración de La Paz, en Bolivia; para que se pueda comprender el diseño que esta investigación ha tomado desde sus inicios y los procesos que se fueron llevando a cabo, teniendo como modelo el enfoque cualitativo.

La presente investigación ha tenido a la investigadora observando los escenarios y a las personas desde una perspectiva holística; es decir, ambos no han sido reducidos a variables, sino han sido considerados como un todo, que ha permitido obtener información más rica en experiencia y contenido, no solo de la investigadora, sino y sobre todo, del lado del entrevistado.

De igual forma, uno de los pilares que la investigadora ha tenido interiorizado ha sido el hecho de que todas las perspectivas que ha podido encontrar en el camino de su trabajo de campo, han sido valiosas para las conclusiones y recomendaciones, que han sido expuestas en los últimos capítulos del presente documento.

Asimismo, esta investigación es cualitativa ya que se ha distinguido por su flexibilidad. Es decir, en un inicio pudo contemplar un sistema de trabajo que implicaba cierto número de entrevistas e incluso un posible focus groups, pero al momento de afinar detalles en la propuesta metodológica y saliendo al campo, la investigadora se dio cuenta que solo serían necesarias entrevistas a profundidad para recoger los datos que necesitaba para la presente investigación. La misma que fue acompañada por un análisis a profundidad de la Guía del Planificador IEC.

---

<sup>124</sup> INSTITUTO INTERNACIONAL DE INTEGRACION

S N° AÑO *“La Investigación Cualitativa”*. Bolivia: La Paz. 3ª Edición. Número 3. P.7. Consulta: 08 de Octubre del 2013.

<http://www.iiicab.org.bo/Docs/doctorado/dip3version/M2-3raV-DrErichar/investigacion-cualitativa.pdf>

En cuanto al tipo de muestra fue pequeña y no aleatoria, ya que se determinó con ayuda del asesor de tesis y criterio propio de la investigadora, las personas que deberían ser entrevistadas. De ahí que, el recogimiento de datos – expuesto en capítulos posteriores – ha tenido a la investigadora como instrumento primario. Asimismo, entrevistas a profundidad a profesionales relacionados con el tema de Comunicación para la Salud del MINSA, una especialista en Metodología Participativa, usuarios de la Guía del Planificador IEC pertenecientes al sector privado y parte del equipo realizador de la Guía del Planificador PECE. De igual manera, se ha tenido a la misma Guía como objeto de estudio y obtención de información para la investigación.

La modalidad de análisis de la presente investigación es inductiva, es decir, ha sido llevada a cabo por la misma investigadora. De igual manera, los hallazgos – que serán vistos capítulos posteriores - son comprensivos, holísticos y expansivos.

Finalmente, se concluye la presentación del diseño de la presente investigación mencionando que los métodos del presente documento surgieron bajo las concepciones y necesidades de la investigadora.

#### 4.1.2 Estrategia metodológica

La estrategia metodológica que guía la presente investigación se basa en el despliegue tradicional de la investigación cualitativa, a través de entrevistas a profundidad, debidamente pactadas y realizadas con éxito, a pesar de las complicaciones que éstas implicaron. A ello, sumamos el análisis de la misma Guía del Planificador IEC y, finalmente, la información del contexto en el Sector de Salud Pública del Perú durante el periodo en el que se elaboró la guía; información que fue obtenida por la investigadora a través de las entrevistas con los profesionales del MINSA.

#### 4.1.3 Formas de Recojo de Información

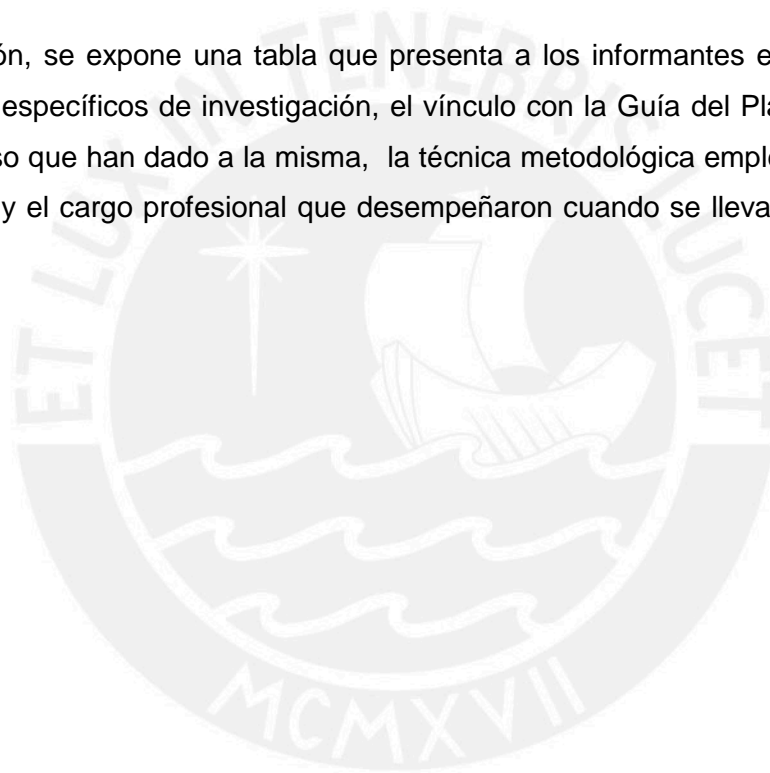
El recogimiento de información se ha realizado mediante tres tipos de herramientas: En primer lugar, la investigadora quien ha estado como instrumento primario. En segundo lugar, las entrevistas a profundidad a profesionales relacionados con el tema de Comunicación para la Salud del MINSA, Metodologías Participativas, usuarios de la Guía del Planificador IEC pertenecientes al sector privado y parte del equipo realizador de la Guía del Planificador IEC. Y, en tercer lugar, se ha tenido a la misma Guía del

Planificador IEC como objeto de análisis y obtención de información para la investigación.

#### 4.1.4 Justificación de los Métodos y Técnicas empleadas

La presente investigación al ser cualitativa, ha empleado la técnica basada en entrevistas a profundidad que permitió conocer las experiencias previas y las que acontecieron durante la fase de elaboración de la Guía. Y, a partir de ello, conocer los mecanismos de contenido y estructuración que se eligieron para emplear en su elaboración.

A continuación, se expone una tabla que presenta a los informantes en relación con los objetivos específicos de investigación, el vínculo con la Guía del Planificador IEC, el Tipo de Uso que han dado a la misma, la técnica metodológica empleada con cada uno de ellos y el cargo profesional que desempeñaron cuando se llevaron a cabo las entrevistas.





**Tabla A. Tipos de Informantes por Objetivos de Investigación**

Objetivos Específicos de Investigación	Informante	Vínculo con la Guía del Planificador or IEC	Tipo de Uso de la Guía del Planificador IEC	Técnica Metodológica Aplicada	Cargo Profesional Actual
Describir, analizar y explicar la Guía del Planificador IEC y su modelo metodológico.	Marilú Wiegold	Consultora del Equipo de Elaboración de la Guía	Uso Privado	Entrevista a profundidad	Especialista en Comunicación y Alianzas de UNICEF PERÚ
	Mabell Marcuello	Consultora del Equipo de Elaboración de la Guía	Uso Privado	Entrevista a profundidad	Consultora Independiente
Explicar cómo la metodología participativa influye, como criterio metodológico, en el campo del diseño y ejecución de estrategias de comunicación para la salud.	Paola Pioltelli	No existe vínculo directo	No lo ha usado	Entrevista a profundidad	Gerente General Consultora Proceso 360º
Indagar sobre el contexto del Ministerio de Salud en la época en la que se elaboró la Guía del Planificador IEC y el uso de la misma en el transcurso del tiempo.	Estela Roeder	No existe vínculo directo	Uso Público	Entrevista a profundidad	Directora General de la Oficina de Comunicaciones del MINSA
	Katya Rojas	No existe vínculo directo	Uso Público	Entrevista a profundidad	Directora Ejecutiva de la Oficina de Comunicación Social del MINSA
Recoger visiones sobre la funcionalidad, fortalezas, alcances, límites y oportunidades de mejora de la Guía del Planificador IEC, desde la perspectiva de profesionales independientes y/o del sector privado que han usado dicha guía.	Edward Armas	No existe vínculo directo	Uso Privado	Entrevista a profundidad	Especialista en Comunicación Estratégica y Recursos Comunicacionales. Consultor independiente y Docente de la PUCP
	Jorge Acevedo	No existe vínculo directo	Uso Privado	Entrevista a profundidad	Comunicador social y educador. Especialista en diseño, gestión y evaluación de proyectos de comunicación.

#### 4.2 Desarrollo Metodológico

El manual que se empleó para el análisis de la presente investigación fue la Guía del Planificador IEC, producido en 1996 por el MINSA. Asimismo, se contó con la participación - mediante entrevista - de la Directora de la Oficina de Comunicaciones del MINSA, para conocer los enfoques propios de trabajo; asimismo, sus actitudes, conocimientos, perspectivas y prácticas profesionales en torno al tema de Salud, sus posibles conocimientos sobre el PECE e indagar sobre el contexto del MINSA a mediados de los 90. De igual forma, se entrevistó a la Directora Ejecutiva de la Oficina de Comunicación Social del MINSA, que a diferencia de la Directora de la Oficina de Comunicaciones, llevaba trabajando en el mismo puesto desde 1999. Con ambas entrevistas, se pudo responder el tercer objetivo específico de la presente investigación.

De igual modo, **los colaboradores** para ésta investigación fueron los profesionales responsables que conformaron el equipo de trabajo de la Guía del Planificador IEC. Con sus aportes se pudo responder el primer objetivo específico de la investigación. Asimismo se entrevistó a una especialista en el tema de las Metodologías Participativas para recoger información pertinente sobre dicho enfoque y poder responder nuestro segundo objetivo específico de investigación.

Finalmente, se entrevistó a dos usuarios de la Guía del Planificador IEC pertenecientes al sector privado, para que con sus testimonios sobre las fortalezas, alcances y limitaciones de la misma, se pueda responder el cuarto objetivo de la presente investigación.

La investigación no tuvo un **sitio específico de realización del estudio**, ya que como investigación cualitativa la investigadora es la que se aproximaba y se acoplaba a las personas, en este caso, a los entrevistados, ubicándolos en sus contextos por un tema de comodidad de los mismos.

La **identificación de contactos clave que favorecieron el acceso a fuentes determinadas de información de primera mano** se estableció a través del Profesor Hugo Aguirre, quien en este caso es colega y mantiene una relación de amistad con **Carlos Gutiérrez**, quien formó parte del equipo de elaboración de la Guía, pero al cual no se llegó a entrevistar por motivos de ocupaciones de trabajo en E.E.U.U, en donde radica hace más de 10 años. Sin embargo, él me brindó el contacto de **Marilú Wiegold**.

Marilú Wiegold a su vez me contactó con **Mabel Marcuello**, quien fue la editora y encargada de la parte metodológica del PECE. En el caso del Carlos Gutierrez se mantuvo una comunicación preliminar por skype, ya que él reside en U.S.A. pero no se pudo coincidir en tiempos para poder concluir con la entrevista.

Respecto a Mabel Marcuello, con ella se estableció contacto y se pactó una cita en un Café miraflorentino. No obstante, ella ya estaba con todos los preparativos para su viaje a Alemania, por ello, solo pudo contestar todas las preguntas remitiéndole un mail con la guía de entrevista.

Con Marilú Wiegold no hubo inconveniente, ya que ella reside aquí en el país y además, actualmente trabaja para UNICEF, por lo que la entrevista se realizó en su oficina.

Con **Estela Roeder** su entrevista fue mucho más complicada en términos de coincidencia y acoplación de tiempos, ya que cuando la contacté estaba en plena mudanza de la Presidencia de Consejos de Ministros a la Oficina de Comunicación del MINSA.

Asimismo, con **Paola Piolteli** fue toda una osadía conseguir su celular, ya que los correos no fueron contestados, debido a que por motivos laborales estaba fuera de Lima. Recién se pudo dar espacio para acceder a la entrevista un día antes de la presentación final del curso Seminario 2 (que fue cuando empecé el desarrollo de mi investigación).

Luego, con **Kathy Rojas** – Directora Ejecutiva de la Oficina de Comunicación Social - , su entrevista surgió casi en la parte de cierre de la presente investigación por sugerencia de Hugo Aguirre, ya que al querer retomar mi comunicación con Estela Roeder solo para absolución de pequeñas inquietudes y que no se llegó a concretar por temas de presión en el MINSA por el contexto de las huelgas, me transfirieron con Katya Rojas. Es así que ella, por vía telefónica, al hacerme una serie de afirmaciones algo dispares con lo mencionado por Estela en la entrevista, por mi investigación y hallazgos sobre el tema, decidimos en conjunto con mi asesor, pactar una entrevista con ella, antes de sentarnos a redactar las conclusiones finales de la presente investigación, para cruzar información, ya que como mencioné líneas anteriores, todas las perspectivas para mí como investigadora son valiosas.

Finalmente, habiendo sido leída mi tesis por Marisol Castañeda (en primera instancia) y, posteriormente por el profesor Acevedo (actual lector de mi tesis, asignado por el Decano), se me sugirió hacer dos entrevistas a usuarios de la guía, pero que hayan trabajado como consultores independientes y/o en el sector privado para recabar

información sobre fortalezas, debilidades y alcances sobre la guía. Así que luego de haber realizado un búsqueda exhaustiva, redactando mails a más de doce profesionales relacionados con el tema de comunicación y salud, algunos me contestaron que nunca habían visto esa guía (pero sí otras guías de comunicación y salud) y solo dos conocían y habían usado la guía más de una vez. Así fue que entrevisté a **Edward Armas**, especialista en comunicación estratégica, animación sociocultural, resolución de conflictos, investigación social y actual docente de la PUCP. Y, el profesor **Jorge Acevedo**, quien es comunicador social y educador, con amplia experiencia en diseño, gestión y evaluación de programas y proyectos de comunicación, incidencia política y desarrollo social. Y actual coordinador de la especialidad de Comunicación para el Desarrollo de la PUCP.

Los *instrumentos útiles para el recojo y el análisis de los datos* fueron básicamente las siete entrevistas que realicé.

De igual manera, la misma guía del Planificador IEC fue un instrumento directo que formó parte del análisis para poder obtener toda la información necesaria y, así, brindar aportes a la misma para proponer la elaboración de una “Guía para el Diseño Participativo de Estrategias de Comunicación en Salud Pública”. De igual forma, brindar recomendaciones viables para la implementación de la misma en el MINSA, a través de la Oficina de Comunicaciones.

## CAPÍTULO 5

### Análisis comparativo



## 5.1 Presentación de la Guía del Planificador IEC

La Guía del Planificador IEC es un documento que provee un marco sobre comunicación en salud. Su creación se dio en 1996 y se debió a una solicitud por parte del Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB), para que sirva como herramienta básica del Programa de Fortalecimiento de Capacidades de las Comisiones IEC en lo relacionado a Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa. Esta iniciativa fue financiada por el Banco Mundial a raíz de un convenio pactado con el Ministerio de Salud.

La Guía del Planificador IEC estuvo a cargo de un equipo de consultores externos con experiencia en comunicación en salud y monitoreados por personal del Ministerio. Asimismo, fue creada para profesionales y técnicos en salud del MINSa (doctores, obstetras y enfermeras), miembros del equipo que trabajaban en la formación de personal en comunicación educativa en salud y responsables de la conducción y evaluación de los programas de comunicación educativa en salud.

La finalidad de la creación de la Guía del Planificador IEC consistió en fortalecer al personal local, prestar apoyo técnico metodológico al desarrollo de habilidades y destrezas de los mismos para fomentar que ellos investiguen problemas de salud, diseñen estrategias y evalúen iniciativas de comunicación en salud, basadas en el manejo de situaciones y problemas a nivel local.

Respecto al contexto en el que la Guía del Planificador IEC aparece, se puede afirmar que fue en el marco del proceso de Reforma Sanitaria de mediados de los años 90, el cual requirió la formación de personal especializado para el diseño y gestión de acciones de educación y promoción de la salud en los espacios y corredores sociales delimitados por las Redes Sanitarias.

Dentro de las implicancias que conllevó la Guía del Planificador IEC se encuentra lo que fue orientar el trabajo en la promoción de prácticas saludables mediante la ejecución de las estrategias, elaboración de mensajes y materiales correspondientes, para lo cual, se enfrentó con desventajas propias del contexto. Es decir, que aún no se encontraban familiarizados con la puesta en marcha de este tipo de intervenciones y sus beneficios. Por ello, contaban con algunas limitaciones para desarrollar y sistematizar experiencias de esta naturaleza.

Finalmente, respecto a los fundamentos de la Guía del Planificador IEC, éste consistió en el recojo, sistematización y aplicación de conceptos, enfoques y técnicas probadas en diversos escenarios por organizaciones y proyectos como la Academia para el

Desarrollo Educativo (AED), Yhe Johns Hopkins Center for Communication Programs (JHU), OPS, Proyecto BASICS y Proyecto Healthcom.

¿Qué Programa solicitó la creación de la Guía del Planificador IEC?	¿A quién se dirigió la Guía del Planificador IEC?	¿Para qué fue creada la Guía del Planificador IEC?	¿En qué contexto apareció la Guía del Planificador IEC?	Implicancias de la Guía del Planificador IEC	Fundamentos Técnicos de la Guía del Planificador IEC
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía que fue creada como herramienta básica del programa de fortalecimiento de Capacidades de las Comisiones IEC en PECE del Proyecto Salud y Nutrición Básica (PSNB), Convenio Perú – BIRF del Ministerio de Salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal de comunicación en salud de la sede central y de las regiones de salud, profesionales y técnicos de salud del MINSA, miembros del equipo que trabajaban en la formación de recursos humanos en comunicación educativa en salud y responsables de la conducción y evaluación de planes y programas de comunicación educativa en salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fue creada para tratar de responder a la necesidad de fortalecer los recursos humanos, como también prestar apoyo técnico – metodológico al desarrollo de destrezas y habilidades en el personal local para investigar problemas de salud, diseñar estrategias, supervisar y evaluar intervenciones de comunicación en salud basadas en la comprensión y manejo de situaciones y problemas locales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Guía del Planificador IEC se insertó en el marco del proceso de Reforma Sanitaria de mediados de los años 90, el cual requirió la formación de recursos humanos para el diseño y gestión de acciones de educación y promoción de la salud en los espacios y corredores sociales delimitados por las Redes Sanitarias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Guía del Planificador IEC implicó orientar el trabajo en la promoción de prácticas saludables mediante la ejecución de las estrategias, elaboración de mensajes y materiales para lo cual, se enfrentó con desventajas propias de contextos aún no familiarizados con la puesta en marcha de este tipo de intervenciones y sus beneficios y/o con algunas limitaciones para desarrollar y sistematizar experiencias de esta naturaleza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Guía del Planificador IEC recogió, sistematizó y aplicó conceptos, enfoques y técnicas probadas en diversos escenarios por organizaciones y proyectos como la Academia para el Desarrollo Educativo (AED), Yhe Johns Hopkins Ceenter for Communication Programs (JHU), OPS, Proyecto BASICS y Proyecto Healthcom.</li> </ul>

La **Guía del Planificador IEC está compuesta por 4 módulos**. Los cuales forman parte del Proceso PECE (Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa) y están relacionados con las 4 etapas de dicho proceso.

El módulo 1 denominado “El Diagnóstico”, el cual informa sobre el recogimiento, selección, sistematización y análisis de información sobre el público objetivo y el contexto que se desea intervenir. Asimismo, menciona que se inicia con la identificación y priorización del problema de salud y el análisis de sus principales causas y efectos. Finalmente, relaciona el problema de salud con el análisis situacional del contexto que lo rodea y las características de la población afectada en torno al tema que se busca intervenir.

El módulo 2 denominado “La Estrategia”, el cual trata sobre el recogimiento de resultados sistematizados del diagnóstico, para racionalizar los procesos y sistemas de comunicación educativa con el fin de lograr mayor efectividad en el público objetivo. De igual manera, precisa al público primario y secundario, plantea los objetivos de

comunicación, elabora los mensajes, selecciona los medios, determina las funciones del equipo de trabajo, traza cronograma y el presupuesto a emplear.

El módulo 3 denominado “La Intervención”, el cual abarca información sobre cómo llevar a cabo la ejecución de la estrategia. Del mismo modo, propone que se pueden hacer ajustes respecto a los mensajes y materiales que se pretendan elaborar mediante el proceso de validación y producción de los mismos.

Finalmente, el módulo 4 denominado “La Evaluación”, el cual brinda información respecto al monitoreo y la evaluación y los propone como canales de feed back con el público objetivo. Asimismo, menciona que el monitoreo permite suministro de información necesaria sobre la ejecución del proceso y de las actividades mientras que la evaluación permite medir resultados que se van produciendo en relación con los objetivos planteados, con la finalidad de tomar decisiones para realizar correcciones si fuese necesario.



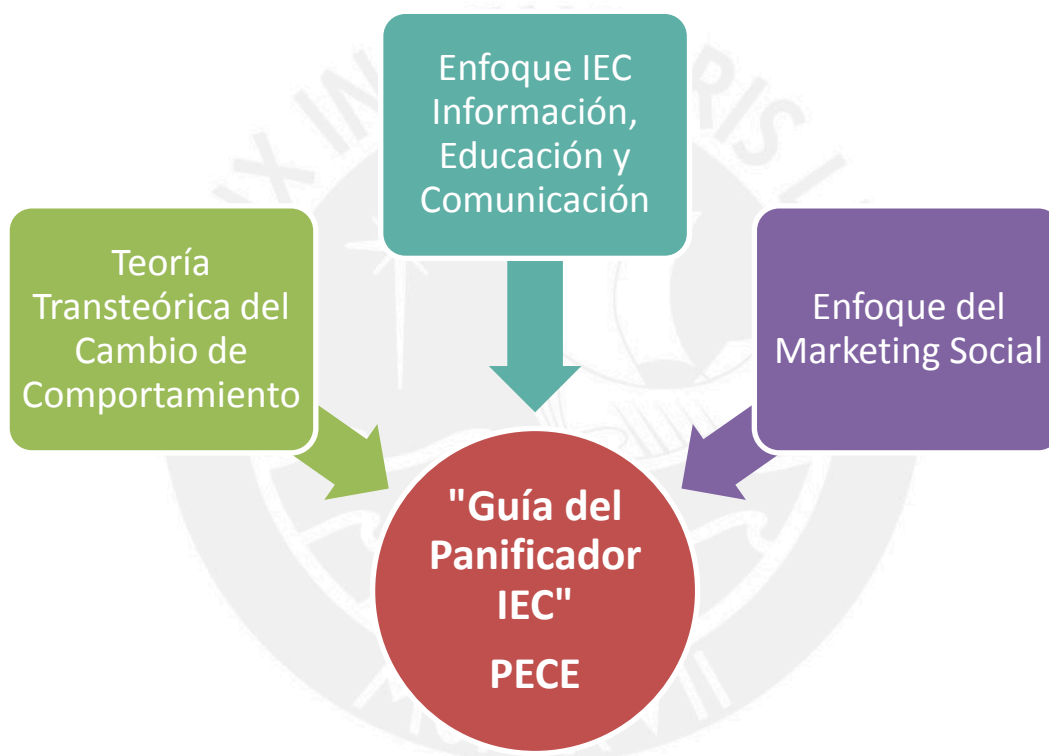
La **línea metodológica de la Guía del Planificador IEC** está basada en 2 enfoques. El primer enfoque IEC (Información, Educación y Comunicación), el cual fue empleado a partir de la década del 60 por los planificadores de salud, como respuesta al modelo de atención primaria de salud, el cual estaba denominado por el slogan “prevención más que curación”.

El segundo enfoque la Teoría transteórica del cambio de comportamiento, el cual fue empleado desde 1985 debido a la necesidad de acompañar las intervenciones de



salud comunitaria, con actividades de información y educación que estuviesen orientadas a adquirir conocimientos, actitudes y prácticas óptimas, al fin de lograr cambios de comportamiento en el público objetivo, hacia temas de salud.

Y, el tercero, el enfoque de Marketing Social, empleado desde la década del 90 por la necesidad de acompañar las intervenciones de salud enfocadas a la comunidad, con actividades de información y educación que estuviesen orientadas a adquirir conocimientos, actitudes y prácticas óptimas, al fin de lograr también cambios de comportamiento del público objetivo.

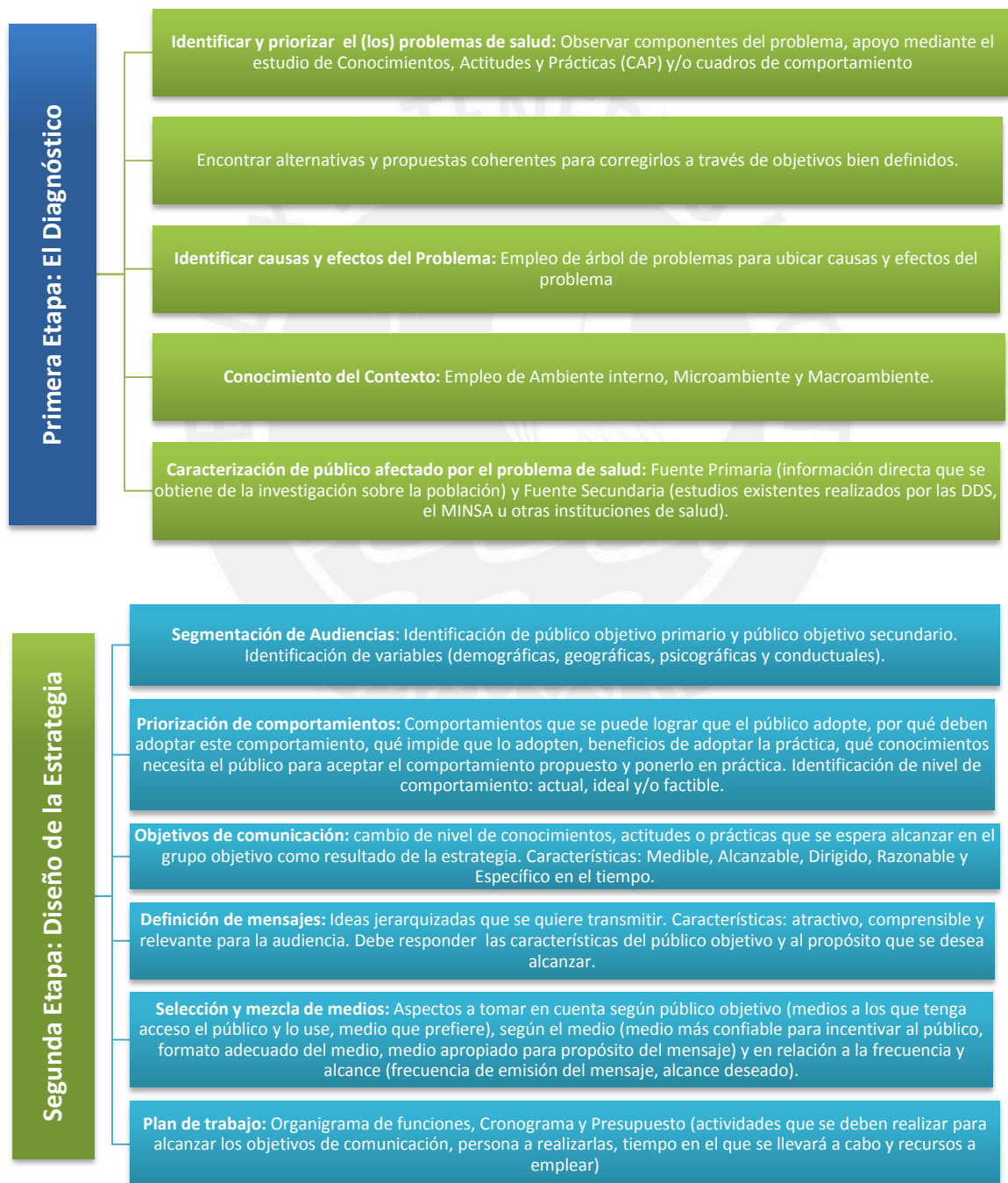


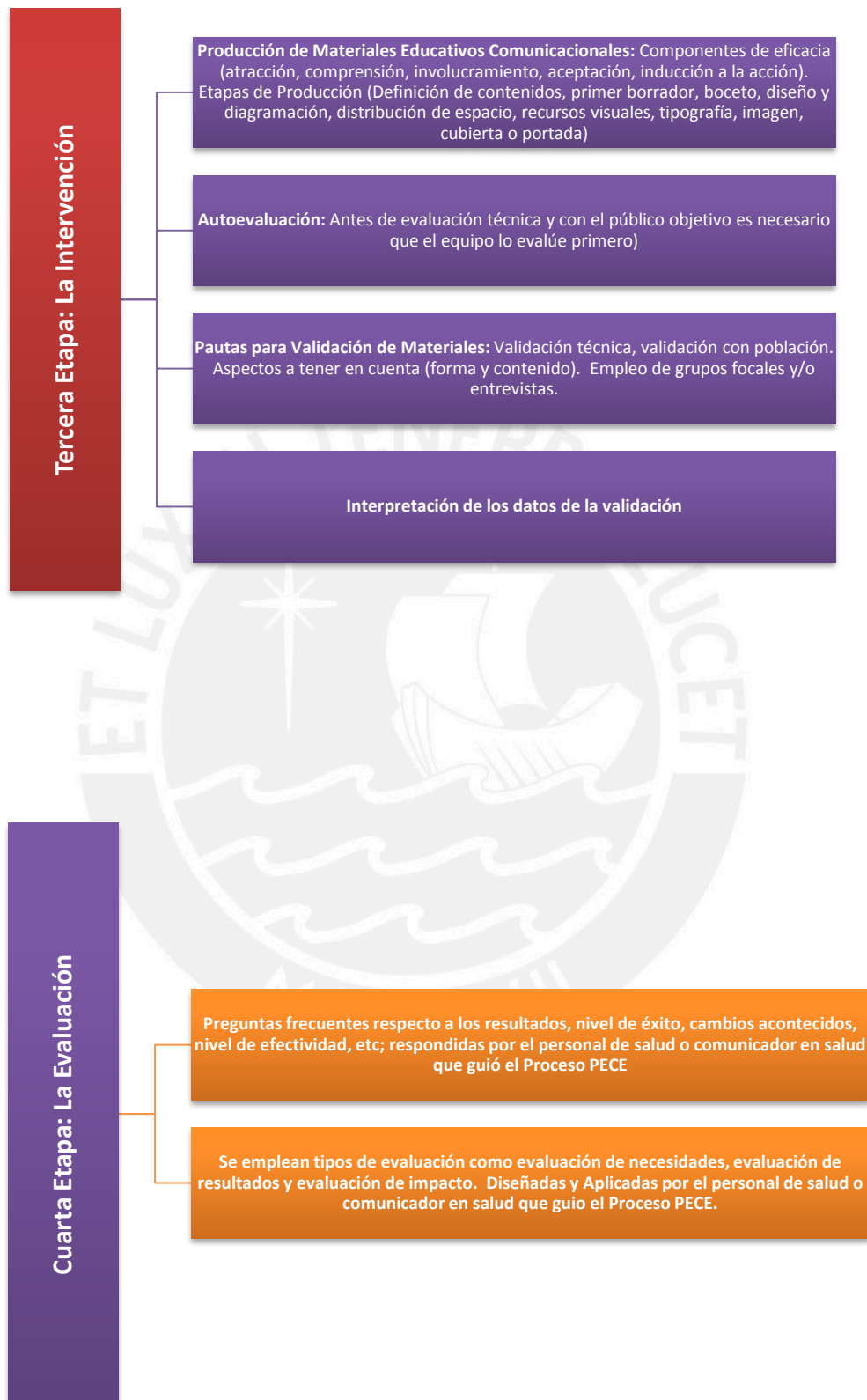
La fusión de estos tres paradigmas, genera como resultado la Guía del Planificador IEC, cuyo objetivo central fue ayudar a lograr cambios de comportamiento sostenibles a través de procesos de comunicación debidamente planificados.

## 5.2 Metodología IEC & Metodología Participativa

Ambas Metodologías están planteadas como Proceso. Así, para la metodología IEC, que subyace la Guía del Planificador, se le conocerá como **Proceso PECE**. De igual manera, para la metodología participativa, se le conocerá como **Proceso Participativo**.

### 5.2.1 Metodología IEC: Proceso PECE





En primera instancia, el **PROCESO PECE** contempla al personal de salud o comunicador en salud como un investigador y moderador. Es decir, aquella persona que guía y establece el contenido y qué hay que hacer en cada momento.

El formato de trabajo del **PROCESO PECE** se realiza mediante reuniones en donde el personal de salud o comunicador en salud convoca al público objetivo para poder extraer información relevante y pertinente sobre ellos y su contexto, y así poder elaborar la estrategia de comunicación que se desee emplear para el programa de salud, ya sea de promoción de salud, difusión de alguna campaña o educación a obtener hábitos de vida más saludables y evitar enfermedades.

Respecto a los resultados de cada una de las reuniones son recopiladas y procesadas por el personal de salud o comunicador (investigador) para que en conjunto con el equipo de trabajo, se distribuyan funciones de ejecución y diseño de la intervención. De igual manera, cabe resaltar que estos resultados son de exclusivo uso del equipo de trabajo, es decir, en ningún momento son compartidos ni devueltos al público que formó parte de la muestra para el recojo de información oportuna. Por ello, el **PROCESO PECE** a pesar de ser efectivo hacia sus propios objetivos como metodología en sí, no se caracteriza por ser un **PROCESO HORIZONTAL**, sino más bien es un **PROCESO VERTICAL**. En el cual la población es vista solo como el público objetivo al cual se quiere llegar, restándole sus atributos de personas y ciudadanos que tienen derecho a poder obtener su propio autodesarrollo, en este caso, a decidir y proponer cuál es la mejor manera en la que pueden prevenir o combatir una enfermedad, teniendo en cuenta su contexto, costumbres, composición familiar y realidades sociales.

El **PROCESO PECE** sistematiza la información obtenida y va construyendo constantemente, después de concluir la sistematización de cada etapa de la metodología. Sin embargo, esta construcción es unidireccional, ya que solo está concebida y realizada bajo la perspectiva del equipo de trabajo (personal de salud o comunicador). Es decir, no hay un retorno del conocimiento ni una construcción colectiva, es decir, que involucre y genere sentido de pertenencia en la población que tiene que prevenir o combatir el problema en salud ante el cual se quiera actuar.

Finalmente, los resultados finales son evaluados por el equipo de trabajo, para ver la reacción de la población: si están cambiando de conductas o si es que han entendido el mensaje que se ha querido transmitir para que cuiden su salud. Sin embargo, el **PROCESO PECE** no contempla un seguimiento a la población en sí, sino meramente a sus reacciones y a los cambios positivos o negativos que han

podido lograr, mediante la estrategia comunicacional que se propuso. Es decir, cómo quedó la población después de haber recogido la información, qué es lo que hubiesen querido aportar o ejecutar ellos mismos o cómo es que ese proceso al cual ellos fueron convocados a cambiado su perspectiva como personas respecto al problema de salud identificado y a su estilo de vida en general.

En conclusión, el **PROCESO PECE**, como metodología en sí cumple su función en brindar educación a la población mediante el proceso comunicacional. Sin embargo, en el contexto actual en el que la sociedad peruana se encuentra, ésta metodología no es suficiente para poder lograr nivel de impacto y, por ende, satisfacción en cada grupo y subgrupo de personas y ciudadanos que tienen problemas de salud diversos. Es necesario reformar la forma en la que el personal de salud o comunicador en salud llevan a cabo sus despliegues en el campo, ya que si se desea una cultura de prevención oportuna, quién mejor que recurrir a la misma población para que sean **PARTE ACTIVA** de ese proceso de cambio.

➤ **Materiales empleados y Dinámica de Intervención de Reuniones con Población:**

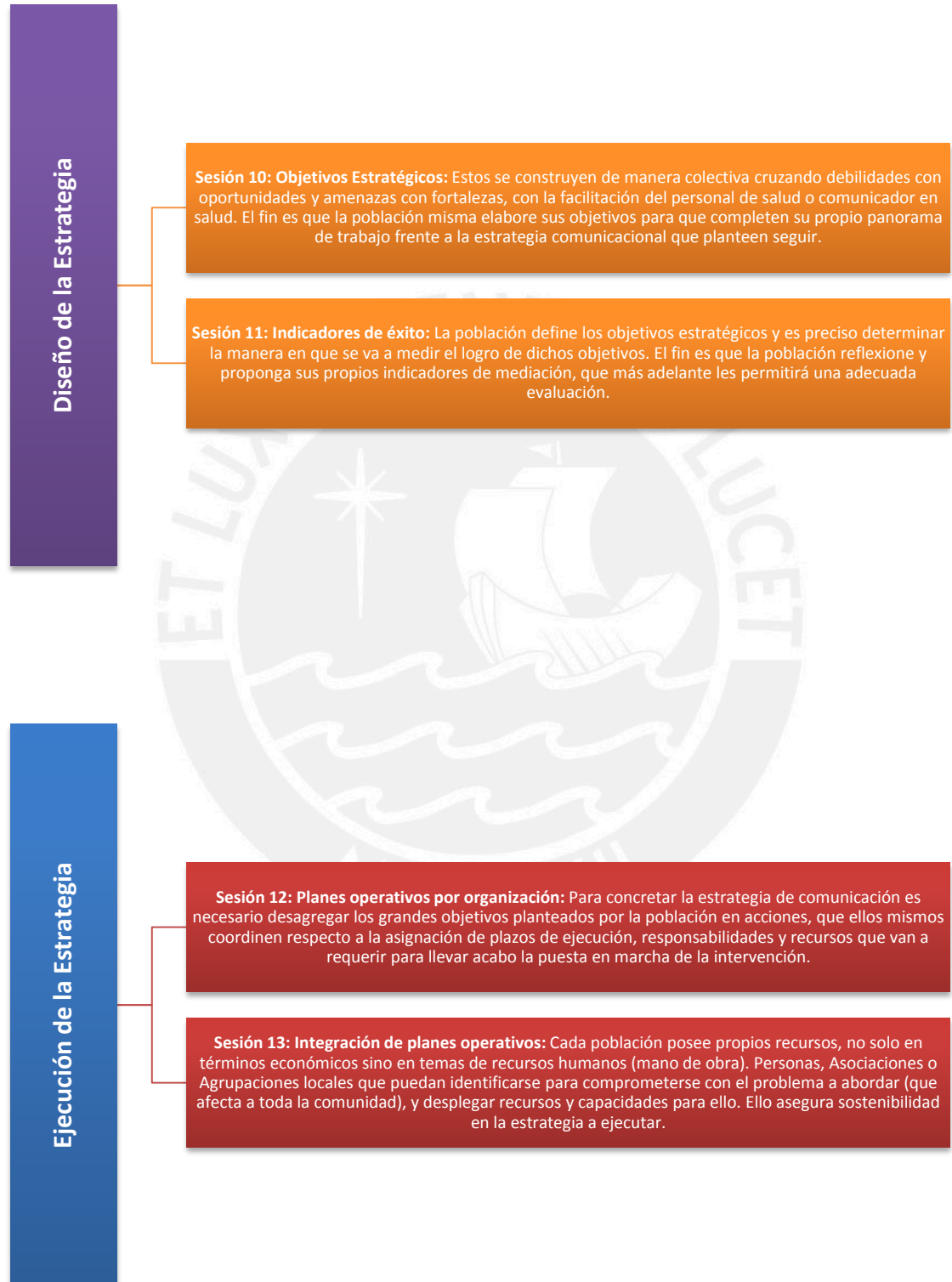
Los materiales empleados son preparados y seleccionados exclusivamente por el equipo de trabajo. Pueden ir desde encuestas, formato de observación participante hasta diseños impresos. En cuanto a la dinámica de las reuniones de trabajo con la población, éstas son llevadas a cabo en formato de focus group o charla – taller. Además éstas son realizadas por cada etapa del **PROCESO PECE**.

No existe el componente de **REFLEXIÓN** como parte de estas reuniones de trabajo con la población. Lo que se busca es extraer información para que el equipo construya la estrategia ideal de comunicación para la población, mas no implica un proceso reflexivo que lleve a un **AUTORECONOCIMIENTO** y que, por ende, logre el sentido de pertenencia ni empoderamiento de la población respecto al problema de salud que se desea abordar.

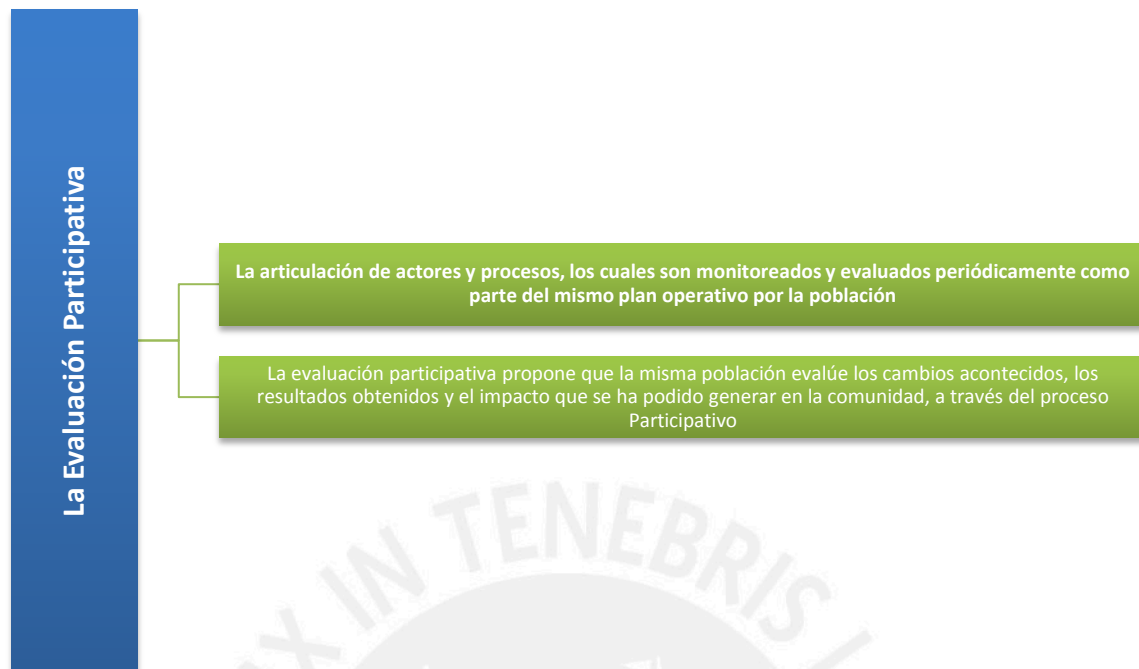
### 5.2.2 Metodología Participativa: Proceso Participativo











En primera instancia, el **PROCESO PARTICIPATIVO** contempla al personal de salud o comunicador en salud como un facilitador de procesos. Es decir, aquella persona que solo da pautas necesarias y que permite que un determinado grupo fluya por sí solo, produciendo conocimiento, propuestas y acción frente a una problemática identificada.

El formato de trabajo del **PROCESO PARTICIPATIVO** no se da por Etapas, sino por sesiones, en cada una de las cuales no se extrae información para emplearla en el diseño de la estrategia de comunicación sino el facilitador se orienta por la búsqueda del aprendizaje colectivo (tanto él como la población poseen un conjunto de saberes), que permitirá que la población deje su estado pasivo ante el problema de salud y, que por el contrario, ellos mismos se logren empoderar, tomar las riendas y accionar en conjunto para establecer sus propias estrategias de intervención ante el problema de salud existente. En otras palabras, que sean ellos mismos quienes reflexionen, identifiquen, propongan y ejecuten la intervención para el crecimiento y el desarrollo en temas de su salud y la de sus respectivas comunidades.

Los resultados de cada una de las sesiones deben ser recopilados y procesados por el facilitador y devueltos oportunamente a los participantes. Para ir sistematizando este proceso y visualizando el avance del proceso de construcción

colectiva, se recomienda ir armando, en papeles grandes y en un lugar visible, una matriz general o de resumen (a manera de poder ordenar la información reflexionada, organizada y propuesta por la población), que contenga los siguientes aspectos: Situación Actual, Situación Deseada, Objetivos Estratégicos del Proceso de Comunicación y Actores.

Con los resultados finales se construye un documento de sistematización que se distribuye a toda la población participante a las sesiones participativas para facilitar el seguimiento de las mismas, respecto a su desenvolvimiento de respuesta frente a la problemática de salud previamente identificada.

➤ **Materiales empleados y Dinámica de Intervención en Reuniones con Población:**

Los materiales empleados son seleccionados por el facilitador, pero de uso exclusivo de la población. El **PROCESO PARTICIPATIVO** se caracteriza por estar bastante relacionado con lo artístico, ya que se emplean materiales de papelería (papelografos, papel kraft, cartulinas, etc), plumones y colores, tijeras, etc. Todo ello con el fin de ofrecer a la población diversas opciones para que ellos mismos se estimulen en organizarse y empezar a generar ideas en conjunto.

Respecto a la dinámica de las reuniones de trabajo con la población, éstas son llevadas a cabo en formato de sesiones o talleres, como antes ya se mencionó. En cada una de las cuales, se trabaja un aspecto específico, siendo el personal de salud o comunicador en salud un facilitador del proceso. Asimismo, se emplean diversas dinámicas en donde en todo momento los participantes están en movimiento y produciendo conocimiento.

En el **PROCESO PARTICIPATIVO** existe el componente de **REFLEXIÓN** como parte de las sesiones o charlas con la población. Lo que se busca es que la población logre identificar el problema de salud que le aqueja, proponga soluciones y plantee la estrategia ideal de comunicación, acorde a su propia realidad. Ello implica un proceso reflexivo que lleva a un **AUTORECONOCIMIENTO** y que, por ende, logre el sentido de pertenencia y empoderamiento de la población respecto al problema de salud frente al cual se desea accionar.

### 5.3 Análisis entre el Proceso PECE y el Proceso Participativo

El **Proceso PECE** se caracteriza por contar con 4 etapas de trabajo (El Diagnóstico, El Diseño de la Estrategia, La Intervención y la Evaluación), las cuales son desarrolladas por talleres. Para estos, los participantes son escogidos por el Personal de Salud o Comunicador responsable de construir y ejecutar la estrategia de comunicación. Previamente hace el perfil del público objetivo al que se pretende dirigir y el objetivo que persigue, teniendo en cuenta la problemática de salud existente en el contexto en donde se sitúa el público objetivo. De lo que no se da cuenta el personal de salud o comunicador responsable es de las expectativas que pudiese tener el público respecto a lo que se vaya ir trabajando a lo largo de los talleres. Si surgiese algún inconveniente, lo más probable es que el comunicador responsable busque posponer el desarrollo de los talleres hasta que las cosas vuelvan a la normalidad.

El **Proceso Participativo** se caracteriza por contar con 7 fases (Fase Previa, Diagnóstico Participativo, Conocimiento Colectivo Orientación y Proyección, Diseño de Estrategia, La Estrategia de Comunicación y la Evaluación Participativa), las cuales son desarrolladas por sesiones participativas. Para estas sesiones los participantes son convocados por el Comunicador responsable de facilitar el proceso. No suele limitarse a un tipo de público, sino a los que habitan una determinada comunidad y, de igual manera, a algunos grupos de interés como directivas, grupos o asociaciones comunales, por mencionar algunos (porque en muy raros casos suelen venir todos a los que se les convoca). No hay una elaboración de perfil del público a profundidad. Lo que sí tiene claro el facilitador antes de dar inicio al proceso es el nivel de trascendencia que van a tener las sesiones en la vida de las personas asistentes. Es decir, es consciente que las personas tienen expectativas y que se debe ser comprometido para llevar el proceso adelante, suceda lo que suceda en el transcurso del mismo.

A continuación presento y desarrollo los aspectos a comparar entre el Proceso PECE y el Proceso Participativo:

#### A. Aspectos Conceptuales

##### a) Enfoque Metodológico:

El **enfoque metodológico** que caracteriza y guía el **Proceso PECE** es el de **Información, Educación y Comunicación**; acompañada de algunas pinceladas de

la **teoría del cambio de comportamiento** para generar adopción de nuevos hábitos y comportamientos frente a una determinada problemática.

En cambio, el **enfoque metodológico** que caracteriza y guía el **Proceso Participativo** es el de la **Metodología Participativa** para generar compromiso, identificación y empoderamiento de las personas frente a una determinada problemática.

Por lo expuesto, se concluye que el enfoque metodológico empleado por el **Proceso Participativo** está más orientado a la persona que al producto comunicacional que se quiere obtener mientras que en el **Proceso PECE** está más orientado en el producto comunicacional que se desea obtener que en la persona en sí.

#### **b) Modelo Base:**

El **Modelo Base** que guía el **Proceso PECE** es el **modelo difusionista**, ya que se caracteriza por ser un **proceso unidireccional**.

En cambio, el **Modelo Base** que guía el **Proceso Participativo** es el **modelo participativo**, ya que se caracteriza por ser un **proceso bidireccional**.

Por lo expuesto, se concluye que el **modelo base** que guía el **Proceso Participativo** propone una dinámica comunicacional de ida y retorno, generando retroalimentación en el proceso mientras que el **Proceso PECE** propone una dinámica lineal y solo de transmisión de información.

#### **c) Definición del Problema:**

La **definición del problema** en el **Proceso PECE** siempre está relacionada a la **falta de información** de la población respecto a una determinada problemática de salud.

En cambio, la **definición del problema** en el **Proceso Participativo** está relacionada a la **falta de grupos de interés comprometidos**.

Por lo expuesto, se concluye que la **definición del problema** en el **Proceso Participativo** está más orientada al nivel de compromiso identificado en el grupo de personas a las cuales se convoca mientras que en el **Proceso PECE** solo se enfoca en identificar la escases de información con la que cuenta el grupo de personas con las que se hacen los talleres.

**d) Noción del Impulsor:**

La **Noción del Impulsor** con el que cuenta el **Proceso PECE** es el de un **agente de cambio externo**.

En cambio, la **Noción del Impulsor** con la que cuenta el **Proceso Participativo** es el de **unirse a la asociación o al grupo de personas**.

Por lo expuesto, se concluye que la **Noción del Impulsor** que posee el **Proceso Participativo** está más enfocada en que el facilitador del proceso se una al grupo de personas como uno más de ellos mientras que en el **Proceso PECE** se contempla que el personal de salud o comunicador responsable sea externo de la comunidad o grupo de personas.

**e) Noción de Educación:**

La **Noción de Educación** que posee el **Proceso PECE** es el de una **pedagogía bancaria**, es decir, estacionaria y sin mayor participación.

En cambio, la **Noción de Educación** que posee el **Proceso Participativo** es el de una **pedagogía liberal**, es decir, en constante movimiento y con participación total.

Por lo expuesto, se concluye que la **Noción de Educación** que posee el **Proceso Participativo** es más integral y horizontal, ya que busca la participación constante del grupo de personas que forman parte del proceso mientras que el del **Proceso PECE** es más específico y vertical, por ende, su finalidad no es llevar a cabo una participación real.

**f) Noción de Grupos de Referencia:**

La **Noción de Grupos de Referencia** que caracteriza al **Proceso PECE** es el de contar con un **público objetivo pasivo**.

En cambio, la **Noción de grupos de Referencia** que caracteriza al **Proceso Participativo** es el contar con un **ciudadano objetivo activo**.

Por lo expuesto, se concluye que la noción de grupos de referencia del Proceso Participativo está orientada a posicionar a la persona como ciudadano, aquel responsable de sus actos y decisiones y por ende activo mientras que el Proceso PECE se enfoca en que la persona es el público que se tiene en la mira para generar cambios en él, por ende, pasivo.

#### g) Formas de Comunicación:

La **Forma de Comunicación** que posee el **Proceso PECE** está orientada a generar mensajes que buscan persuadir.

En cambio, la **Forma de Comunicación** que posee el **Proceso Participativo** está orientada a temas sociales involucrados, planteamiento de problemas y diálogo.

Por lo expuesto, se concluye que la forma de comunicación del **Proceso Participativo** se enfoca en temas sociales que involucre al grupo de personas convocadas, asimismo, el hecho que ellas sean las que planteen sus problemas y que haya un proceso de diálogo entre ellos mientras que el **Proceso PECE** solo se enfoca a la creación de mensajes creativos pero que solo tienen como finalidad convencer de algo al grupo de personas con las que se trabaja el taller.

#### h) Idea Principal del Cambio:

La **Idea Principal del Cambio** que tiene el **Proceso PECE** está enfocada en el comportamiento individual.

En cambio, la **Idea Principal del Cambio** que tiene el **Proceso Participativo** está enfocada en el comportamiento social e individual, normas sociales y relaciones de poder.

Por lo expuesto, se concluye que la idea principal de cambio del **Proceso Participativo** tiene un fin de corte social e integral, ya que no solo le interesa el comportamiento de la persona en sí misma, sino de ella con todo lo que la rodea; en función de las normas existentes en su contexto y de las relaciones de poder que se establecen diariamente mientras que al **Proceso PECE** solo le interesa el comportamiento de la persona sin tomar en cuenta otros factores que pudiesen influir en él.

#### i) Resultados Esperados:

El **Resultado Esperado** en el **Proceso PECE** está orientado a un cambio de comportamiento individual; un aspecto más numérico.

En cambio, el **Resultado Esperado** en el **Proceso Participativo** está orientado a una articulación de procesos políticos y sociales, un cambio sostenible y la acción colectiva.

Por lo expuesto, se concluye que el resultado esperado del **Proceso Participativo** muestra mayor énfasis en los procesos que rodean a la realidad del grupo de personas convocadas, por ende, su finalidad es lograr un cambio que perdure en el

tiempo y en el que todos participen de manera conjunta mientras que el **Proceso PECE** tiene como fin obtener un cambio en el comportamiento o hábitos de la persona y, sobre todo, medir el impacto en un aspecto cuantitativo, sin tomar en cuenta otros factores.

**j) Nivel de Alcance:**

El **Nivel de Alcance** del **Proceso PECE** se caracteriza por darse en un **corto y mediano plazo**.

En cambio, el **Nivel de Alcance** del **Proceso Participativo** se caracteriza por darse en un **mediano y largo plazo**.

Por lo expuesto, se concluye que el nivel de alcance del **Proceso Participativo** tiene la finalidad de generar comportamientos y acciones sostenibles en las personas, frente a una problemática identificada mientras que el **Proceso PECE** solo busca lograr cambios de comportamientos y acciones inmediatas de las personas, frente a una problemática identificada.

**B. Aspectos Comunicacionales**

**a) Tipo de Comunicación:**

El **Tipo de Comunicación** que posee el **Proceso PECE** es **monológica**, es decir, una sola persona es la activa.

En cambio, el **Tipo de Comunicación** que posee el **Proceso Participativo** es **dialógica**, es decir, dos o más personas son activas.

Por lo expuesto, se concluye que el tipo de comunicación que posee el **Proceso Participativo** está basado en el diálogo, por ello todo el grupo de personas suelen estar en “actividad” mientras que en el **Proceso PECE** la comunicación es como un monólogo: solo uno habla, el resto atiende; no hay participación real.

**b) Función de la Comunicación:**

La **Función de la Comunicación** en el **Proceso PECE** tiene como finalidad **informar y persuadir**.

En cambio, la **Función de la Comunicación** en el **Proceso Participativo** tiene como finalidad **explorar y empoderar**.

Por lo expuesto, se concluye que la función de la comunicación que posee el **Proceso Participativo** es más eficiente, ya que no solo busca explorar y adentrarse en los otros, sino lograr que las personas se empoderen y posicionen sus opiniones en el proceso de toma de decisiones mientras que el **Proceso PECE**

solo se limita en brindar información a la persona y lograr convencerla de cambiar sus prácticas para mejorar su estado o problema que le aqueja.

**c) Propósito Principal:**

El **Propósito Principal** que tiene el **Proceso PECE** es crear conciencia, incrementar el conocimiento y promover actitudes y comportamientos de cambio.

En cambio, el **Propósito Principal** que tiene el **Proceso Participativo** es evaluar, sondear, analizar problemas, prevenir conflictos. Asimismo, construir capacidades e involucrar grupos.

Por lo expuesto, se concluye que el propósito principal del **Proceso Participativo** es más exhaustivo y de mayor impacto, ya que su fin es brindar herramientas para que un grupo de personas se autoevalúen, analicen sus problemas y desarrollen capacidades y propuestas para abordarlos mientras que el **Proceso PECE**, a pesar que se enfoca bastante en la investigación del otro, no logra el mismo nivel de impacto, ya que se centra más en brindar mayor información para cambiar actitudes y prácticas.

**d) Métodos y Medios de Comunicación Empleados:**

Los **Métodos y Medios de Comunicación Empleados** en el **Proceso PECE** son el uso de medios masivos y de medios en general.

En cambio, los **Métodos y Medios de Comunicación Empleados** en el **Proceso Participativo** son el uso intensivo del método interpersonal y el uso del diálogo para promover participación.

Por lo expuesto, se concluye que los métodos y medios de comunicación empleados en el **Proceso Participativo** son más directos y, por ende, eficientes, ya que buscan en todo momento el trato cara a cara con las personas y el diálogo entre las mismas mientras que el **Proceso PECE** opta por un canal masivo, que si bien es cierto, en primera instancia simulase mayor impacto, al momento que llega de persona a persona, suele perderse por su generalidad.

**C. Aspectos Estructurales**

**a) Modelo de Comunicación:**

El **Modelo de Comunicación** que rige al **Proceso PECE** es el **Modelo Tradicional**: emisor, receptor, mensaje, canal y código.

En cambio, el **Modelo de Comunicación** que rige al **Proceso Participativo** es el **Modelo Participativo**: interlocutores, diálogo y participación.



Por lo expuesto, se concluye que el modelo de comunicación que rige al **Proceso Participativo** es más acorde al contexto comunicacional en el cual se vive en la actualidad, ya que no existe jerarquías al momento de comunicarse, por ende, todos son interlocutores; no solo hay transmisión de información sino diálogo, por ende, hay participación mientras que el modelo que rige al **Proceso PECE** está más acorde al tipo de comunicación que existía antes, en la cual uno comunicaba algo (emisor), el otro recibía el mensaje (receptor), sin haber interacción entre ambos, por ende, no participación.

**b) Rol y Forma de Pensar:**

El **Rol y Forma de Pensar** en el **Proceso PECE** reside en el personal de salud o comunicador responsable, el cual tiene un **rol activo que da pautas**.

En cambio, el **Rol y Forma de Pensar** en el Proceso Participativo si bien reside también en el personal de salud o comunicador responsable, éste tiene un **rol activo que facilita el proceso**.

Por lo expuesto, se concluye que el rol y forma de pensar en el **Proceso Participativo** es más horizontal, ya que el personal de salud o comunicador responsable pasa a ser un facilitador del proceso y, por ende, su forma de pensar se resume en un “ambos sabemos, ambos aportamos” mientras que en el **Proceso PECE** es más vertical, ya que el personal de salud o comunicador responsable es solo un tallerista y, por ende, su forma de pensar se resume en un “Yo sé. Tú no sabes”.

#### 5.4 Breve Análisis desde la Perspectiva de la Investigadora

Con el brote del cólera en Perú (1991), se demostró la efectividad de la relación entre Estado y Sociedad Civil, ya que se establecieron puntos de encuentro y articulación, que favorecieron notablemente la organización del ámbito local en la gestión y la acción entre sectores, generándose diversos comités distritales de lucha contra la epidemia del cólera (vasos de leche, comedores, organizaciones locales, etc). A partir de 1992 se iniciaron el desarrollo y ejecución de Proyectos de Inversión con apoyo de Cooperación. Dentro de los que resaltan el Proyecto 2000 y el Proyecto Salud y Nutrición Básica (PSNB), éste último llevado a cabo en 1994. Luego, en 1996, año en el cual se dio la aparición de la Guía del Planificador IEC, surgió la creación y ejecución de la Red de Municipios y Comunidades Saludables para un Desarrollo Sostenible, con apoyo de OPS – OMS, UNICEF, UNESCO, ODA, USAID y Proyecto AMARES.

Como se ha ido viendo a lo largo del presente capítulo, la Guía del Planificador IEC (1996) preliminarmente, se pensó que fuese construida participativamente, a través de talleres en donde se podría diseñar contenido con población real. Sin embargo, por cuestiones de tiempo y premura en cuestiones de término de documento y consultoría, no se pudo explorar ese aspecto. Generando que 1) el contenido fuese solo validado por expertos y, por ende, 2) la línea teórica predominante fuese una fusión de enfoques: IEC (Información, Educación y Comunicación), Teoría transteórica del Cambio de Comportamiento y el Marketing Social.

A pesar de ello, la Guía del Planificador IEC tuvo un valor importante es considerada un hito en términos de guías en el MINSA no solo por el contenido en sí, sino porque jugó un papel importante en la etapa posterior a la epidemia del cólera, ya que había que mantener los hábitos y prácticas saludables para evitar recaer en dicha enfermedad, por ende, el enfoque metodológico de la Guía fue empleado desde la Dirección de Comunicaciones del Ministerio de Salud, durante todos los periodos en los que estuvo Estela Roeder. Asimismo, en la línea de promoción de la salud, incluso algunos temas actuales como lavado de manos e higiene, por ejemplo, se han venido trabajando bajo los enfoques que son base de la Guía IEC. Khatya Rojas, directora de dicha área fue quien nos afirmó eso en su entrevista (véase en Anexos).

Siendo un hito como se manifestó, la Guía IEC se quedó solo en el círculo de la salud pública. No obstante, solo comunicadores de larga data dentro del ministerio, los que formaron parte de la elaboración de la misma y algunos docentes que en algún momento se relacionaron con el campo de la comunicación en salud, son los que conocen y poseen un ejemplar original de la guía. Una prueba de ello es que en la biblioteca virtual del MINSA, se encuentran todas las guías o manuales que han ido desarrollando, pero la Guía del Planificador IEC no figura.

De igual manera, los usuarios de la Guía IEC pertenecientes al sector privado afirmaron que dicho documento les ha sido muy útil en el ámbito profesional y académico. Inclusive en consultorías para temas que no estaban relacionados con salud como medio ambiente, por ejemplo. Y, pese a ello, les sorprendió que en sus búsquedas por materiales similares de casos peruanos, encuentren 1) que no hay un material parecido en su alto nivel técnico y explicativo sobre la planificación estratégica en las comunicaciones y 2) que la Guía IEC no esté colgada ni compartida por ningún canal de internet.

Por otro lado, han existido algunos casos en los que se ha tomado la Guía IEC para hacer versiones más simplificadas, pero relacionadas solamente a comunicación y salud, para ámbitos como UNICEF, a través de Marilú Wiegold.

Si bien es cierto la Guía IEC en esencia es un valioso instrumento aplicativo, sin embargo, al colocarla en el escenario actual de las comunicaciones, se visibiliza su desfase en algunos temas y aspectos planteados. Teniendo en cuenta que en la actualidad hay mayor población, por ende, mayores necesidades de contar con vías efectivas de comunicación para prevención en salud en determinados temas; y que cada necesidad requiere respuestas diferentes y acertadas. ¿Acaso ya no es el momento que se plantee seriamente una línea de comunicación participativa en salud, facilitando el empoderamiento de una determinada población para generar más activismo, compromiso y responsabilidad de sus conductas en salud?



## CAPÍTULO 6

### Conclusiones



Por lo mencionado a lo largo de la investigación, presento las siguientes conclusiones:

- La Guía del Planificador IEC es un documento que fue elaborado en el marco del Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB) del Ministerio de Salud y financiado por el Banco Mundial, a cargo de un equipo de consultores externos con experiencia en comunicación en salud y monitoreados por personal profesional de salud. Dicha guía fue diseñada para que funcione como herramienta básica del Programa de Fortalecimiento de Capacidades de las Comisiones IEC en lo relacionado a Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa.
- La Guía del Planificador IEC está diseñada bajo tres lineamientos metodológicos: 1) *Información, Educación y Comunicación*, 2) La Teoría Transteórica del Cambio de Comportamiento y 3) La *teoría del Marketing Social*, la fusión de estos tiene como finalidad lograr cambios de comportamientos y, por ende, adquisición de nuevos hábitos y prácticas en la vida cotidiana de una determinada población.
- La Guía del Planificador es considerada un hito en términos de guías en el MINSA no solo por el contenido en sí, sino porque jugó un papel importante en la etapa posterior a la epidemia del cólera, ya que había que mantener los hábitos y prácticas saludables para evitar recaer en dicha enfermedad, por ende, el enfoque metodológico de la Guía del Planificador IEC fue empleado desde la Dirección de Comunicaciones del Ministerio de Salud.
- No existe una Guía de Comunicación propiamente dicha que el Ministerio de Salud haya vuelto a elaborar. Por ende, la Guía del Planificador IEC es hasta ahora la única Guía de Comunicación que ha tenido el Ministerio.
- La Guía del Planificador IEC, al ser considerada como la única guía de comunicación propiamente dicha hasta el día de hoy; además haber tenido diversos tipos de usos en el tiempo tanto en la esfera pública como privada y, finalmente, por contar con lineamientos internacionales como los de John Hopkins Center of Communications, HEALTHCOM, AED y Manus Group - instituciones pioneras y con amplia experiencia en el campo de la comunicación en salud - es que podría ser un referente importante para la elaboración de futuras guías de comunicación en salud, bajo el enfoque de la metodología participativa.
- La Guía del Planificador IEC posee un modelo de comunicación tradicional que se caracteriza por una comunicación unidireccional, es decir monológica. Si

bien es cierto fue eficiente para la época en la que surgió (1996), en la actualidad, el enfoque de comunicación y la metodología propuestas muestran limitaciones para comprender procesos comunicativos debido a lo complejo que estos se han ido tornando y que, por ende, merecen un sistema de abordaje más integral y que responda a las demandas de una población más numerosa y que cada día se enferma más.

- La Metodología Participativa es un enfoque transversal, es decir, se puede emplear en cualquier ámbito en el que exista un problema determinado y que, por ende, limite alcanzar el desarrollo (educación, agricultura, salud, etc).
- La Metodología Participativa es un enfoque metodológico cuya finalidad es empoderar a una población determinada frente a una situación o problemática existente, mediante la creación de una estrategia de intervención propuesta y llevada a cabo por la misma población.
- Por ende, la elaboración y diseño de futuras guías de comunicación en salud pública se pueden llevar a cabo bajo el enfoque de la Metodología Participativa. Para ello es importante que todo aquel que esté vinculado al tema de salud (personal de salud, comunicadores en salud del MINSA, promotores de salud, etc) se encuentren sensibilizados respecto a ello para que pueda generarse la implementación de dicho enfoque.

## CAPÍTULO 7

### Recomendaciones



## 7.1 Recomendaciones Generales

- ✓ El paradigma teórico que aparece en la actualidad como interesante e importante y ofrece más respuestas a la relación entre comunicación y salud es el enfoque de la Metodología Participativa.
- ✓ La incorporación de la metodología participativa va más allá de involucrar a un grupo de personas desde el inicio. Al ejecutar una secuencia interesante, se legitimaría con estas mismas personas, ya que al estar participando y brindando propuestas para el diseño de estrategias de comunicación en salud, el comunicador va a recoger las dificultades, los problemas, los retos y, también, la riqueza de la experiencia de la población que participarían en el proceso.
- ✓ Tomar como ventaja los lineamientos y pilares fundamentales que guían la Nueva Reforma en Salud establecida desde el 2013, para llevar a cabo el diseño e implementación de una futura guía para el diseño participativo de estrategias de comunicación en salud.

## 7.2 Recomendaciones Específicas

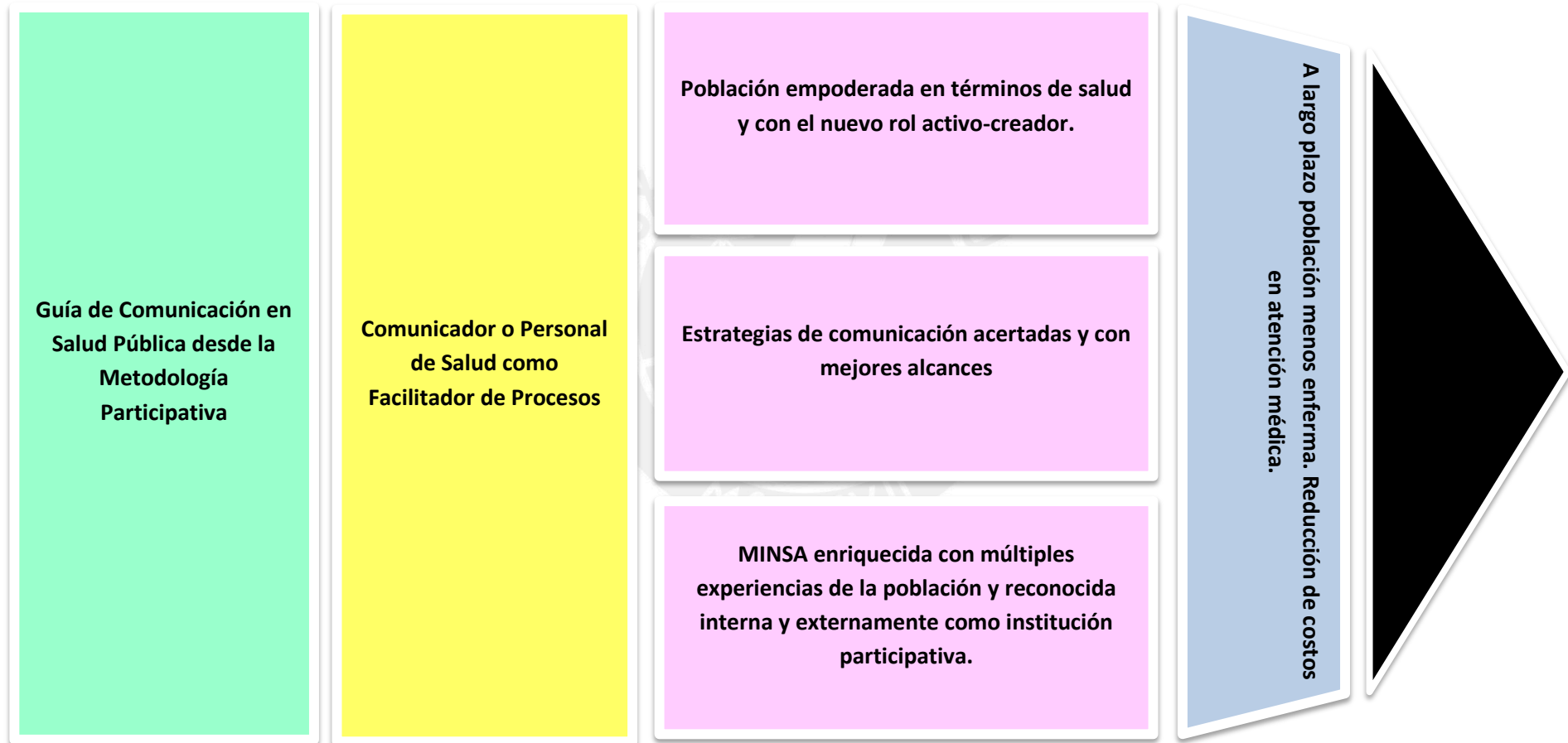
- ✓ La creación de una futura guía para el diseño participativo de estrategias de comunicación en salud debe buscar una nueva puesta en escena por parte del Ministerio de Salud frente al tema de generar procesos de comunicación efectiva y sostenible. No limitar su uso y aplicación solo para recojo de información o construcciones de diagnósticos, ya que trabajar con personas para empoderarlas, implica despertar expectativas. Por ende es un tema serio y de compromiso total.
- ✓ En caso de la elaboración de una futura guía para el diseño participativo de estrategias de comunicación en salud, debería llevarse a cabo a cargo de un especialista en Metodología Participativa para potenciar la propuesta y un comunicador para el desarrollo especialista para perfilar el contenido.
- ✓ Una futura guía para el diseño participativo de estrategias de comunicación en salud no solo se debe basar en el criterio del especialista, sino en Sesiones Participativas con población real, es decir, construirla desde el campo y no desde el escritorio. Para ello, se podrían llevar a cabo sesiones participativas, a nivel piloto, en zonas urbano marginales de algunos distritos de Lima Este.



Distritos en donde el Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB) trabajó a través del enfoque de la Guía del Planificador IEC.

- ✓ Una futura guía para el diseño participativo de estrategias de comunicación en salud debería estar dirigida al personal de salud: comunicador, planificador y/o promotor. Con la finalidad de desencadenar procesos participativos y, por ende, de empoderamiento en una determinada población y/o comunidad.
- ✓ Una futura guía para el diseño participativo de estrategias de comunicación en salud debería orientarse en brindar pautas concretas hacia los comunicadores y/o personal de salud. Iniciativa que debería estar complementada con Sesiones Participativas en dónde se despierte en ellos, el rol de facilitador de procesos, generando que estos nuevos facilitadores puedan brindar herramientas de empoderamiento a una determinada población para obtener una conducta en salud más sostenible en el tiempo.
- ✓ Proceso Metodológico para elaborar una futura guía para el diseño participativo de estrategias de comunicación en salud debería constar de la secuencia de las siguientes fases: 1) Presentación, 2) Diagnóstico Participativo, 3) Necesidad de Comunicarse, 4) Identificación del agente que tiene Poder, 5) Dirección a seguir, 6) Capacidad Comunicacional, 7) Diseño de la Estrategia, 8) Estrategia Participativa de Comunicación y 9) Evaluación Participativa.

7.2.1. Cadena de Valor del Proceso de elaboración de una futura guía para el diseño participativo de estrategias de comunicación en salud.



El presente diagrama denominado “cadena de valor” ha sido creado con la finalidad de mostrar la secuencia de aspectos que implicaría el proceso de elaboración de una guía de Comunicación en Salud desde el enfoque de la Metodología Participativa; y cómo va adquiriendo un valor agregado conforme cada aspecto se va realizando.

La descripción de la cadena sería la siguiente: Con una Guía de Comunicación en Salud Pública desde la Metodología Participativa se lograría que el comunicador o personal de salud tenga las herramientas necesarias para desenvolverse en el campo del nuevo enfoque; generando una transformación profesional, dejando atrás el rol de agente técnico e instrumentalista y dando paso al rol de facilitador de procesos. Ello traería consigo una sensación de reconocimiento de sus nuevos aportes y, por ende, capacidad de seguir comprometiéndose con su trabajo y con la institución.

Asimismo, al contar con un comunicador o personal de salud renovado y capacitado en la aplicación de la metodología participativa, se lograría tener una población empoderada en términos de salud, dejando atrás su rol pasivo – receptor, para dar paso a su nuevo rol activo – creador.

De igual manera, al tener una población activa y comprometida a participar, crear y proponer, se lograrían estrategias de comunicación acertadas, por ende, con mejores alcances. Generando un nivel de identificación de la población hacia las acciones de prevención e información.

Igualmente, si se tiene estrategias acertadas y efectivas que fueron construidas a partir de los testimonios y experiencias cotidianas de la población, el MINSA se enriquecería con información que no siempre es visible, pero sí importante, para abordar con éxito problemáticas de salubridad. Siendo reconocida a nivel interno y externo como institución gubernamental participativa y de alto impacto.

Finalmente, el cumplimiento de esta cadena de valor, lograría a largo plazo una reducción de costos en lo que respecta a inversión para servicios de atención médica, debido que con población prevenida, informada y, por ende, empoderada en términos de salud, se reducirían las posibilidades de enfermarse.

## BIBLIOGRAFÍA

ARMAS, Segundo

- 2013 *“Red de Comunicadores por el Desarrollo de la Amazonía: Una Experiencia Estratégica de Comunicación para el Desarrollo”*. Perú: Esquema e Imagen Ediciones. Pp.131.

Banco Mundial

- 2009 Informe de Evaluación de Proyectos. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Lima: Perú. Pp. 7. Consulta: 10 de Noviembre 2014.  
<[http://siteresources.worldbank.org/EXTWBASSHEANUTPOP/Resources/Peru\\_ppar\\_esp.pdf](http://siteresources.worldbank.org/EXTWBASSHEANUTPOP/Resources/Peru_ppar_esp.pdf)>

BELDARRAÍN, Enrique.

- 2002 Henry E. Sigerest y la Medicina Social Occidental. Volumen 28. N°1. Revista Cubana de Salud Pública. Sociedad Cubana de Administración en Salud. Consulta: 22 de Noviembre 2014.  
< <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21428107> >

CALANDRIA

- 2009 *“Cerrando Brechas, Aproximando Culturas: Un modelo de atenciónmaterno -perinatal”*.1º Edición.Lima:Perú. Editorial y Gráfica Ebra. Pp.97.

CALVELO, Manuel

- 2003 *“Comunicación para el Cambio Social”*. FAO: Oficina Regional FAO para América Latina y el Caribe. Pp.49.

COE, Gloria

- 1998 *“Comunicación y Promoción de la Salud”*. En: Chasqui. Revista Latinoamericana de Comunicación. Quito - Ecuador. Número 63. Mes: Septiembre. SNºpp. Consulta: 22 de Agosto de 2012.  
<<http://chasqui.comunica.org/coe.htm>>

COE, Gloria

- 2011 En: *“Comunicación y Salud”*. Inmediaciones de la Comunicación. Uruguay. Año 3. Número 3. S Nºpp. Consulta: 26 de Abril de 2012.  
<[www.ort.edu.uy/fcd/pdf/InmediacionesIII.pdf](http://www.ort.edu.uy/fcd/pdf/InmediacionesIII.pdf)>

CONFERENCIA “Salud para Todos en el Año 2000”

- 1986 *“Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”*. Canadá.  
< <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>>

II CONFERENCIA “Políticas Públicas para la Salud”  
1988 “Recomendaciones de Adelaide”. Australia. Consulta: 20 de  
Noviembre 2014.  
<[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/3\\_recomendaciones\\_de\\_Adelaide.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/3_recomendaciones_de_Adelaide.pdf)>

III CONFERENCIA “Sobre Promoción de la Salud y Entornos Propicios para la Salud”  
1991 “Declaración de Sundsvall”. Suecia. Consulta: 20 de Noviembre  
2014.  
<[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/4\\_declaracion\\_de\\_Sundsvall.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/4_declaracion_de_Sundsvall.pdf)>

IV CONFERENCIA “Sobre Promoción de la Salud en el Siglo XXI”  
1997 “Declaración de Yakarta”. Indonesia. Consulta: 20 de Noviembre  
2014.  
<[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5\\_Declaracion\\_de\\_Yakarta.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf)>

V CONFERENCIA “Promoción de la Salud: Hacia una Mayor Equidad”  
2000 “Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud:  
De las Ideas a la Acción. Consulta: 20 de Noviembre 2014.  
<[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/6\\_Declaracion\\_Mexico.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/6_Declaracion_Mexico.pdf)>

VI CONFERENCIA “Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado”  
2005 “Carta de Bangkok”. Tailandia. Consulta: 20 de Noviembre 2014.  
<[http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011\\_14.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011_14.pdf)>

#### CONSEJO NACIONAL DE SALUD

2013 “El Perú Saluda la Vida. Lineamientos y Medidas de Reforma del  
Sector Salud”. 1º Edición. Lima: Perú. Pp.1-165.

#### DELEUZE, Guilles

S/N Promoción de Salud en las Escuelas y su Inclusión en la Agenda  
Pública. [diapositivas]. Lima: Perú. Consulta: 15 de Noviembre 2014.  
<[www.mrs.prosynergy.org.pe/trabajamrs/l\\_descarga.php?ruta...ppt](http://www.mrs.prosynergy.org.pe/trabajamrs/l_descarga.php?ruta...ppt)>

#### DIAZ, Juan

2007 “Guía de Planificación Participativa de Estrategias de Comunicación  
en Salud”. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 1º Edición  
Asunción: Paraguay. Pp.1-64.

DÍAZ, Ricardo

- 2001 CLAS: Una experiencia para descentralizar servicios de Salud. En: Semanario Gestión Médica. Edición 226. Año 6. Lima: Perú. Pp. 18 - 24. Consulta: 10 de Noviembre 2014.

<[http://www.forosalud.org.pe/clas\\_descentralizar\\_servicios\\_de\\_salud.pdf](http://www.forosalud.org.pe/clas_descentralizar_servicios_de_salud.pdf)>

FISHBEIN, Martin

- 2006 *"The Role of Theory in Developing Effective Health Communications"*. En: Journal Communication. Pennsylvania: International Communication Asociation. 2006, N°56, pp. S1-S17.

FREIRE, Paulo

- 2005 *"Pedagogía del Oprimido"*. 2º Edición. Argentina: Siglo XXI. Pp. 1 -120.

GEILFUS, Frans

- 2009 "80 Herramientas para el Desarrollo Participativo. Diagnóstico, Planificación, Monitoreo y Evaluación" Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA). 8º Edición. San José: Costa Rica. Pp.1-208.

GUMUCIO-DRAGON, Alfonso

- 2001 *"Comunicación para la Salud: El Reto de la Participación"*. 1º Edición. Guatemala. Consulta: 26 Abril 2012.

< <http://www.comminit.com/en/node/150405> >

GUMUCIO-DRAGON, Alfonso

- 2004 *"El Cuarto Mosquetero: Comunicación para el Cambio Social"*. Revista de la Universidad del Norte Colombia: Investigación y Desarrollo. Barranquilla. Pp 23. Consulta: 27 Abril 2012.

< [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest\\_desarrollo/12-1/el\\_cuarto\\_mosquetero.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest_desarrollo/12-1/el_cuarto_mosquetero.pdf) >

INSTITUTO INTERNACIONAL DE INTEGRACION

- S N° AÑO *"La Investigación Cualitativa"*. Bolivia: La Paz. 3º Edición. Número 3. pp. 29. Consulta: 08 de Octubre del 2013.

<<http://www.iiicab.org.bo/Docs/doctorado/dip3version/M2-3raV-DrErichar/investigacion-cualitativa.pdf>>

LALONDE, Marc

- 1981 Informe Cat. No. H31-1374. ISBN 0-662-50019-9. "A new Perspective on the Health of Canadians". Ministerio de Cuidado y Salud Nacional. Canadá. Pp. 1- 77. Consulta: 08 de Octubre del 2013.  
<<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>>

LORENZO, Alcides.

- 2005 El Planteamiento Ideológico de Alma - Ata. Volumen 31. N°2. Revista de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Consulta: 22 de Noviembre 2014.  
< [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31\\_2\\_05/spu11205.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_2_05/spu11205.htm)>

MAYOBRE, José Antonio

- 1994 Capitulo 5. "Comunicación, Salud y Desarrollo". En: Por una Política de Comunicación para la Promoción de la Salud en América Latina. 1º Edición. Quito: Oficina Regional de Comunicación para América Latina. Pp.

MEDICUS MUNDI NAVARRA

- 2012 Aportes para la Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad en el Primer Nivel. Lima: Perú. Pp. 1- 112. Consulta: 10 de Noviembre 2014.  
<[http:// www.bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1880.pdf](http://www.bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1880.pdf) >

MINISTERIO DE SALUD (MINSA)

- 1993 Sistemas Locales de Salud: Abriendo Caminos hacia la Salud de Todos. Cajamarca - Perú. Pp. 20. Consulta: 19 de Noviembre 2014.  
< <http://www.bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2322.PDF> >

MINISTERIO DE SALUD (MINSA)

- 1996 "Guía del Planificador IEC. Planeamiento Estratégico del Comunicación Educativa (PECE)". Perú: Editorial Imprenta Cadillo S.R.L. Pp.139.

MINISTERIO DE SALUD Y USAID

- 2002 Proyecto 2000. Sistematización del Proyecto. Informe Final. Lima: Perú. Pp. 2. Consulta: 10 de Noviembre 2014.  
<<http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/3009/1/BVCI0002803.pdf>>

## MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

- 2003 Red de municipios y comunidades saludables del Perú.  
Organización Panamericana de la Salud: Perú. Pp. 33. Consulta: 10  
de Noviembre 2014.  
<[http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/224\\_cps5.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/224_cps5.pdf) >

## MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

- 2011 Documento Técnico. *“Modelo de Abordaje para la Promoción de Salud”*. Lima. Pp.7. Consulta: 27 de Abril de 2012.  
<[bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/203\\_PROM30.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/203_PROM30.pdf)>

## MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

- 2012 “Gobiernos Locales y Regionales presentan experiencias de Promoción en Salud”. [nota de prensa]. Lima: Perú. Consulta: 09 de Noviembre 2014.  
<[http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/nota\\_completa.asp?nota=11986](http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/nota_completa.asp?nota=11986)>

## MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

- 2013 “Lineamientos de Política Sectorial en Salud”. Oficina de Proyectos de Inversión & Oficina General de Planeamiento y Presupuesto. 1<sup>o</sup> Edición. Lima: Perú. Pp.1-33.

## MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

- 2014 “Los Pilares de un Cambio necesario”. Reforma es más Salud. Boletín N° 1. Lima: Ministerio de Salud. Pp1 -.7.

## MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

- 2011 Documento Técnico. *“Modelo de Abordaje para la Promoción de Salud”*. Lima. pp. Consulta: 27 de Abril de 2012.  
[bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/203\\_PROM30.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/203_PROM30.pdf)

## MOSQUERA, Mario

- 2006 *“Comunicación, Movilización y Participación: Lecciones aprendidas en la prevención y control de la fiebre Dengue (FD)”*. En: Revista Investigación y Desarrollo. Vol14. N°1. Barranquilla: Colombia. 2006, N°1, pp. 121-151.



## ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

1978 Declaración de Alma – Ata. Organización Panamericana de la Salud Promoviendo Salud en las Américas. Consulta: 25 de Noviembre 2014.

<[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=2518](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518)>

RAE, Real Academia Española.

2001 Diccionario de la Lengua Española. 1 Volumen. 22º Edición. Madrid: Espasa Calpe. Consulta: 26 de Abril 2012.

< <http://www.rae.es/rae.html> >

RAMIRO BELTRAN, Luis

2010 “Comunicación para la Salud del Pueblo”. En: Época II. VOL XVI. N° 31. Verano 2012, Pp 17 -65.

RÍOS, Iván

2011 “Comunicación en Salud: Conceptos y Modelos Teóricos”. Temuco: Chile. En: Revista Perspectivas de la Comunicación. Vol4. N°1. 26 de Mayo 2016.

< [http://www.sidocfeminista.org/images/books/04467/04467\\_00.pdf](http://www.sidocfeminista.org/images/books/04467/04467_00.pdf)>

SAMUSOCIAL PERÚ

2009 “Jornadas Académicas sobre Riesgos Sociales y en la Salud: Recuento de un Proceso de Diálogo Interdisciplinario para la Promoción de la Salud y el Desarrollo Social”. 1º Edición. Perú: Gama Gráfica S.R.L. Pp.342.

SAVE THE CHILDREN

2009 “¿Cómo desarrollar campañas de comunicación contra la explotación sexual de niñas, niños y adolescentes?”. Lima: Biblioteca Nacional. Pp.44.

SILVA, Virginia

2011 “Comunicación y Salud”. Inmediaciones de la Comunicación. Uruguay. Año 3. Número 3. pp. 121. Consulta: 26 de Abril de 2012.

< [www.ort.edu.uy/fcd/pdf/InmediacionesIII.pdf](http://www.ort.edu.uy/fcd/pdf/InmediacionesIII.pdf) >

TUFTE, Thomas

- 2009 *"Participatory Communication. A Practical Guide"*.1º Edición. Washington DC. World Bank Paper No.170. Pp.50
- USAID
- 2003 *"Comunicación en Salud: Lecciones Aprendidas y Desafíos en el Desarrollo Curricular"*. Conferencia realizada en Ica.Informe de Conferencia. Lima:Perú. OPS / OMS. Pp.47.
- OBREGON, Rafael
- 2005 "Comunicación, Desarrollo y Cambio Social: Dialogo con Everett M. Rogers". Diálogos de la Comunicación. Revista Académica de la Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación Social. Habana: FELAFACS. 2005, N°71, número, pp. 86-94.
- ROEDER, Estela
- 2003 *"Salud e Interculturalidad: Estudio Diagnostico"*.1º Edición. Lima: Proyecto Amares. Pp.50
- ROEDER, Estela
- 2006 *"Comunicación en salud: las políticas y las respuestas desde las Oficinas de Comunicación del Ministerio de Salud [diapositivas]*. Lima: Perú. Consulta: 08 de Octubre 2012.  
< [www.minsa.gob.pe/.../A-](http://www.minsa.gob.pe/.../A-)>
- VOCES NUESTRAS: Centro de Comunicaciones
- 2003 Manual para el Diseño Participativo de Estrategias de Comunicación [PDF].  
Costa Rica. Consulta: 10 de Septiembre 2013.  
<<http://www.vocesnuestras.org/sites/default/files/biblioteca/MANUAL%20de%20estrategias%20de%20comunicacion.pdf>>
- VOCES NUESTRAS: Centro de Comunicaciones
- 2005 De todo como en Botica: Manual de Técnicas de Comunicación Participativa [PDF].  
Costa Rica. Consulta: 12 de Septiembre 2013.  
<<http://www.vocesnuestras.org/sites/default/files/biblioteca/Manual%20de%20Herramientas%20de%20Comunicacion.pdf>>
- WAISBORD, Silvio
- 2012 *"The Handbook of Health Communication.Handbooks in Communication and Media"*.1º Edición. Oxford. John Wiley & Sons, Inc. Pp.652

YOON, Chin Saik

2004

*"Participatory Communication for Development"*. Extracto de un capítulo del Libro *Participatory Development Communication: A West African Agenda*. IDRC & SOUTHBOUND: Canadá. Pp. 154. Consulta: 30 Mayo del 2016.  
< <http://www.southbound.com.my/communication/par-cn.htm>>



## ANEXOS



## Anexo 1: Guías de Entrevista



## Guía de entrevista N° 1

### Objetivo específico a alcanzar

- Describir, analizar y explicar la Guía del Planificador IEC y su modelo metodológico.

### Características del Sujeto

Mabel Marcuello. Especialista en Comunicación para la Salud. Participó en la elaboración del PECE (Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa) Guía del Planificador IEC. Diseñó y Facilitó el Taller de Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa, el cual sirvió de base para la Elaboración del manual PECE.

### Presentación del Investigador

Soy Isis Condor Condor. Bachiller de la especialidad de Comunicación para el Desarrollo de la Pontificia Universidad Católica del Perú. He tenido oportunidad de trabajar 2 años en consultorías en proyectos de promoción de la salud para Cooperación Internacional (Junta de Andalucía).

### Presentación de la Investigación

Mi tema de investigación se centra en el análisis de la guía del planificador IEC, para la construcción de futuras guías de salud pública bajo el enfoque de la metodología participativa.

### Consentimiento Informado

Para efectos de la investigación se nos ha pedido que grabemos la entrevista que le vamos a realizar, esta grabación solo será para efectos de la presente investigación, espero que no tenga problemas con aceptar la entrevista. ¿Acepta usted ser grabado durante la entrevista?

### Preguntas Generales:

- ¿Desde cuándo está usted relacionado con el tema en comunicaciones?
- ¿Desde hace cuánto tiempo usted se encuentra relacionado con el tema Salud dentro del campo de las comunicaciones?
- ¿Cómo ve usted el campo de la salud y de la comunicación en estos últimos tiempos? Se podría hablar de una evolución?
- ¿Cómo ve usted el campo de la comunicación para la salud en general? Y en el Perú ¿Cómo se ha desarrollado o se viene desarrollando?

- ¿El PECE Guía del Planificador IEC fue el primer manual que ud ha tenido oportunidad de elaborar o antes ha tenido alguna experiencia previa en lo mismo?
- ¿Cómo fue su experiencia dentro del equipo responsable de la elaboración del PECE? ¿Cómo la definiría?
- ¿Cómo se realizó el Taller de Planeamiento Estratégico de la Comunicación Participativa? ¿Cómo surgió la iniciativa de tomarlo como base para la elaboración de la Guía del Planificador IEC?
- ¿Qué factores principales se tuvieron en cuenta para poder llevar a cabo este Taller? ¿Quiénes fueron el Público Objetivo (PO)?

### Preguntas Específicas:

- ¿Cuál fue la metodología que se siguió para la preparación de la Guía del Planificador IEC?
- ¿Cuáles fueron los criterios empleados para la estructura y/o esquema de la guía del Planificador IEC? Dentro de ellos, hubo la oportunidad de emplear metodologías participativas como la comunicación participativa?
- ¿Cómo la comunicación participativa influyó como criterio metodológico en el campo de las estrategias de comunicación para la salud plasmadas en la guía del Planificador IEC?
- ¿Cuál es el modelo comunicacional que guía las estrategias de comunicación propuestas en la Guía del Planificador IEC?
- ¿Cuáles fueron las dimensiones teóricas que rigieron el diseño y elaboración de la guía del Planificador IEC?
- Después de la elaboración de la Guía ¿Cómo se dio el proceso de implementación de la misma? Es decir...
  - ¿Qué campañas, programas o materiales de salud han sido trabajados en base a la guía del Planificador IEC de los cuales ud haya tenido conocimiento?
  - ¿Cuál de estas campañas ha sido exitosa y ha cumplido con los objetivos planteados? ¿Por qué fue o fueron exitosas? Factores Ventaja y Factores Desventaja.

## Guía de entrevista N° 2

### Objetivos específicos a alcanzar

- Describir, analizar y explicar la Guía del Planificador IEC y su modelo metodológico.

### Características del Sujeto

**Marilú Wiegold Umlauff.** Especialista en Comunicación para la Salud. Participó en la elaboración del PECE (Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa) Guía del Planificador IEC. Diseñó y Facilitó el Taller de Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa, el cual sirvió de base para la Elaboración del manual PECE.

### Presentación del Investigador

Soy Isis Condor Condor. Bachiller de la especialidad de Comunicación para el Desarrollo de la Pontificia Universidad Católica del Perú. He tenido oportunidad de trabajar 2 años en consultorías en proyectos de promoción de la salud para Cooperación Internacional (Junta de Andalucía).

### Presentación de la Investigación

Mi tema de investigación se centra en el análisis de la guía del planificador IEC, para la construcción de futuras guías de salud pública bajo el enfoque de la metodología participativa.

### Consentimiento Informado

Para efectos de la investigación se nos ha pedido que grabemos la entrevista que le vamos a realizar, esta grabación solo será para efectos de la presente investigación, espero que no tenga problemas con aceptar la entrevista. ¿Acepta usted ser grabado durante la entrevista?

### Preguntas Generales:

- ¿Desde hace cuánto tiempo ud se encuentra relacionada con el tema Salud dentro del campo de las comunicaciones?
- ¿Cómo ve ud el campo de la salud en estos últimos tiempos? Se podría hablar de una evolución?
- ¿Cómo ve ud el campo de la comunicación para la salud en general? Y en el Perú ¿Cómo se ha desarrollado o se viene desarrollando?
- ¿El PECE Guía del Planificador IEC fue el primer manual que ud ha tenido oportunidad de elaborar o antes ha tenido alguna experiencia previa en lo mismo?



- ¿Cómo fue su experiencia dentro del equipo responsable de la elaboración del PECE? ¿Cómo la definiría?
- ¿Cómo se realizó el Taller de Planeamiento Estratégico de la Comunicación Participativa? ¿Cómo surgió la iniciativa de tomarlo como base para la elaboración de la Guía del Planificador IEC?
- ¿Qué factores principales se tuvieron en cuenta para poder llevar a cabo este Taller? ¿Quiénes fueron el PO?

### Preguntas Específicas:

- ¿A parte del Taller, existió algún otro filtro para poder diseñar el contenido de la Guía del Planificador IEC?
- ¿Cuáles fueron los criterios empleados para la estructura y/o esquema de la guía del Planificador IEC? Dentro de ellos, hubo la oportunidad de emplear metodologías participativas como la comunicación participativa?
- ¿Cómo la comunicación participativa influyó como criterio metodológico en el campo de las estrategias de comunicación plasmadas en la guía del Planificador IEC?
- ¿Cuál fue el modelo que guio las estrategias de comunicación propuestas en la Guía del Planificador IEC?
- ¿Cuáles fueron las dimensiones teóricas que rigieron el diseño y elaboración de la guía del Planificador IEC?
- Después de la elaboración de la Guía ¿Cómo se dio el proceso de implementación de la misma? Es decir...
  - ¿Qué campañas, programas o materiales de salud han sido trabajados en base a la guía del Planificador IEC?

¿Cuál de ellas ha sido exitosa y ha cumplido con los objetivos planteados? ¿Por qué fue o fueron exitosas? Factores Ventaja y Factores Desventaja

## Guía de entrevista N° 3

### Objetivos específicos a alcanzar

- Explicar cómo la metodología participativa influye, como criterio metodológico, en el campo del diseño y ejecución de estrategias de comunicación para la salud.

### Características del Sujeto

Paola Pioltelli es Comunicadora Social de la U. Lima, Magister en “*Gestión de ONG’s y Desarrollo Social*” por la London School of Economics y cuenta con un Doctorado en “*El uso de las artes en procesos participativos de desarrollo*”, por la European Graduate School de Suiza. Asimismo es miembro fundador de Proceso 360°. Es miembro del Human Development and Capability Association, la red del Institute for Participatory Practice. Profesora y creadora del curso Metodologías Participativas en la P. U. Católica del Perú. Capacitadora principal del curso de “*Formación de facilitadores participativos*” que se dicta en alianza con Praxis.

### Presentación del Investigador

Soy Isis Condor Condor. Bachiller de la especialidad de Comunicación para el Desarrollo de la Pontificia Universidad Católica del Perú. He tenido oportunidad de trabajar 2 años en consultorías en proyectos de promoción de la salud para Cooperación Internacional (Junta de Andalucía).

### Presentación de la Investigación

Mi tema de investigación se centra en el análisis de la guía del planificador IEC, para la construcción de futuras guías de salud pública bajo el enfoque de la metodología participativa.

### Consentimiento Informado

Para efectos de la investigación se nos ha pedido que grabemos la entrevista que le vamos a realizar, esta grabación solo será para efectos de la presente investigación, espero que no tenga problemas con aceptar la entrevista. ¿Acepta usted ser grabado durante la entrevista?

### Preguntas Generales:

- ¿Desde hace cuánto tiempo ud se encuentra relacionada con la Comunicación Social?

- ¿Cómo y de qué manera ud se encuentra relacionada con el tema de la Participación dentro del campo de las comunicaciones?
- ¿Desde hace cuánto tiempo el tema de lo participativo aparece como teoría en sí? ¿Cómo así se relaciona con las Comunicaciones? Y con la teoría del Desarrollo?
- ¿Qué diferencia hay entre la metodología participativa y la comunicación participativa?
- ¿Considera que hay o podría haber una relación entre estrategias de comunicación y metodología participativa?
- ¿Cómo ve al Perú en cuestiones de nivel de aplicación de las Metodologías Participativas?
- ¿Conoce ud que se haya empleado estas metodologías en algún ministerio del Perú? (educación, salud, etc)
- ¿En qué experiencias concretas ha visto ud aplicarse las metodologías participativas?

### Preguntas Específicas:

- ¿Es posible considerar la Comunicación Participativa como Método o cómo enfoque a fin de un proyecto?
- ¿Considera ud a la comunicación participativa como criterio metodológico? ¿Por qué?
- ¿Se podrían elaborar estrategias de comunicación a través de lo participativo?
- ¿Cómo considera que se debería hacer?
- ¿Ha tenido la oportunidad de emplear la metodología participativa en proyectos o programas vinculados a salud? Se pueden emplear también para armar intervenciones o Campañas en Salud?
- ¿Cuáles considera ud las metodologías participativas más importantes y aplicables?
- ¿Conoce ud manuales o guías en salud elaboradas en el país o fuera? ¿Ha visto el tipo de estructura que manejan? ¿Cuáles? ¿Qué opina al respecto?
- ¿Alguna vez ha visto ud que se construyan manuales o guías de salud (por poner un caso) empleando metodología participativa?
- ¿Cómo considera ud que las metodologías participativas puedan ayudar a construir un manual o guía para elaboración de campañas o programas en salud?
- ¿Qué criterios consideraría ud importantes para ello?
- ¿Conoce ud campañas en salud que se hayan trabajado en base a la metodología participativa? En Perú? O en otros países?
- ¿Cómo cree ud que lo participativo pueda ayudar al sector salud de nuestro país? Considera que la metodología participativa pueda innovar las estrategias de comunicación hacia la población de entidades como el MINSA, por ejemplo? ¿Cómo?
- En cuanto a la relación entre Participación y Sostenibilidad... ¿Considera ud que las Metodologías participativas pueden ser consideradas como Estrategias para lograr la Sostenibilidad?

## Guía de entrevista N° 4

### Objetivo específico a alcanzar

- Indagar sobre el contexto del Ministerio de Salud en la época en la que se elaboró la Guía del Planificador IEC y el uso de la misma en el transcurso del tiempo.

### Características del Sujeto

Estela Roeder Carbo es Comunicadora Social de la UNMSM. Profesora e Investigadora de la Facultad de Comunicación de la Universidad de Lima. Consultora de Comunicación Estratégica y Desarrollo Social, con experiencia en dependencias públicas y privadas. Ha sido Directora de Comunicaciones del MINSA en diversos periodos. Asesoró en la Presidencia de Ministros. Actualmente es Directora de la Oficina de Comunicaciones del MINSA.

### Presentación del Investigador

Soy Isis Condor Condor. Bachiller de la especialidad de Comunicación para el Desarrollo de la Pontificia Universidad Católica del Perú. He tenido oportunidad de trabajar 2 años en consultorías en proyectos de promoción de la salud para Cooperación Internacional (Junta de Andalucía).

### Presentación de la Investigación

Mi tema de investigación se centra en el análisis de la guía del planificador IEC, para la construcción de futuras guías de salud pública bajo el enfoque de la metodología participativa.

### Consentimiento Informado

Para efectos de la investigación se nos ha pedido que grabemos la entrevista que le vamos a realizar, esta grabación solo será para efectos de la presente investigación, espero que no tenga problemas con aceptar la entrevista. ¿Acepta usted ser grabado durante la entrevista?

### Preguntas Generales:

- ¿Desde cuánto tiempo se encuentra ud relacionada con la Comunicación Social?
- ¿Desde hace cuánto tiempo ud se encuentra relacionada con el tema Salud dentro del campo de las Comunicaciones?
- ¿Cómo se produjo su acercamiento al tema de comunicación y salud pública?
- ¿Desde hace cuánto tiempo está relacionada con la Salud Pública? Y en el MINSA?

- ¿Ha tenido oportunidad de tener algún cargo en específico en el MINSA? ¿En qué año? O en qué periodos? Y en qué consistió o consistieron?

### Preguntas Específicas:

- ¿Cómo ve ud el campo de la salud y de la comunicación en estos últimos tiempos? Se podría hablar de una evolución?
- Tengo entendido que Usted participó de momentos en que la Organización Panamericana de la Salud impulsó el “periodismo en salud”. ¿A qué obedeció esa estrategia y qué relación tuvo posteriormente con la planificación estratégica de la comunicación?
- ¿Cómo ve ud el campo de la comunicación para la salud en general? Y en el Perú ¿Cómo se ha desarrollado o se viene desarrollando?
- ¿Considera ud que el MINSA también ha tenido una evolución? ¿Qué factores considera ud que han permitido ello? (Tomando como referencia los 90`s hasta la actualidad).
- Recuerda ud si... ¿En los 90`s hubo ayuda por parte de la Cooperación Internacional o alguna institución extranjera (ONG, Universidad, etc) que asesorase o financiase algún proyecto o investigación en salud para beneficio del MINSA?
- Desde su experiencia ¿Cómo podría definir el panorama o contexto del MINSA en el año 95 o 97 aprox? ¿Considera ud que en esos años habían menos o más comunicadores sociales o comunicadores para el desarrollo o comunicadores especializados en comunicación en salud?
- Respecto al área o áreas enfocadas a las Comunicaciones en el MINSA, ¿Cuántos comunicadores sociales o comunicadores para el desarrollo han venido trabajando durante los diversos periodos de gobierno? Según su experiencia a lo mejor podría hablar de un aproximado...
- ¿Cómo describiría el contexto comunicacional del MINSA entre el 95 y 97?
- Respecto al Rol del Comunicador en Salud Pública, ¿qué nos podría decir en torno a ello? ¿Es trascendental? Suele ser estratégico? Es valorado? ...sobre todo en el caso del MINSA?
- ¿Qué aportes y qué barreras cree ud que puede encontrar un comunicador social o para el desarrollo en el MINSA para llevar a cabo su línea de trabajo?
- En cuanto al tema de publicaciones del MINSA... ¿Recuerda ud desde qué año se empiezan con las publicaciones de Manuales? ¿Siempre han sido en formatos Manuales?
- ¿Qué manuales según su experiencia han tenido un mayor peso, funcionalidad y vigencia hasta el día de hoy?

- ¿Cree ud que los manuales abordan a diversos públicos objetivos dentro del mismo MINSA? O considera ud que en el transcurso del tiempo solo se ha venido enfocando los manuales o guías hacia uno o dos públicos del MINSA?
- ¿Considera ud que los manuales que guían cómo llevar a cabo una campaña de comunicación o intervención en salud son productivos y eficientes?
- ¿Qué tan importante desde su perspectiva es el Rol que cumplen los Promotores de Salud? ¿Considera ud que tienen las suficientes herramientas para afrontar las campañas que se han ido realizando a nivel del MINSA? Según su conocimiento, recuerda ud algún manual de comunicación estratégica o cartilla que haya sido elaborado exclusivamente para Promotores de SALUD?
- ¿Ha tenido oportunidad de leer o revisar o conoce ud el Manual PECE elaborado aprox en 1997? .... ¿Qué opinión le merece dicho manual? ¿Considera que fue efectivo durante esos tiempos? (en caso lo conociese...) ¿En qué experiencias concretas ha aplicado Usted esta metodología del PECE y con qué resultados? ¿Qué cree ud que podría cambiarse ahora en ese Manual?
- Finalmente, ¿Si ud tuviese que hacer un Manual de Comunicación para el MINSA ¿Qué factores o elementos tendría ud en cuenta? ¿Qué metodología emplearía para ello? ¿Lo haría para un público en concreto como los promotores de salud, por ejemplo?

## Guía de entrevista N° 5

### Objetivos específicos a alcanzar

- Indagar sobre el contexto del Ministerio de Salud en la época en la que se elaboró la Guía del Planificador IEC y el uso de la misma en el transcurso del tiempo.

### Características del Sujeto

Katya Rojas es Comunicadora Social. Directora Ejecutiva de la Oficina de Comunicación Social del MINSA desde 1999.

### Presentación del Investigador

Soy Isis Condor Condor. Bachiller de la especialidad de Comunicación para el Desarrollo de la Pontificia Universidad Católica del Perú. He tenido oportunidad de trabajar 2 años en consultorías en proyectos de promoción de la salud para Cooperación Internacional (Junta de Andalucía).

### Presentación de la Investigación

Mi tema de investigación está orientado a cómo se ha venido trabajando en el MINSA desde el 1999 en lo referido a comunicaciones, los enfoques empleados desde esos años a la actualidad, y la presencia de la Guía del Planificador IEC - elaborado en 1996 – en la elaboración de estrategias en comunicación del MINSA para efectos de campañas o intervenciones específicas.

### Consentimiento Informado

Para efectos de la investigación se nos ha pedido que grabemos la entrevista que le vamos a realizar, esta grabación solo será para efectos de la presente investigación, espero que no tenga problemas con aceptar la entrevista. ¿Acepta usted ser grabado durante la entrevista?

### Preguntas Generales:

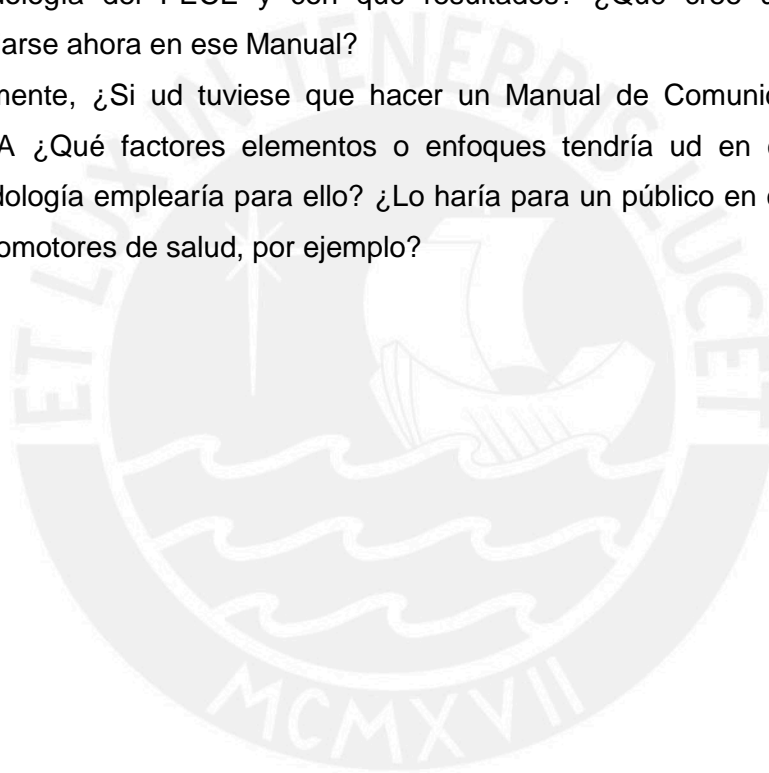
- ¿Desde cuánto tiempo se encuentra ud relacionada con la Comunicación Social?
- ¿Desde hace cuánto tiempo ud se encuentra relacionada con el tema Salud dentro del campo de las Comunicaciones?
- ¿Desde hace cuánto tiempo está relacionada con la Salud Pública? Y en el MINSA?
- ¿En qué consiste su cargo de Directora Ejecutiva de la Oficina de Comunicación Social del MINSA?

### Preguntas Específicas:

- ¿Cómo ve ud el campo de la salud y de la comunicación en estos últimos tiempos? Se podría hablar de una evolución?
- ¿Cómo ve ud el campo de la comunicación para la salud en general? Y en el Perú ¿Cómo se ha desarrollado o se viene desarrollando?
- ¿Considera ud que el MINSa también ha tenido una evolución? ¿Qué factores considera ud que han permitido ello? (Tomando como referencia los 90`s hasta la actualidad).
- Recuerda ud si... ¿En los 90`s hubo ayuda por parte de la Cooperación Internacional o alguna institución extranjera (ONG, Universidad del Extranjero, etc) que asesorase o financiase algún proyecto o investigación en salud para beneficio del MINSa?
- Desde su experiencia ¿Cómo podría definir el panorama o contexto del MINSa desde el 99 que usted se encuentra aquí? ¿Considera ud que en esos años habían menos o más comunicadores sociales o comunicadores para el desarrollo o comunicadores especializados o interesados en comunicación en salud?
- Asimismo, desde el 99 que usted se encuentra en el MINSa ¿Qué enfoques o metodologías se han empleado a lo largo de estos tiempos?
- ¿Cómo describiría el contexto comunicacional del MINSa por periodos de Gobierno y/o Ministros (Fujimori, Paniagua, Toledo, García, Humala)?
- ¿Qué “momentos claves” recuerda usted en a nivel del MINSa y a nivel de la Oficina de Comunicación Social?
- Respecto al Rol del Comunicador en Salud Pública, ¿qué nos podría decir en torno a ello? ¿Es trascendental? Suele ser estratégico? Es valorado? ...sobre todo en el caso del MINSa?
- ¿Qué aportes y qué barreras cree ud que puede encontrar un comunicador social o para el desarrollo en el MINSa para llevar a cabo su línea de trabajo?
- En cuanto al tema de publicaciones del MINSa... ¿Recuerda ud desde qué año se empiezan con las publicaciones de Manuales y/o guías de comunicación? ¿Qué manuales según su experiencia han tenido un mayor peso, funcionalidad y vigencia hasta el día de hoy?
- ¿Cree ud que los manuales abordan a diversos públicos objetivos dentro del mismo MINSa? O considera ud que en el transcurso del tiempo solo se ha venido enfocando los manuales o guías hacia uno o dos públicos del MINSa?
- ¿Considera ud (en general) que los manuales que guían cómo llevar a cabo una campaña de comunicación o intervención en salud son productivos y eficientes?



- ¿Qué tan importante desde su perspectiva es el Rol que cumplen los Promotores de Salud? ¿Considera ud que tienen las suficientes herramientas para afrontar las campañas que se han ido realizando a nivel del MINSA? Según su conocimiento, recuerda ud algún manual de comunicación estratégica o cartilla que haya sido elaborado exclusivamente para Promotores de SALUD?
- ¿Ha tenido oportunidad de leer o revisar o conoce ud el Manual PECE elaborado aproximadamente en 1997? .... ¿Qué opinión le merece dicho manual? ¿Considera que fue efectivo durante esos tiempos? (en caso lo conociese...) ¿En qué experiencias concretas ha aplicado Usted esta metodología del PECE y con qué resultados? ¿Qué cree ud que podría cambiarse ahora en ese Manual?
- Finalmente, ¿Si ud tuviese que hacer un Manual de Comunicación para el MINSA ¿Qué factores elementos o enfoques tendría ud en cuenta? ¿Qué metodología emplearía para ello? ¿Lo haría para un público en concreto como los promotores de salud, por ejemplo?



## Guía de entrevista N° 6

### Objetivos específicos a alcanzar

Recoger visiones sobre la funcionalidad, fortalezas, alcances, límites y oportunidades de mejora de la Guía del Planificador IEC, desde la perspectiva de profesionales del sector privado y/o independientes que han usado dicha guía.

### Características del Sujeto

Edward Armas Alvarado es Licenciado especializado en comunicación estratégica, animación sociocultural, resolución de conflictos e investigación social con experiencia en proyectos de educación, intervención sociocultural, redes de voluntariado, medio ambiente, participación ciudadana, derechos humanos, desarrollo de habilidades e incidencia social. Interés personal en temas de gestión cultural para la transformación social, tecnologías de la información y comunicación y, producción de recursos comunicacionales.

### Presentación del Investigador

Soy Isis Condor Condor. Bachiller de la especialidad de Comunicación para el Desarrollo de la Pontificia Universidad Católica del Perú. He tenido oportunidad de trabajar 2 años en consultorías en proyectos de promoción de la salud para Cooperación Internacional (Junta de Andalucía).

### Presentación de la Investigación

Mi tema de investigación se centra en el análisis de la guía del planificador IEC, para la construcción de futuras guías de salud pública bajo el enfoque de la metodología participativa.

### Consentimiento Informado

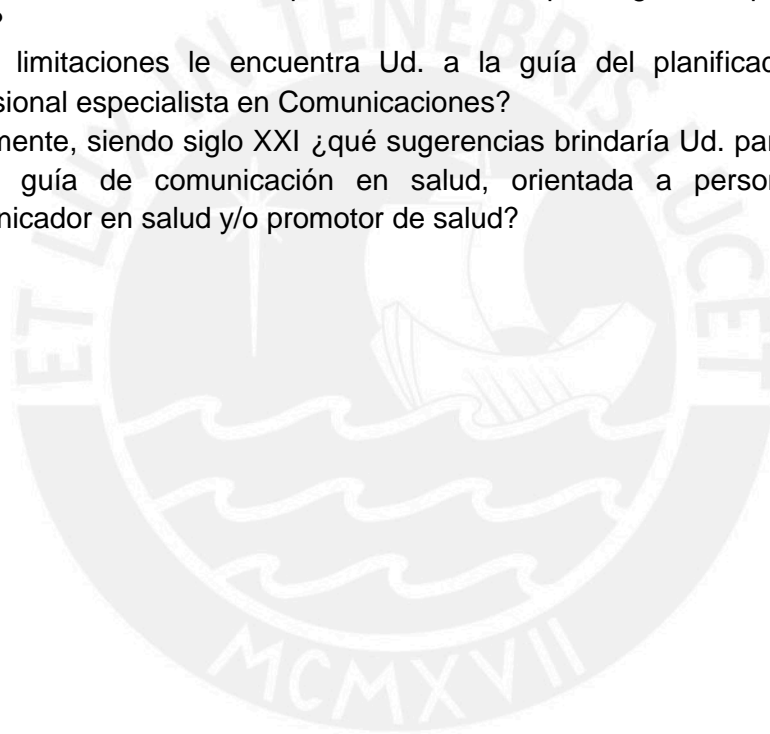
Para efectos de la investigación se nos ha pedido que grabemos la entrevista que le vamos a realizar, esta grabación solo será para efectos de la presente investigación, espero que no tenga problemas con aceptar la entrevista. ¿Acepta usted ser grabado durante la entrevista?

**Preguntas Generales:**

- ¿Conoce Ud. La Guía del Planificador IEC? ¿Desde hace cuánto tiempo?
- ¿Posee Ud. Un ejemplar de la Guía del Planificador IEC?

**Preguntas Específicas:**

- ¿Desde hace cuánto tiempo viene usando la guía? ¿Para qué tipo de ámbitos? ¿Profesional, académico...? Y ¿Con qué frecuencia?
- ¿Recuerda Ud. un caso concreto (en lo profesional o académico) en el que la guía le haya aportado solución oportuna? ¿Cuál fue?
- ¿Qué fortalezas le encuentra Ud. a la guía del planificador IEC como profesional especialista en Comunicaciones?
- ¿Cuáles son los alcances que Ud. considera que la guía del planificador IEC tiene?
- ¿Qué limitaciones le encuentra Ud. a la guía del planificador IEC como profesional especialista en Comunicaciones?
- Finalmente, siendo siglo XXI ¿qué sugerencias brindaría Ud. para mejorar una futura guía de comunicación en salud, orientada a personal de salud, comunicador en salud y/o promotor de salud?



## Guía de entrevista N° 7

### Objetivos específicos a alcanzar

Recoger visiones sobre la funcionalidad, fortalezas, alcances, límites y oportunidades de mejora de la Guía del Planificador IEC, desde la perspectiva de profesionales independientes y/o del sector privado que han usado dicha guía.

### Características del Sujeto

Jorge Acevedo Rojas es Comunicador social y educador, con amplia experiencia en diseño, gestión y evaluación de programas y proyectos de comunicación, incidencia política y desarrollo social. Coordinador del Grupo de Investigación en Comunicación y Política (GICYP).

### Presentación del Investigador

Soy Isis Condor Condor. Bachiller de la especialidad de Comunicación para el Desarrollo de la Pontificia Universidad Católica del Perú. He tenido oportunidad de trabajar 2 años en consultorías en proyectos de promoción de la salud para Cooperación Internacional (Junta de Andalucía).

### Presentación de la Investigación

Mi tema de investigación se centra en el análisis de la guía del planificador IEC, para la construcción de futuras guías de salud pública bajo el enfoque de la metodología participativa.

### Consentimiento Informado

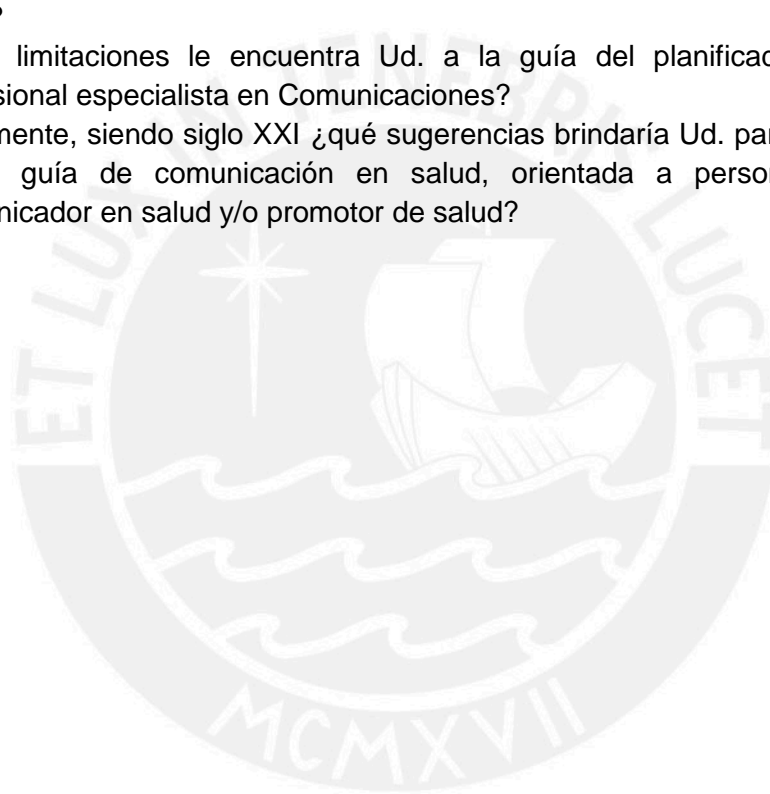
Para efectos de la investigación se nos ha pedido que grabemos la entrevista que le vamos a realizar, esta grabación solo será para efectos de la presente investigación, espero que no tenga problemas con aceptar la entrevista. ¿Acepta usted ser grabado durante la entrevista?

**Preguntas Generales:**

- ¿Conoce Ud. La Guía del Planificador IEC? ¿Desde hace cuánto tiempo?
- ¿Posee Ud. Un ejemplar de la Guía del Planificador IEC?

**Preguntas Específicas:**

- ¿Desde hace cuánto tiempo viene usando la guía? ¿Para qué tipo de ámbitos? ¿Profesional, académico...? Y ¿Con qué frecuencia?
- ¿Recuerda Ud. un caso concreto (en lo profesional o académico) en el que la guía le haya aportado solución oportuna? ¿Cuál fue?
- ¿Qué fortalezas le encuentra Ud. a la guía del planificador IEC como profesional especialista en Comunicaciones?
- ¿Cuáles son los alcances que Ud. considera que la guía del planificador IEC tiene?
- ¿Qué limitaciones le encuentra Ud. a la guía del planificador IEC como profesional especialista en Comunicaciones?
- Finalmente, siendo siglo XXI ¿qué sugerencias brindaría Ud. para mejorar una futura guía de comunicación en salud, orientada a personal de salud, comunicador en salud y/o promotor de salud?



## Anexo 2: Transcripción de entrevistas



**Transcripción de Entrevista a Mabell Marcuello  
Antropóloga**

**Experiencia en Comunicación y Salud**

**Horario:** 6:30pm – 7:30pm

**Día:** 10 de Octubre del 2012 (vía e-mail)

- **¿Desde cuándo esta ud relacionado con el tema en comunicaciones?**  
Mi formación es en antropología, pero comencé a relacionarme en aspectos de comunicación en el año 75 cuando trabajaba en un proyecto de Pueblos Jóvenes.
  
- **¿Desde hace cuánto tiempo ud se encuentra relacionado con el tema Salud dentro del campo de las comunicaciones?**  
Desde 1990 cuando estaba como consultora de Unicef en el Proyecto Mujer Supervivencia Infantil y luego, en 1991 cuando se presentó la epidemia del cólera.
  
- **¿Cómo ve ud el campo de la salud y de la comunicación en estos últimos tiempos? ¿Se podría hablar de una evolución?**  
En los últimos 12 años, considero que la comunicación ha sido un elemento fundamental en el campo de la salud. El enfoque de comunicación para el desarrollo fue un aporte muy importante en el campo de la salud, en especial en áreas de salud mujer y niño. Los comunicadores y los profesionales de salud comenzaron a comprender la necesidad de cambiar el concepto de una comunicación de tipo instrumental por una comunicación estratégica para el cambio de actitudes y comportamientos.
  
- **¿Cómo ve ud el campo de la comunicación para la salud en general? Y en el Perú ¿Cómo se ha desarrollado o se viene desarrollando?**  
Como mencioné, se avanzó mucho desde el punto de vista teórico. Lamentablemente, a nivel de salud pública, los burócratas no siempre entienden la necesidad y la importancia de hacer comunicación estratégica y siguen pensando en oficinas de comunicación que hacen RR.PP. e imagen institucional y no planifican presupuestos para acompañar programas o temas de salud de la población.

A nivel de agencias de cooperación e instituciones privadas la comunicación estratégica se ha incorporado hace tiempo.

- **¿El PECE Guía del Planificador IEC fue el primer manual que ud ha tenido oportunidad de elaborar o antes ha tenido alguna experiencia previa en lo mismo?** En lo mismo, no.

- **¿Cómo fue su experiencia dentro del equipo responsable de la elaboración del PECE? ¿Cómo la definiría?**

Fue una experiencia muy gratificante tanto a nivel personal como profesional, éramos un grupo pequeño de colegas (Marilú Wiegold, Carlos Gutiérrez Aparicio, Carla Valla) que veníamos trabajando juntos, primero el tema de Relaciones Interpersonales en Salud, con el respaldo de uno de los grandes proyectos del MINSA, como fue Salud y Nutrición Básica – PSNB, liderado por la Dra. Ariela Luna y el tema de Comunicación, con Giovanna Núñez.

- **¿Cómo se realizó el Taller de Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa?**

Fue una consultoría que nos adjudicó el PSNB para diseñar la metodología y los contenidos pedagógicos como también para la facilitación de los talleres macro-regionales. Se capacitó a equipos de profesionales de las Direcciones de Salud de las regiones de intervención del PSNB. Fue una experiencia inédita.

- **¿Cómo surgió la iniciativa de tomarlo como base para la elaboración de la Guía del Planificador IEC?**

Fue un planteamiento de la dirección del PSNB.

- **¿Qué factores principales se tuvieron en cuenta para poder llevar a cabo este Taller?**

Fue parte del plan operativo del PSNB, pero el objetivo específico era transferir pautas metodológicas básicas de planificación de la comunicación estratégica para que médicos, obstetrices y enfermeras pudieran desarrollar planes de comunicación en salud.

- **¿Quiénes fueron el Público Objetivo (PO)?**

médicos, obstetrices y enfermeras



- ***¿Cuál fue la metodología que se siguió para la preparación de la Guía del Planificador IEC?***

Fue un proceso, como editora tuve la responsabilidad de liderarlo pero el trabajo en equipo fue lo que primó. Con Marilú Wiegold, Carla Valla y Carlos Gutiérrez fuimos trabajando la metodología y los contenidos. A medida que avanzábamos cada bloque temático se presentaba para su aprobación al PSNB, se realizaban los ajustes y así, hasta el final

- ***¿Cuáles fueron los criterios empleados para la estructura y/o esquema de la guía del Planificador IEC?***

Básicamente, nos apoyamos en la propuesta de la Universidad John Hopkins.

- ***Dentro de ellos hubo la oportunidad de emplear metodologías participativas? NO***

- ***¿Cuál es el modelo comunicacional que guía las estrategias de comunicación propuestas en la Guía del Planificador IEC?***

El enfoque de la comunicación para el cambio de comportamiento.

- ***Después de la elaboración de la Guía ¿Cómo se dio el proceso de implementación de la misma? Es decir...***

- ***¿Qué campañas, programas o materiales de salud han sido trabajados en base a la guía del Planificador IEC de los cuales ud haya tenido conocimiento?***

Esa información sobre campañas y programas no la tengo, habría que averiguarla con gente del MINSA. Sabemos que desde que se publicó hasta hace poco tiempo, la Guía PECE ha sido el ABC, la “biblia” que ha guiado el trabajo comunicacional de los servicios de salud y de muchas instituciones privadas. Por ejemplo, UNICEF reeditó en dos oportunidades formatos impresos y digitales del PECE.

**Transcripción de Entrevista a Marilú Wiegold  
Especialista en Comunicación y Alianzas UNICEF PERÚ**

**CÓDIGO AUDIO:** 001\_A\_002

**FECHA:** 05 de Octubre 2012

**HORA:** 6:00PM – 7:30PM

- **¿Desde hace cuánto tiempo ud se encuentra relacionada con el tema Salud dentro del campo de las comunicaciones?**

Uy un montón. 15 o 20 años. A pesar de en los últimos años que el componente de comunicación en salud no lo he trabajado tanto a comparación del componente de comunicación más relacionado a información desde el lado de la abogacía, no tanto desde la comunicación para cambios de comportamiento.

- **¿Cómo ve ud el campo de la salud en estos últimos tiempos? ¿Se podría hablar de una evolución?**

Bueno, yo creo que la salud ha mejorado muchísimo. Justo estábamos viendo una estadística que la hemos presentado hoy y que me parece muy interesante. Y es que el Perú es el primer país en las Américas que ocupa la mayor tasa en reducción de mortalidad en la niñez con 76% y el séptimo a nivel global. O sea desde los 90 hasta la fecha, las últimas dos décadas, la mejora de las condiciones de salud ha hecho que la población progrese mucho. Durante muchos años, los indicadores de mortalidad infantil, mortalidad materna y desnutrición crónica estuvieron estancados. Pero los progresos que se han dado en lo últimos años – ya te digo – en el caso de la mortalidad infantil del año 90 al 2011 hubo una mejora de 76%. Lo cierto es que en todo el mundo hay una tendencia hacia la mejora en la mortalidad en la niñez (la tasa de la mortalidad en la niñez es para menores de 5 años) pero el Perú ocupa el primer lugar y en el año 90 era el cuarto del final en términos de mortalidad. Entonces sí ha habido avances bastante significativos, ello está relacionado con algunas cosas que se han producido al interior del sector salud y con algunos factores externos. En los factores internos me parece que hay que relevar el hecho de que ha habido una mayor cantidad de puestos y centros de salud, importante. Hay mayor cantidad de profesionales y personal técnico a

cargo, pero fundamentalmente ha habido y hay mayor producción de suministros que son básicos para atender enfermedades relacionadas a la salud de los niños y de las madres....Antibióticos para cubrir las infecciones respiratorias agudas, tratamientos para curar las enfermedades diarreicas agudas, trabajo comunitario para mejorar la nutrición, zinc para mejorar la anemia, multimicronutrientes...y todo ese trabajo que está en los establecimientos de salud han tenido una proyección comunitaria bastante importante. Se han producido cambios muy significativos. Me imagino que tú sabes que el sector salud es uno de los sectores que tiene mayor proyección a nivel de la comunidad. Entonces en la medida en que los promotores de salud, empezaron a trabajar haciendo el vínculo entre la comunidad y el servicio de salud, se mejoró de manera notable ese binomio madre – niño con el sector salud. Pero también ha ocurrido un hecho curioso y es que las parteras, por ejemplo, que vienen de la tradición española...la personas creen que tiene tradición indígena pero no es así, porque tiene tradición europea, del medioevo. También que tradicionalmente en algunos sectores del país apoyaban los partos, convirtieron su rol, entonces las mujeres parteras se volvieron aliadas de los centros de salud y en vez de seguir atendiendo partos, empezaron a promover que las mujeres fueran a los establecimientos de salud, con lo cual ha habido una modificación en los últimos 12 años en términos de acercar los establecimientos de salud a la población y eso ha generado un impacto muy significativo en el descenso de las tasas de mortalidad en la niñez, infantil y mortalidad materna; indicadores que como te digo muchos atrás estaban en una meseta muy muy alta, no se movían. La tasa de la mortalidad materna también ha bajado de una manera muy importante.

Creo que de repente también se debió a cambios internos dentro del mismo MINSA. Es decir mayor variedad de profesionales, nuevas propuestas, movimientos más comprometidos...

Yo creo que tiene que ver como te decía con varios factores. El primero con el hecho de que las comunidades y las oficinas de salud se acercaron. Y se acercaron porque se creó una Red de Promotores en Salud bastante importante. En la época de las jornadas de vacunación por los años 80's se fueron creando jornadas de promotores importantes. Después en las épocas de las jornadas de Van que tenían que ver con el tema de la vacunación de los 80 se crearon redes de promotores después en la época en donde se empezó

a combatir las enfermedades diarreicas agudas que se trabajaban con sales de rehidratación oral y con sueros caseros y todas estas condiciones de mejora de las enfermedades antes mencionadas, han ido mejorando gracias al Zinc, vitaminas (otras ya mencionadas). Yo creo que la mejora también está dada porque el sector salud ha hecho un esfuerzo increíble en adaptar la forma de atender a la cultura también de los usuarios. A esto se suma también que se empieza a dar también el seguro materno infantil y el seguro escolar de seguro que después se juntan y se convierte en el Seguro Integral de Salud (SIS). Entonces digamos que si tú tenías barreras que te impedían estar cerca de la salud, como barreras geográficas, culturales y económicas, la aproximación a las personas a través de los promotores o parteras acortó la brecha cultural. El nacimiento del seguro materno infantil y el seguro escolar de salud luego SIS, acortó la brecha económica y luego el mayor desarrollo de servicios y el vínculo entre los promotores y los servidores de salud, las casas de espera materna acortaron las brechas geográficas. Entonces yo creo que se han ido acortando las diferentes brechas que había para que las personas accedieran a los servicios de salud. Y el acceso a los servicios de salud en las zonas ha crecido de una manera sumamente importante.

- **¿Cómo ve ud el campo de la comunicación para la salud (nivel de impacto en el contexto antes mencionado)? Y en el Perú ¿Cómo se ha desarrollado o se viene desarrollando?**

Yo creo que el campo de la comunicación para la salud en el Perú está compuesto por 2 elementos: un lado que es epidemiológico y otro lado que es comunicacional. Hay una frase que tiene el MINSA que me gusta mucho que dice “Personas que atendemos personas” y las personas solo pueden atender personas si desarrollan capacidad de comunicación. Yo no estoy diciendo que las brechas de comunicación se hayan salvado en el ámbito de la salud, pero creo que han mejorado de una manera sustantiva.

Yo recuerdo hace muchos años que hicimos un trabajo, yo no estaba en UNICEF todavía sino trabajaba en APROPO (Organización que trabaja Temas de Salud Sexual y Reproductiva) y trabajábamos una cosa que se llamaba las Relaciones Interpersonales; la mejora de las relaciones interpersonales en las diferentes variables, no? En la relación usuarios de los servicios – médico, en la relación usuarios de los servicios – con el personal técnico y en la relación usuarios de los servicios – promotores de salud. Yo creo que el fenómeno de la

aproximación a la cultura y a la mirada del otro es algo que ha tendido un puente de una manera muy importante porque la verdad es que antes yo recuerdo que (no quiero decir que las brechas no persistan en algunos lugares todavía) yo creo que se han salvado muchas brechas. Antes tú ibas a un establecimiento de salud como mujer alto andina, amazónica a parir y tenías que ir a un lugar frío en donde las mujeres parían en posición horizontal. Ahora las mujeres tienen la opción de elegir si quieren parir de forma horizontal o vertical que by the way no tiene nada que ver con la gravedad o posición vertical, no es cierto? Entonces los servicios de salud rurales están adaptados a la cultura de las usuarias.

Lo que ha hecho el MINSA con el apoyo de la Cooperación, con el apoyo nuestro y de otros cooperantes es incorporar esas prácticas ancestrales a la cotidianidad del MINSA. Entonces es más amable el servicio y en la medida que es más amable pucha la gente le provoca ir más. Si a ello le juntas el vínculo que han generado los promotores de la salud y las parteras para que las mujeres y niños vayan a los establecimientos de salud, bueno la elección es obvia. Hay todavía mucho por hacer. Pero yo te digo que en los 90, cuando yo entre a UNICEF en el año 1998, la tasa de mortalidad materna era de 265 x 100 000 nacidas vivas y vivos. En este momento es de 85 x 100 000 nacidos. O sea fíjate, en 14 años cómo ha descendido la tasa de mortalidad materna. Ahorita estamos por evaluar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, porque los objetivos de desarrollo del milenio a nivel global son al 2015 y la tasa de mortalidad en la niñez se ha recontra cumplido. Todavía queda una agenda pendiente. En este país se mueren 11 mil niños, menores de 5 años todos los años, de los cuales 45% (5 mil niños) son menores de 1 mes y todavía hay que hacer una inversión importante en Educación en las familias. Las brechas se van a cerrar, ahora ya mucho más por el tema educativo. Antes era provisión de servicios, vacunas, previsión de servicios, vacunas...y ese tipo de cosas ahora ya existen en los establecimientos de salud. O sea antes las vacunas las compraba UNICEF y OPS, ahora las compra el Estado Peruano, a través de mecanismos con la Cooperación para asegurar calidad, pero están en el presupuesto del Estado Peruano. Las pruebas rápidas para detección del VIH Sida, nosotros empezamos comprándolas pero ahora las compra el Estado Peruano, porque el Estado en estos momentos tiene dinero, pero la brecha que hay que cerrar es una brecha básicamente en Educación en las familias y el rol de la comunicación es fundamental ahí.

Educación es comunicación. O sea las mejoras de prácticas en las familias, las mejoras de conocimiento en las familias, inclusive el desarrollo de actitudes favorables hacia determinadas cosas son temas netamente comunicacionales. Tu mencionabas algo que me parece muy interesante y que por lo menos aquí en UNICEF es fundamental, que es el tema de la Participación que es el tema de Educación pero no de una perspectiva de que yo tengo la ciencia y por lo tanto vengo y te enseño y te comunico y te motivo hacia lo que tienes que hacer...que era la percepción de la comunicación en la época en la que yo estudie. Yo estudié en la de Lima y teníamos un curso de motivación. La motivación era percibida como la motivación en donde era percibida como conocimiento y construías a partir de ese conocimiento las mejores formas de persuasión (bangs packard) las formas ocultas de la propaganda y en realidad no es así. La comunicación es dialógica. La comunicación requiere interlocutores y entonces los procesos comunicativos tienen que estar planteados a partir de ello. Por eso el tema de la participación tiene que ser el plato central o sea es lo fundamental. Por qué? Porque uno construye con el otro y acuerda con el otro cual es el espacio de cambio que está dispuesto a dar y eso supone un proceso de participación. Yo creo que la comunicación también ha evolucionado mucho y creo que cada vez tiene un concepto mucho más dialógico. Recuerdo cuando estudié comunicación lo primero que me enseñaron era la Teoría de Comunicación de Berlo con todas las cosas de emisor receptor y todas esas cosas. Pero era un modelo teórico, no es cierto? El modelo comunicacional estaba construido más desde una percepción mucho más unidireccional, más vinculado a la persuasión. Por qué? Porque la experiencia era una experiencia desde la publicidad fundamentalmente. O sea estaba mucho menos desarrollada la teoría para temas de desarrollo, pero te estoy hablando del año 70 y algo más. Pero conforme han ido pasando los años, la comunicación para el desarrollo se han convertido en un eje fundamental del desarrollo porque en realidad se trata de que la gente asuma su propio desarrollo, asuma sus propios retos y que decida qué es lo que quiere de vida y para eso a veces hay que mejorar algunas prácticas, hay que mejorar conocimientos, etc. Cada vez la comunicación se ha ido tornando más dialógica y para que sea dialógica la participación de la comunidad es clave. Además de modelos teóricos de cambio de comportamiento que imagino los conoces.

- **¿El PECE Guía del Planificador IEC fue el primer manual que ud ha tenido oportunidad de elaborar o antes ha tenido alguna experiencia previa en lo mismo?**

Habíamos hecho algunas otras cosas, pero quizá no una guía metodológica tan completa, no? Probablemente, en verdad, yo le agradezco mucho al proyecto de nutrición y salud básica que es proyecto que estaba financiado en esos momentos con Fondos del Banco Mundial, que nos dio la oportunidad a Mabel, Carlos y a mí de hacer la famosa guía PECE, pero sí ya habíamos hecho cosas antes. De hecho, veníamos de trabajar...mi formación es una formación que viene más del ámbito del marketing y la publicidad. En el año 1990, cuando termina el Gobierno de Alan García y yo tenía una agencia de publicidad, era dueña de una agencia de publicidad con 30 personas y voy donde mi socio y le digo tengo una noticia buena y una mala, por donde empiezo? Por la buena...le dije vas a poder tener la mayoría de acciones...la mala ya estaba dada, me iba de la oficina. Entonces me fui porque quería hacer desarrollo y desde ese momento me puse a hacer cosas de comunicación y de comunicación en salud. El PECE no recuerdo exactamente en qué año lo hicimos, pero me parece que lo hemos hecho en el 94, creo...no recuerdo. Del año 96 o 97 para ser más exactos.

El PECE fue una labor muy ardua, porque nos exigieron mucho para ese trabajo. Tanto que al final ya nos reíamos y seguíamos trabajando a pesar de que la plata que nos tenían que pagar se había acabado. Porque en verdad el PECE creo que ha marcado un Hito de alguna manera en el área de salud y la verdad que yo me siento súper contenta de haber formado parte de eso.

- **¿Cómo se realizó el Taller de Planeamiento Estratégico de la Comunicación Participativa? ¿Cómo surgió la iniciativa de tomarlo como base para la elaboración de la Guía del Planificador IEC?**

La verdad que no recuerdo exactamente ello. La que se encargó de esa parte de los Talleres y el diseño metodológico del mismo fue Mabel, porque ella es una trome en eso. Ahora si tuvieses que preguntarme en qué contexto sale la

guía, pues no recuerdo. Básicamente el proyecto de nutrición y planificación básica nos la pidió porque teníamos experiencia haciendo talleres. Mabel y yo mucho desde APROPO y Carlos desde PRISMA.

El proyecto de nutrición básica tenía 5 zonas de intervención y ellos tenían una experiencia bien interesante de llegada en esas zonas.

- **Sobre el Enfoque Comunicacional de la guía. ¿Qué es lo que nos podría decir respecto a ello?**

Nosotros dividimos el proceso de planificación estratégica en 4 partes, a diferencia de Hopkins, que lo dividía en 7. Nosotros lo recontra simplificamos en Diagnóstico, Desarrollo de la Estrategia, Intervención y Monitoreo y Evaluación y es un proceso secuencial pero además es continuo, porque puedes ir ajustando tu estrategia, tu intervención y obviamente puedes ir monitoreando todo el proceso. Pero nosotros hicimos una simplificación del proceso porque nos parecía más útil hacerlo así y de hecho cuando yo vine aquí a Unicef hice una guía todavía más simplificada que la del PECE e hice unos videítos bien simples, pero todavía mucho más simples, porque lo hice para hacerlo a nivel comunitario de manera que a nivel de la comunidad, de los gobiernos locales pequeñitos pudieran hacer procesos de planificación, entonces como dice una persona en el video: la planificación te sirve hasta para hacer las compras del mercado. Lo que queríamos era desmitificar el proceso de planificación como algo súper complejo, sino más bien es sencillo, es más que todo ordenar para hacer una comunicación más eficiente y efectiva.

- **¿Cuáles fueron los criterios empleados para la estructura y/o esquema de la guía del Planificador IEC? Dentro de ellos, hubo la oportunidad de emplear metodologías participativas como la comunicación participativa?**  
No. Fue un trabajo de gabinete en base a la experiencia que todos teníamos. Un trabajo de gabinete entre los tres. El PO de esa guía era básicamente personal de salud.
- **¿Y solo para personal de salud de Lima o también de otras regiones?**



Como te dije, el proyecto de nutrición y salud básica tenía 5 regiones que eran Lima, Piura, Cusco, Cajamarca y la otra que no recuerdo. Esa guía era para personal de salud de esos sitios, pero después esa guía en verdad fue súper exitosa y fue asumida como la Guía del MINSA. Ya después de eso se han hecho varias versiones en base a la Guía PECE. Hay un montón de gente e instituciones que han hecho más guías después de ello.

- **Entonces, si después esta guía fue apropiada por la gente del MINSA, conoce ud ¿Qué campañas, programas o materiales de salud que han sido trabajados en base a la guía del Planificador IEC?**

Bueno de hecho el tema de la maternidad, o sea todos los enfoques comunicacionales para reducir mortalidad materna se han hecho bajo el Enfoque del PECE, por ejemplo. De hecho tengo por ahí una presentación que hice para algo que estaba a cara del congreso de comunicaciones en Roma y en el cual uso el esquema de la planificación estratégica de la comunicación y muestro la reducción de la mortalidad materna desde el enfoque de planificación estratégica. Después lo adapté mucho para lo referido a Mercadeo Social... Yo enseñé muchos años en la de Lima y me basé mucho en la guía PECE para enseñar y después mis colegas se abrió a otra sección más y se basaban en la Guía PECE para enseñar también y cuando dejé la de Lima se siguieron basando, hasta el día de hoy, en la Guía PECE. Yo he enseñado en la Maestría de Gerencia Social de la PUCP, basada en la Guía PECE, adaptándola pero basada en ella. A mí me ha servido muchísimo, a Mabel le sirvió muchísimo, a Carlos me imagino que también. Pero además sirvió para que mucha gente trabaje y se alinee a trabajar con la Guía, no? O sea con ese enfoque de planificación estratégica, no?

Lo he usado en la de Lima, en la Católica, en la San Martín, en la Cayetano Heredia...lo hemos usado con Mabel en la época que hacíamos cursos de planificación estratégica de la comunicación para las Fuerzas Armadas. Mucha gente lo ha usado.

**Es decir que ¿El esquema de planificación estratégica elaborado en el PECE no solo está orientado al tema de Salud sino también a otras áreas?**

No, claro puedes aplicarlo a lo que quieras. Un proceso de planificación se aplica a lo que quieras, incluso al ir al mercado, no?

Además, Giovana también le ha dado diversas funciones porque ella no solo ha trabajado el tema de salud sino también de medio ambiente y después en COFOPRI. Ha hecho cosas bien interesantes en comunicación. La gente de Equipo 1 que es Martín Guerra García y Milena Alva – ella trabajó conmigo en APROPO – y todos ellos trabajan todo el estilo de planificación estratégica también. Yo he llevado la onda de planificación estratégica a un ejercicio que hicimos en...que obviamente después le he ido metiendo otras cosas, o sea no se ha quedado como fue primigeniamente. Yo he llevado cosas de planificación estratégica al ámbito de la educación. Milena y la gente de Equipo 1 han hecho cosas en Salud Reproductiva. Creo que están trabajando temas de forestación, basados en el mismo esquema.

- **¿Cuáles fueron las dimensiones teóricas que rigieron el diseño del PECE? Solamente se basó teóricamente en el Taller de Jhon Hopkins o también tuvo otras influencias?**

Jhon Hopkins, AED (Academy for Education of Development). Después usamos algunas cosas de Manus Group. Y después revisamos algunas cosas de planificación y después revisamos algunas cosas de teorías de comportamiento. Pero en la Guía del PECE no hay cosas de teoría de comportamiento sino que básicamente una cosa mucho más instrumental.

- **Siendo profesional externa del MINSA ¿cómo definiría el contexto del MINSA en esos tiempos respecto a Comunicaciones?**

No lo podría definir porque en realidad quien nos convocó fue un proyecto del MINSA (Salud y Nutrición Básica), pero en ese momento, ocurrían una serie de cosas bien interesantes en salud. O sea este proyecto tenía un componente de Oferta de Servicios interesante, pero también de llegada a la población muy interesante, o sea, de capacitación de la Oferta de Servicios y también de llegada de la población, pero también de una serie de proyectos. Había un proyecto llamado MILI, financiado por USAID que lo que hacía era fortalecer los servicios de Es Salud, que lo que hacía era también trabajar para extender la cobertura de los servicios. En esa época se produce una serie de cambios bien significativos en salud. Se extiende la red de establecimientos de salud, se incorporan gente contratada al sector salud para tener más prestadores de servicios en el sector salud; ocurren un montón de cosas bien interesantes en esa época. Que ha traído como consecuencia que haya una mejora bien

importante en los indicadores de salud que no tiene que ver con la guía del PECE, sino con todo lo que tenía que ver con Salud en ese momento.

- **¿Usted podría decir que el MINSA ahora es más estratégico en cuestión de comunicaciones?**

Yo creo que siempre fue estratégico. Creo que si tu comparas el sector salud con otros sectores como el de Educación, por ejemplo, el hecho de que hayan otros profesionales... o sea hay técnicos, tecnólogos médicos, sin duda, pero hay médicos, enfermeras y obstetrices...eso hace la diferencia. Y el sector salud por definición siempre ha tenido una proyección comunitaria, entonces, yo creo que la comunicación siempre ha sido vista de una manera estratégica porque en el Estado Peruano nada es permanente, pero yo sí creo que la comunicación siempre ha ocupado un lugar importante no solo en el Perú sino en el mundo. El Binomio Comunicación y Salud es un Binomio muy muy antiguo, o sea, parte de la gente que se ha formado en salud que es una gente que tiene formación epidemiológica. Entonces es un binomio bastante antiguo en el mundo del desarrollo, a diferencia del binomio comunicación y educación o comunicación y forestación.

Hace algunos años atrás, no te puedo decir en qué momento, porque no me acuerdo, pero yo diría, que hacia el 2000 y algo más se forma la Dirección General de Promoción de la Salud. Entonces, por un lado tienes una dirección general de comunicaciones pero también tienes una dirección general de promoción de la salud que tiene que ver con todo lo que en salud se llama el Enfoque Preventivo Promocional y este enfoque obviamente es Comunicación. O sea, como previenes si no es comunicando, aunque sea con lenguaje de señas igual es comunicación.

Si me preguntas si la comunicación ocupa un lugar estratégico, mi respuesta es definitivamente.

El comunicador necesita tanto de tantas cosas... la formación es poco profunda. Soy bien crítica en la formación de los comunicadores porque creo que se deberían hacer cambios bien importantes en la formación de los comunicadores. Debería de haber formación en comunicación un poco más especializada. Por eso cuando me preguntas si la comunicación es estratégica dentro del campo de la salud mi respuesta es sí, pero no necesariamente está en manos de comunicadores porque eso a mí me parece una lástima, porque

creo que los comunicadores no tienen una formación académica buena, porque la malla curricular es mala. Entonces el nivel de profundidad que tienen los comunicadores no es suficientemente bueno.

- **¿Qué es Comunicación, Información y Educación y cómo ud lo relacionaría con el manual del PECE?**

Bueno, lo que pasa es que hay IEC (Información Educación y Comunicación) es un enfoque de manejo de la comunicación. Finalmente, si tu desmenuzas las palabras...qué tiene que ver IEC con... Información = Conocimiento, Educación = Prácticas, Comunicación = Diálogo. En verdad, son diferentes formas de repetir los esquemas de que es necesario que para que alguien cambie de conducta conozca, piense, sienta y finalmente actúe de acuerdo a lo que cree que tiene que cambiar. Y ese es un enfoque. Otro enfoque es el de Comunicación Educativa. Son diferentes enfoques que van apareciendo... todos apuntan más o menos a lo mismo. Yo no diría que hay grandes diferencias entre IEC y Comunicación Educativa.

Comunicación Educativa es un concepto que viene de la gente de AED, es un concepto que por lo menos yo lo ubico como original en la gente de AED.

Lo importante aquí es que hay que planificar, la planificación es continua y tiene etapas. Hay que mirarla permanentemente sobre todo el tema de monitoreo, de evaluación de procesos y digamos que hay que hacerlo con el otro. Hay que partir del principio que la Comunicación es dialógica, entonces si no haces que el otro participe, la verdad es que no funciona.

**Transcripción de Entrevista a Paola Pioltelli**  
**Lic. Comunicación Social de la U.Lima**

**Mg. Gestión de ONG's y Desarrollo Social**

**Dra. *El uso de las artes en procesos participativos de desarrollo***

**CÓDIGO AUDIO:** REC 018 / REC 019

**FECHA:** Lunes 10 de Diciembre del 2012

**HORA:** 6:47 PM – 7: 15PM

- **¿Desde hace cuánto tiempo ud se encuentra relacionada con la Comunicación Social?**

En la comunicación social desde el 99. O sea entendiendo social por vinculado al desarrollo. Con la comunicación desde un poco antes.

- **¿Cómo y de qué manera ud se encuentra relacionada con el tema de la Participación dentro del campo de las comunicaciones?**

Bueno mi experiencia es desde hace muchos años en lo que respecto al enfoque participativo y todo lo que implica. Que desde mi punto de vista es una manera diferente de hacer las cosas en todos los campos. Incluido el campo de la comunicación.

- **¿Desde hace cuánto tiempo el tema de lo participativo aparece como teoría en sí? ¿Cómo así se relaciona con las Comunicaciones? Y con la teoría del Desarrollo?**

La teoría teoría se empieza a construir alrededor de los 70`s. Pero la metodología aparece en los 90`s.

A raíz de la 2 guerra mundial que generó todo un cambio en la Cooperación, todo fue variando. El mundo era un caos después de este incidente. Lo que conllevó a que los países que quedaron después de... tengan una visión paternalista ante las cosas. Pero como esa "actitud" no generaba resultados sino, por el contrario, el número de pobreza era el mismo, hubo todo un proceso de cambio que se dio en el tiempo. Hay una historia que cuenta que se preguntaron cuánto necesitarían en dinero para ayudar a todos los pobres del mundo, entonces sacaron cálculos de cuanto en dinero se necesitaría para

subvencionar las necesidades más básicas para cada uno de ellos: comprar techo, comida, pagar sus necesidades más básicas para vivir y salió que en África se necesitaría por así decirlo 100, en Asia 100 y en América Latina 80 y resultó que el monto total era menos de lo que en realidad se invertía en hacer “desarrollo” por un año. Eso conlleva a pensar que trabajar con desarrollo no tiene que ver solo con factores de indicadores y tampoco con lo social, sino tiene que ver con un poco de todo. Es un problema muy complejo.

Asimismo, antes en organizaciones como el Banco Mundial, ONU, entre otros; solo se contaba con presencia de figura masculina en ese tipo de organizaciones, siendo entre los más destacados los Ingenieros y Economistas. Eso ya hace ver cómo era la percepción del desarrollo que antes se tenía, enfocada a una manera mucho más técnica. En la actualidad es diferente la realidad en esas organizaciones ya que ya no solo hay ingenieros y economistas, sino sociólogos, comunicadores, filósofos, entre otros. Hay interdisciplinariedad. Y, asimismo, ahora hay igual número en cuestiones de género (mujeres y hombres)...

En ese escenario se empieza a evidenciar otras formas de hacer desarrollo porque las que había no funcionaban. Aquí es donde la participación empieza a tener entradas. La participación a diferencia de muchas teorías no nació en gabinete y luego fue llevada al campo. Por el contrario, nació en el trabajo de campo y fue llevada al gabinete. Fue trabajada en el camino.

- ***¿Qué diferencia hay entre la metodología participativa y la comunicación participativa?***

No entiendo a qué te refieres con Comunicación participativa. Las metodologías participativas son un enfoque metodológico en sí mismo, el cual se puede emplear para todo ámbito: salud, educación, etc. En el tiempo aparecieron personajes que han ido hablando sobre el desarrollo y la participación también como Amartya Sen y su libro “Desarrollo y Libertad”, Robert Chambers con su libro “¿A quiénes contamos? La tranquila revolución de la participación y los números”.

El tema ambiental, el tema de igualdad en las mujeres...son factores que han permitido que la participación tenga cada vez más cabida. Y ahora es casi imposible que haya algún proyecto que no incluya el término participación o participativo, porque para comenzar no te lo aprueba nadie! Aunque no lo hagan en la práctica. Aunque ahora el reto está en que ya tenemos claro que

debería ser así, ya tenemos claro que es una manera diferente de hacerlo y creo que ahora estamos en la crisis de... y ahora ¿cómo lo hacemos, no? Es donde la metodología participativa entra a tallar. Y en donde se empieza a ver que el otro puede decidir sobre sí mismo y ver qué es lo que necesita hacer para generar su propio desarrollo. Una mirada muy lógica desde mi punto de vista. Es sentido común!

- ***¿Considera que hay o podría haber una relación entre estrategias de comunicación y metodología participativa?***

Claro que sí. En realidad la metodología participativa te permite descubrir cuál será la estrategia que se necesita emplear para una intervención, programa o proyecto con enfoque de desarrollo. Una vez más... la metodología participativa es aplicable a todo ámbito: para hacer diagnóstico, diseñar un plan de trabajo, bosquejar un proyecto, etc, etc...

- ***¿Cómo ve al Perú en cuestiones de nivel de aplicación de las Metodologías Participativas?***

Bueno si tomé como referencia la cantidad de proyectos en los que nos han llamado durante estos 4 años que estoy aquí en el país, pues considero que se está avanzando bastante. Eso ya refleja cómo están empezando a querer hacer las cosas. Hasta se emplea el tema participativo en las empresas. Se puede decir que es un enfoque transversal.

- ***¿Se podrían elaborar estrategias de comunicación a través de lo participativo?***

Por supuesto, de nuevo a lo que dije antes. El enfoque metodológico de la participación tú puedes emplearlo para lo que se necesite y en el ámbito que se requiera.

- ***¿Cómo considera que se debería hacer?***

A través de talleres participativos tú puedes hacer diferentes cosas: desde diagnósticos, planes, proyectos, estrategias, etc...todo lo que conlleve a un proceso de desarrollo.

- ***¿Ha tenido la oportunidad de emplear la metodología participativa en proyectos o programas vinculados a salud? Se pueden emplear también para armar intervenciones o Campañas en Salud?***

Yo no he estado muy vinculada con ese tema que yo recuerde ahorita. Pero alguna vez diseñé un plan para una clínica para un grupo de doctores, en la concepción de esa clínica.

La he usado en temas vinculados a salud bueno más que salud en temas de ciencias... trabajé con la Cayetano Heredia para ver enfoques de enseñanza de ciencias...bueno está relacionado de alguna manera. Pero ahorita no recuerdo exactamente haber trabajado en algún proyecto de salud.

- ***¿Conoce ud manuales o guías en salud elaboradas en el país o fuera? ¿Ha visto el tipo de estructura que manejan? ¿Cuáles? ¿Qué opina al respecto?***

A que te refieres por manuales exactamente? Es donde indican que tienes que vacunarte o cosas así?

- ***No, es una especie de libro guía en donde se indican los pasos o pautas que se debe seguir si se quiere llevar a cabo una campaña o intervención en salud...***

En cada lugar, con cada grupo de personas se puede aplicar el enfoque metodológico participativo con el fin de obtener el desarrollo de ellos mismos.

- ***¿Cómo considera ud que las metodologías participativas puedan ayudar a construir un manual o guía para elaboración de campañas o programas en salud?***

Sí. En la medida en que se vincula a un todo, a un grupo de personas, las cuales tienen derecho sobre su vida y su salud. Por ejemplo si tú quieres ir a transmitirles la idea de que tal cosa es buena para una determinada enfermedad o de que es bueno que hagan esto para prevenir aquello...si se lo



dice su vecina o tú... a quién le creerán más? ¿Quién conoce más la realidad de esas personas? Ellas mismas, la gente que los rodea...

Si alguien quiere decirte acerca de una mejor manera de cómo nutrir a tu hijo, por ejemplo, quien mejor en este mundo para convencerte que tú misma? Para mí es tan sentido común...

- ***¿Cómo cree ud que lo participativo pueda ayudar al sector salud de nuestro país?***

Yo no tengo idea si hay algún diagnóstico real de la problemática en salud. A mí me parece que problemas así como salud o educación, que son problemas transversales que involucran a una realidad infinita son problemas que se necesitan cosas claras. Entonces hay que hacer un diagnóstico, ahora ese tipo de información tiene sentido obtenerla si es que vas a cambiar cosas sino para qué? Pero un espacio real en donde la gente pueda dar ideas, opiniones y realmente proponer soluciones. Una vez que recogen viene el punto de... mostro! Ahora, ¿cómo lo cambiamos? Porque quejarse es fácil. La gente confunde lo participativo con ayy que miedo le vas a dar espacio a la gente para que reclame. Por supuesto que le vas a dar espacio para que reclame, pero en lo participativo la responsabilidad es compartida. O sea no es que tú te quejas y yo me voy con eso. No. Se trata de que yo acepto mi parte y ahora qué hacemos?... porque en lo participativo todos somos actores protagonistas. Si tú tienes una queja también tienes que ser parte de la solución. No puede solo quejarte. Entonces ahí está la parte positiva. Y claro, otra vez, las mejores personas para preparar las soluciones son las que tienen el problema, las que mejor saben. Por supuesto que hay cosas con las que te tienes que ayudar y factibilizar con temas técnicos pero o sea no sirve de nada una solución técnica que nadie va a implementar, puede ser maravillosa y técnicamente perfecta pero ¿y? si nadie la aplica ¡para qué sirve? Para nada!

- ***En cuanto a la relación entre Participación y Sostenibilidad... ¿Considera ud que las Metodologías participativas pueden ser consideradas como Estrategias para lograr la Sostenibilidad?***

Yo creo que son determinantes. O sea a mí no creo que haya ningún proyecto sostenible que no sea participativo. Así de claro. Es decir no veo como algo

puede ser sostenible sin ser participativo. Imagina el día que un coordinador de proyecto ya no pueda estar por tema de presupuestos o tiempo, todo se termina?... sostenible es lo que va a funcionar después independientemente de cualquier recurso exterior. Que funcione porque la gente quiere que funcione. Entonces sostenible para ti no es haber logrado el financiamiento de 10 años. Eso no es sostenible. Sostenible es que la gente genere sus propias herramientas.

Es tan simple como saber que tú tienes derecho a decidir sobre todo lo que implique un impacto en tu vida. Tú y todo el mundo. Más aún en salud. Esto de que te tienes que hacer quimio porque el doctor lo dice y si no te haces quimio...y que pasa si no me da la gana de hacerme quimio... ¿qué pasa? No es que soy ignorante o no entiendo qué es...sino que no quiero pasar por los efectos secundarios de la quimio, entonces yo decido que es lo mejor.

- ***Y en temas de TBC, Dengue... por ejemplo?***

Ahí yo creo que es otro tema, no? Ahí lo mejor que puedes hacer es preguntarte que te puedo decir para convencerte. Una vecina tiene 28 millones de veces más posibilidades de convencer a su vecina que tú misma.

- ***¿Y Sobre el Rol del facilitador?... en el caso se pueda ver al MINSA en este rol frente a las poblaciones hacia las cuales se ejecutan las campañas.***

La gente que trabaja en desarrollo tiene que entender que el control no lo tienes tú y el poder tampoco. Entonces aunque sea entregado a ti inherentemente, porque cuando uno llega a una comunidad, lo primero que la gente cree que eres es Ingeniero, médico o lo que sea y te ponen un mega título que es mentira, pero igual. Tú eres el experto y la gente en este país, porque es un país que históricamente ha sido colonizado, con mucha sumisión, con niveles educativos terribles. Somos uno de los peores países en el mundo. Entonces cuando tú llegas “sí señorita, sí señorita” entonces hay esta mezcla entre todo lo que tú dices se acepta como dado y eso es un absurdo, porque tu solo puedes trabajar con la gente en la medida en que 1º lo que entienden esté de acuerdo a lo que estén conversando y 2º en la medida que ellos mismos quieran ayudarse, entonces las estrategias de comunicación deberían estar

todas orientadas a generar la información necesaria para poder encontrar mensajes que realmente lleguen a las personas y eso tú no lo puedes hacer...eso es algo como antropológico, medio psicológico, entonces eso no hay experto que desde su escritorio lo pueda recoger, es imposible, a menos que tú quieras...por ejemplo yo soy vecina de Barranco y yo quiero hacer una estrategia para los vecinos de Barranco, seguramente tengo mucha más visión que un vecino de la Molina. Pero igual, consultaría con otras personas porque solo soy un vecino. Hay hombres, mujeres, jóvenes, niños, sectores... y todos piensan diferente. Entonces eso es algo muy importante. El entender que tú no tienes CONTROL ni PODER, pero es mentira! Porque entonces ahí viene la gran diferencia entre PARTICIPACION COMO MEDIO y PARTICIPACION COMO FIN. Cuando tú quieres ser participativo porque en realidad lo que quieres es bajar la oposición y dices bueno, si soy participativo entonces sí lo convengo más fácil. Entonces así ya estamos mal pues porque así lo que estás haciendo es manipulación. De otra manera, cuando es PARTICIPACION COMO FIN, tú lo que estás haciendo es facilitando a un grupo de personas, la posibilidad que ellos encuentren soluciones a sus propios problemas. Y eso implica que tú tienes que aceptar las decisiones y si las decisiones es “no me hago el tratamiento”, pues esas son. Pero el MINSA obviamente por ser una institución del Estado no va ir con ese enfoque, eso me parece muy difícil. El enfoque es Indicador: cuántos logré vacunar; indicador: cuántos fueron a mi taller. Entonces ahí tenemos un problema más grande que es que claro regresamos a la pregunta inicial “el mundo del desarrollo está diseñado para no ser participativo”. Entonces los indicadores, inclusive la administración detrás de un proyecto. Herramientas como el merco lógico. O sea eso no es participativo, no te permite ser participativo. Tú no puedes ser participativo en Excel. Así de simple. Eso también hay que entender.

**Transcripción de Entrevista a Estela Roeder  
Lic. Comunicación Social de la UNMSM**

**CÓDIGO AUDIO:** 001\_A\_001\_REC

**FECHA:** Viernes 7 de Diciembre del 2012

**HORA:** 4:30PM – 5:30PM

- ***¿Desde cuánto tiempo se encuentra ud relacionada con la Comunicación Social?***

De hace 30 años o más. Si bueno la comunicación social en términos laborales más de 30 años y yo estudié comunicación social en San Marcos y toda mi vida, digamos que el 90% de mis actividades, relacionadas a comunicación para el desarrollo y salud.

- ***¿Desde hace cuánto tiempo ud se encuentra relacionada con el tema Salud dentro del campo de las Comunicaciones?***

Ok. Desde hace 25 años. Trabaje en una ONG llamada FOVIDA con todo el tema de alimentación y todo lo que es Salud en Conos de Lima. Cuando estaba en auge todo el tema del vaso de leche y los comedores populares. Nosotros hacíamos capacitación para la buena nutrición y buenas prácticas de alimentación y luego en los 90`s cuando entre al Ministerio de Salud, con el Dr. Vidal Layseca como ministro tuve que ver el tema del cólera, cuando hubo la epidemia del cólera. Empecé a trabajar el tema de salud, no? Estuve en Cáritas, estuve en UNICEF, en el Instituto Nacional de Salud. Volví al Ministerio de Salud y siempre he estado en consultorías ligadas al tema de comunicación y salud que es lo que más desarrollo, no? Y ahora estoy otra vez en el Ministerio de Salud, por cuarta o quinta vez, ya no recuerdo...

- ***¿Puede decir entonces que su inicio en vinculación con el tema de comunicación y salud fue debido a que entró a trabajar con el Dr. Vidal?***

Claro, el cólera marcó mi vida porque al final yo estaba muy joven, como país teníamos que enfrentar una epidemia, no? Y tal vez el logro más importante o lección aprendida de esta epidemia fue de que la comunicación se convirtió en un ACTOR IMPORTANTE DE LA ESTRATEGIA SANITARIA QUE SE HIZO EN ESE ENTONCES. Trabajamos algo de publicidad televisiva y radial. Los periódicos, antes se leía periódicos ya que el internet era escaso, y se usaba

mucho material gráfico. Entonces hacíamos cosas de acción y movilización social y el Ministro daba conferencias de Prensa y lo bueno que los periódicos empezaron a publicar las medidas preventivas del lavado de manos, tomar agua hervida y segura y comer alimentos cocidos, no? Esos 3 mensajes básicos fueron los que marcaron ña epidemia. Y eso fue lo que aprendimos, que la COMUNICACIÓN puede ser un ALIADO y un ACTOR CLAVE PARA ENFRENTAR SITUACIONES DE SALUD Y RIESGO... Que son ahora comunes en el país y en el mundo. Tenemos ahora el Dengue, por ejemplo.

- ***¿Ha tenido oportunidad de tener algún cargo en específico en el MINSA? ¿En qué año? O en qué periodos? Y en qué consistió o consistieron?***

Estuve en los 90's cuando terminó el gobierno del APRA e inició el primer gobierno de Fujimori que digamos él tenía un equipo, un gabinete muy multipartidario y llamaron al Dr. Vidal Layseca que venía de la OPS Argentina y bueno el cólera nos marcó a nosotros. Se convirtió en un tema político. Lo sacaron al Dr. Layseca y me fui yo, no? De ahí no regresé hasta el gobierno transitorio (Paniagua) y me quedé con el gobierno transitorio y con el inicio del gobierno de Toledo. Y regresé luego de 2 años aprox con la Dra. Mazzeti. O sea eso ha sido en los 90's, en el 2000 y ahora en el 2012. Debí haber regresado en el 2010 pero ya cada 10 años. Si yo hago una mirada retrospectiva digamos cada inicio de década he tenido que estar en el Ministerio de Salud...será por algo.

- ***¿Cómo ve ud el campo de la salud y de la comunicación en estos últimos tiempos? Se podría hablar de una evolución?***

Yo pienso que hay varias cosas, no? Primero de que la ciencia y la investigación científica ha avanzado y eso está acompañado con todo lo que es tecnología médica y de punta, no? Ya una sala de operaciones ya no tiene toneladas de equipos sino mini equipos con los cuales te hacen una operación de corazón abierto. Entonces hay una evolución tecnológica y que está acompañada de conocimiento científico entonces es bien interesante para preservar la calidad de vida de los habitantes, de las personas. Y en segundo lugar, pero también hay un sobre poblamiento de las ciudades que generan problemas de salud: salud ambiental y salud personal. Porque cada vez somos más, las demandas de salud son más. Nos enfermamos más en la medida que somos más. Nos va a faltar agua. Vivimos en una sociedad de consumo muy muy alta en donde la publicidad comercial influye mucho en nuestros hábitos.

Los hábitos están ligados a una oferta de mercado muy atractiva pero no necesariamente saludable. Hay ciudades con más mercados de consumo, no necesariamente de productos saludables, hace que la gente se enferme y los servicios de salud no han estado preparados ni para el volumen de personas que acceden o solicitan a sus servicios y tampoco de la realidad o de la carga de enfermedad que actualmente tienen las ciudades. Y en el caso de los sectores rurales el tema es el acceso. Es decir, una señora de puno va al servicio de salud y está cerrado, no hay personal, no hay un médico. Entonces la zona rural tiene problemas de atención y la zona urbana también tiene problemas de atención pero relacionado al sobredimensionado de la demanda y la carga de enfermedad que se inicia a partir de malas prácticas alimenticias. Básicamente las personas se enferman por lo que comen: grasas, gaseosas, alcohol, tabaco...todo eso está haciendo daño y la gente se enferma más. Y la otra cosa que a mi modo de ver marca la agenda es la salud mental. Somos tantos que ya los requisitos y los patrones de convivencia se han quebrado y no se han estructurado nuevos. Por ejemplo, la relación con la tecnología, lo que es el internet. A los adultos tal vez lo podemos manejar. A los que no somos nativos digitales, pero un nativo digital tiene diferentes conductos respecto al internet. Hablando de nativos digitales me refiero a los niños, adolescentes y jóvenes que todavía no son nativos nativos, sino una segunda capa intermedia. Entonces estos chicos, yo pienso que no se está haciendo una evaluación en el impacto que tienen las tecnologías en el desarrollo de las personas. Creo que el tema de salud mental, por tanto, se ve muy afectado por esta nueva cultura digital que entra en nuestra casa y bueno más allá de toda la tecnología visual, musical, cultural que está entrando al hogar y que también influye en las conductas familiares. O sea la salud mental todo el tema de nutrición y todo el tema de estilos de vida o vivir en ambientes de violencia o generar violencia hace que el ser humano se enferme más. Para eso los comunicadores en salud o a los que nos gusta trabajar en salud estamos generando también nuevos conceptos y paradigmas, no? Y si los hay digamos que todavía no son los suficientemente sólidos, hay que trabajar multidisciplinariamente para poder afrontar los retos de la salud pública. TBC ya no es un tema de pobres sino es un tema de la gente que vive en malas condiciones; es decir, a parte de la pobreza por hacinamiento, también por prácticas de no tener un aire saludable y usar servicios públicos donde la TBC está instalada. O lugares de entretenimiento en donde hay gente que tiene TBC va y genera un espacio de riesgo para el contagio. Entonces, creo que

hay nuevos retos en los cuales la comunicación tiene que responder y reconstruirse.

- ***Tengo entendido que Usted participó de momentos en que la Organización Panamericana de la Salud impulsó el “periodismo en salud”. ¿A qué obedeció esa estrategia y qué relación tuvo posteriormente con la planificación estratégica de la comunicación?***

Yo pienso que la comunicación social tiene que dialogar con el periodismo, entendido así como la persona que escribe para los medios. Yo he sido formada en periodismo pero también para ser comunicadora social y tener relación directa con la población. Los medios masivos y los medios tecnológicos son sumamente importantes. Entonces, creo que un buen periodista o buen profesional que trabaja en medios tiene que manejar contenidos de salud apropiados, porque mucha gente lo lee, lo escucha y si tu das un mal consejo puedes poner en peligro la salud de la gente. Entonces tu tienes que trabajar, digamos con líderes de opinión, periodistas que escriben, con voceros mediáticos que puedan promover mensajes saludables. Entonces hay que capacitar, hay que desarrollar habilidades, generar evidencias de que eso es importante para la gente porque eso está relacionado con su vida y su bienestar.

- ***¿Cómo vincularía esto con la Planificación Estratégica de la Comunicación?***

En el caso de la planificación estratégica de la comunicación creo que es un elemento básico sea de salud o no. Pero en el caso de la salud es muy importante porque creo que estamos jugando a generar escenarios de impacto que tienen que ver con la vida y la salud y, por lo tanto, nuestras estrategias o pueden hacer bien o pueden hacer mal. Entonces, todo el tema de percepción de riesgos de autoeficacia comportamiento que tenga la gente antes una situación de salud tiene que estar definida en un mensaje de manera clara, contundente. Pero a la vez con la responsabilidad ética que conlleva el dar un mensaje en donde está relacionado el sentido a la vida. Tu puedes, por ejemplo, estas en una empresa privada y quieres vender biberones, tal vez no te das cuenta o no haz hecho los suficientes exámenes de calidad que el plástico con el agua caliente al disolver la leche en polvo que toman los niños

hace de que éste plástico de adhiera o se suelte. Estas poniendo en riesgo la vida del niño y en este caso del futuro de su salud. Por eso, creo que en el caso de la comunicación en salud hay un tema ético de responsabilidad muy importante con la vida de la gente. Un medicamento mal dado, un medicamento mal aplicado o recomendado de manera inadecuada puede hacer la diferencia entre estar vivo o muerto. Entonces hay un sentido ético que la comunicación en salud tiene que acentuar, sobre todo, con los procesos de prescripción médica. Lamentablemente vivimos en una sociedad muy medicalizada en donde la gente... si el médico no te receta una pastilla es un mal médico, no? Si el médico no te pide tomarte radiografías, está mal, no? O porque te piden una tomografía cuando una placa de rayos X es más valiosa que una tomografía, no? Entonces, la salud...o el querer estar sano o saber sobre tu salud se ha convertido en un mercado y entonces al ser un mercado, a los intereses económicos también se mueven alrededor de las enfermedades. Algunos especulan que hay empresas que producen medicamento que generan las enfermedades, las epidemias, para vender medicamentos. Entonces hay un tema ético con la vida y la salud y es algo que comunicador en salud tiene que cuidar, no? La ética en sus contenidos porque genera responsabilidades frente a la vida.

- ***¿Cómo ve ud el campo de la comunicación para la salud en el Perú? ¿Cómo se ha desarrollado o se viene desarrollando?***

Yo pienso que ha tenido momentos. Después de la epidemia del cólera, después de haber trabajado durante 10 años el tema de comunicación en salud y luego...yo diría que en los últimos 20 años hay un buen balance. Hemos tenido epidemias importantes como la H1N1, donde nuevamente se retomaron los modelos de comunicación en salud y uno de ellos fue la gestión del riesgo comunicacional en situaciones como la que hubo con la H1N1, así como la que hubo con el cólera con el PECE, también lo que es ahorita comunicación de riesgo. Los modelos de comunicación van cambiando, también de acuerdo a coyunturas o a dinámicas de la vida, de la salud pública, de situaciones de salud que se presentan.

- ***¿Considera ud que el MINSA también ha tenido una evolución? ¿Qué factores considera ud que han permitido ello? (Tomando como referencia los 90`s hasta la actualidad).***



Yo creo que lo que nos falta a los comunicadores que trabajamos en el Estado es mejorar nuestras habilidades para lo que es gestión pública, manejar ahora todo el tema de presupuestos por resultados (PPR) no es fácil para un comunicador que toda la vida ha estado acostumbrado a hacer planes de una manera y ahora tiene que hacerlo de otra, trabajar con indicadores, con evidencia, cuando no se acostumbra a investigar. La mayoría de campañas no tienen sondeos de base ni evaluaciones finales. Simplemente se hace materiales y se difunden y eso genera poca evidencia para proyectarnos en una gestión de la comunicación dentro del Estado de manera más eficiente y eficaz. Hay que cambiar paradigmas, hay que desarrollar habilidades y hay que hacer que todo este tema mejore.

- ***Recuerda ud si... ¿En los 90`s hubo ayuda por parte de la Cooperación Internacional o alguna institución extranjera (ONG, Universidad, etc) que asesorase o financiase algún proyecto o investigación en salud para beneficio del MINSA?***

Ha habido mucha cooperación internacional apoyando el tema de comunicación en salud. Por ejemplo la OPS, UNICEF, USAID, entidades como Naciones Unidas, a través de varios proyectos. Se ha logrado desarrollar discursos, propuestas de capacitación, publicaciones, de investigaciones en temas de comunicación y salud. En algunos momentos más amplios, más profundos y en otros más reducidos. Va a depender mucho también... normalmente ahora nos toman como un país con fondos, entonces antes las agencias de cooperación marcaban la pauta, ahora nosotros tenemos que, con nuestros propios recursos, marcarla. Entonces, cómo hace ese cambio? Nosotros nos acostumbramos que venga OPS o USAID y digan hay que hacer esto, porque tengo plata. En cambio, ahora nosotros que tenemos plata, hay que definir qué hacer, con el apoyo técnico de ellos, porque ellos tienen experiencia. Ahora ellos están en otro rol. Ahora ellos monitorean... y devolver aquellos que han podido recoger en su intervención pasada, que debería estar sistematizada.

- ***Desde su experiencia ¿Cómo podría definir el panorama o contexto del MINSA en el año 95 o 97 aprox? ¿Considera ud que en esos años habían menos o más comunicadores sociales o comunicadores para el desarrollo o comunicadores especializados en comunicación en salud?***

Yo creo que ha cambiado. Hay otras dinámicas, otras tecnologías. La internet se ha vuelto importante para el acceso a información en salud y creo que temas como ciudadanía, transparencia se han vuelto temas transversales. El tema intercultural también. Tenemos una dirección general de promoción de la salud que se ha creado hace 10 años. Entonces son cambios que marcan. Promoción de la Salud es algo sumamente importante para el país. Tuve la oportunidad de estar en el equipo que propuso la creación de la dirección ejecutiva de promoción y luego como convertida ahora en dirección general de promoción de la salud. Entonces fue una apuesta, una apuesta de grupos humanos que queremos que la salud no solo sea enfermedad sino sea alegría, felicidad, se la posibilidad de envejecer de manera saludable.

- ***Respecto al área o áreas enfocadas a las Comunicaciones en el MINSA, ¿Cuántos comunicadores sociales o comunicadores para el desarrollo han venido trabajando durante los diversos periodos de gobierno? Según su experiencia a lo mejor podría hablar de un aproximado...***

Yo creo que hay un interés por la comunicación para el desarrollo, hay un interés de retomar el tema de comunicación en salud y lo que pasa es que vienen nuevas generaciones. Entonces los que tenemos ya mas edad tenemos que generar más evidencia de que eso es importante y de que hay que seguir indagando. Lo que no va a cambiar es el mensaje, va a seguir renovándose con los resultados científicos pero la estrategia y la forma en la que se hace el mensaje, si bien puede tener plataformas distintas, tu tienes que tener discursos muy claros, manteniendo el tema ético y la oportunidad en la eficacia en lo que es la salud de la gente.

Ha habido alguna gente que algunos años ha estado metida en comunicación y periodismo en salud. Ha venido gente nueva, directores que han aprendido o funcionarios que han aprendido a hacer comunicación en el campo de la salud y creo que ha sido una mezcla intergeneracional. El Ministerio de Salud siempre ha sido líder en la parte de comunicación en el Estado. Y ese el producto de dedicación, de apuestas, de desarrollar capacidades, sino lo hubiéramos hecho, hubiese sido muy complicado de que pudiéramos enfrentar todo lo que el país tiene que enfrentar en materia de crisis y epidemias. Todo lo que vivimos. La mayoría de gente de salud ahora pertenece a otros sectores. El Ministerio de Salud es un semillero de comunicadores para el desarrollo.

- ***¿Cuántos comunicadores ha tenido oportunidad de conocer en las épocas en las que estuvo en el MINSA?***

Acá han pasado generaciones. Ahorita tienes 40 personas trabajando en la dirección. Pero si uno mira desde el año 90 a la fecha, calculo que hemos pasado como 300 personas hasta la fecha por esta dirección, que han ido rotando. Algunos se han quedado, la mayoría se han ido a otros servicios, ONG`s, hospitales, proyectos... por eso digo que el Ministerio de Salud es un semillero, donde el comunicador empieza a entender el sentido de salud o enfermedad normalmente le gusta, se queda y lo mantiene el resto de su vida.

- ***¿Cómo describiría el contexto comunicacional del MINSA entre el 95 y 97?***

Bueno cada etapa ha tenido sus propios retos. Yo diría que en el año 90 fue la epidemia del cólera y luego hacer que las oficinas típicas de prensa pasen a ser oficinas de comunicación. En el año 2000, entra la promoción de la salud y se convierte en una aliada para darle un sentido más proactivo y positivo a la comunicación. Yo diría que en la década del 2000, en la década del 2012 ya, tenemos que pensar en una comunicación vinculada a nuevas tecnologías que ya no son tan nuevas pero también en una comunicación volviendo al sujeto, a la capacidad ciudadana de decidir sobre tu vida y tu salud.

- ***Respecto al Rol del Comunicador en Salud Pública, ¿qué nos podría decir en torno a ello? ¿Es trascendental? Suele ser estratégico? Es valorado? ...sobre todo en el caso del MINSA?***

Cuando se viene a aprender estas frito porque todo el mundo lo limita, pero cuando tiene un bagaje que sabe investigar, que es un buen productor, que sabe manejar los procesos de comunicación, que sabe evaluar, que sabe escribir y sistematizar, toma valor. Creo que deben haber habilidades básicas que debe de tener cualquier comunicador, pero en especial en salud, para enfrentar un mundo tan rígido que es el de los médicos, que son los voceros formales para hablar de salud, pero más hablan de enfermedades.

- ***¿Qué aportes y qué barreras cree ud que puede encontrar un comunicador social o para el desarrollo en el MINSA para llevar a cabo su línea de trabajo?***

Yo pienso que hay mucho que aprender, se aporta mucho porque estas aprendiendo en diferentes materias, temáticas, vinculadas a la salud y la enfermedad y obviamente tienes que colocarte en situaciones para generar mensajes que puedan prevenir y promocionar aspectos saludables, como controlar en caso de una epidemia y generar confianza en tus servicios de salud. Si todo eso se hiciera factible a partir de propuestas, protocolos, manuales, legalidad, estrategias; en fin, todo aquello que el comunicador puede producir, ojala sea así, como digo yo, una nueva oportunidad de ver la comunicación. Yo la verdad como hace 5 días he asumido este reto nuevamente, con más años, un poco más cansada en términos de dar también me siento fortalecida de saber que en esta etapa de mi vida tal vez pueda reordenar un montón de cosas que quedaron pendientes y que faltan fortalecer.

- ***En cuanto al tema de publicaciones del MINSA... ¿Recuerda ud desde qué año se empiezan con las publicaciones de Manuales? ¿Siempre han sido en formatos Manuales?***

Más se ha publicado la parte técnica de lo que es salud y enfermedad. Pero lo que es comunicación, ha habido algunos manuales... OPS nos ha dado mucho material. Hemos hecho algunos protocolos, directivas y quien ha producido más...nosotros publicamos un montón de materiales informativos como anuncios, volantes, afiches, trípticos, spots, todo eso hay. Pero manuales, guías, protocolos en menor cuantía. Esa es todavía no una debilidad sino un reto pendiente en el hecho de poder desarrollar mejores herramientas para poder hacer mejor gestión en comunicación en salud pública.

- ***¿Considera ud que los manuales que guían cómo llevar a cabo una campaña de comunicación o intervención en salud son productivos y eficientes?***

Son necesarios, positivos. El PECE que es uno de los que se ha hecho hace años, en la década de los 90`s a finales... hay otros manuales como el Combi (Dengue), el ABC para TBC... yo creo que todos los manuales y las guías son útiles, la importancia va a ser en que los apliques y generes evidencia de que fueron bien aplicados. Puedes tener el manual más lindo, pero si no lo sabes hacer, no tienes la capacidad, la habilidad, va a quedar almacenado en tu escritorio y para aplicar un manual tienes que haber diagnosticado un problema de manera profunda.

- ***¿Qué tan importante desde su perspectiva es el Rol que cumplen los Promotores de Salud? ¿Considera ud que tienen las suficientes herramientas para afrontar las campañas que se han ido realizando a nivel del MINSA? Según su conocimiento, recuerda ud algún manual de comunicación estratégica o cartilla que haya sido elaborado exclusivamente para Promotores de SALUD?***

Los promotores de salud ha habido más antes que ahora. Ese tema de voluntariado social que existía se ha venido reduciendo, porque la gente ya no tiene mucho tiempo. Ninguno de nosotros hace voluntariado, por lo menos la mayoría de personas no lo hace, porque no tiene tiempo, porque el tiempo se lo dedica a generar sus condiciones de vida personal. Todos trabajan para un recurso económico. Eventualmente puedes dar algo de ti pero es muy poco e tiempo, menos en zonas urbanas. En zona rural es donde más ha habido promotores de salud. Eso ha cambiado, si antes había 100 promotores en una localidad, ahora solo hay 10. 10 que no dan el tiempo completo sino medios tiempos, porque tienen que vivir, comer, dedicarse a sus familias. Yo recuerdo que los médicos decían “ahh..los promotores no existen”, pero claro porque van a existir si también son gente como ellos que también tiene que ganarse un sueldo y sobrevivir.

- ***¿Qué opinión le merece el PECE? ¿Considera que fue efectivo durante esos tiempos? (en caso lo conociese...) ¿En qué experiencias concretas ha aplicado Usted esta metodología del PECE y con qué resultados? ¿Qué cree ud que podría cambiarse ahora en ese Manual?***

El PECE sale de un libro gordo de habilidades y destrezas para la comunicación en salud, que lo hace AED. Ese libro gordo es una herramienta bien interesante que hace AED con la gente de BASIS, HEALTHCOM y ese es el insumo que se toma para hacer el PECE. El PECE lo hizo la gente se UNICEF, Marilú Wiegold junto a un equipo. Y toman como base mucho la información de las escuelas y universidades norteamericanas. Ese es el enfoque del PECE. Entonces del PECE a ahora ha habido...hay otros manuales, otras guías... materiales que se han hecho, pero que siempre son materiales en evolución, abiertos y flexibles.

- ***¿En qué experiencias concretas ha tenido oportunidad de aplicar algunas de las estrategias del PECE o simplemente las conoce y no las ha aplicado?***

Sí las he aplicado, peor no tal cual, no? Porque los que manejamos varios modelos de comunicación podemos usar parte del PECE, parte del Combi, parte del IEC, parte de todo. Al final lo que buscamos es que el mensaje cale en la gente y que eso la gente se lo apropie.

Si ves el manual combi y el PECE... (pásame los manuales que están ahí por favor)...por ejemplo este es para Dengue “lecciones aprendidas del proyecto “combi”. Mira, todo empieza por el Comportamiento. Y este es Combi “Planificando la movilización y comunicación social para el control del Dengue. Eso lo hace OPS. Si tú ves los esquemas con los cuales se hace los pasos, se parece mucho ahh.... Es que el PECE...sabes por qué no uso mucho el PECE? Porque siento que está dirigido a personal de salud. A mi comunicadora, el PECE me sirve un poco, pero más me sirve estos que tengo acá, que son para comunicadores. Ese es el defecto del PECE. No sé si su defecto, puede ser su virtud también.

- ***¿Según su experiencia normalmente las guías están orientadas hacia el comunicador en sí o a otros?***

Eso siempre ha sido un debate: o hacemos cosas en comunicación en salud para el médico, enfermera u obstetra o hacemos cosas en salud para el comunicador. Yo creo que hay que hacer comunicación en salud para ambos, porque al final lo que manda es el mensaje, que el comunicador es un productor de mensajes, pero también el médico es un productor de contenido temáticos, científico o no científico, clínico... Cómo hacemos para combinar ese contenido con el sentido comunicacional. Lo que le va a dar el sentido comunicacional es el comunicador. O el periodista. El médico te va a decir las vacunas protegen enfermedades. Pero el comunicador tiene que explicar por qué y los beneficios.

O sea la comunicación social siempre está pensándose en el sector público.

- ***Finalmente, ¿Si ud tuviese que hacer un Manual de Comunicación para el MINSA ¿Qué factores o elementos tendría ud en cuenta? ¿Qué metodología emplearía para ello? ¿Lo haría para un público en concreto como los promotores de salud, por ejemplo?***

No hay el manual perfecto. Como tu vez estoy leyendo varios. Como ves estos los estoy usando para la parte académica. Por ejemplo, aquí tienes uno en donde se menciona desde como armar un equipo hasta a establecer objetivos. Este (manual habla mucho sobre el tema conducta y comportamiento. El de comunicación de riesgo te habla más de comportamiento y de información pública. Pero la información pública no basta la comunicación. Para ellos, la información es lo importante, en cambio, para nosotros es la información y la comunicación. Cada manual tiene su esquema, valga la pena... para mi el manual PECE esta orientado a que el personal de salud conozca sobre procesos de planificación de comunicación en salud. Ahora cuando tú te metes al Dengue tiene su propia lógica, y TBC, porque el mensaje es distinto. Cada MENSAJE LE VA A DAR PERSONALIDAD a la estrategia.

Se pueden hacer cosas comunes... no hay un manual de comunicación general, ya que se va adoptando acorde al tipo de epidemia y al contexto en cada país. Porque cada enfermedad tiene su propia lógica, la TBC tiene síntomas distintos... la malaria tiene síntomas distintos al dengue y así cada uno tiene su sintomatología, su contenido para encontrarla, entonces TU ESTRATEGIA COMUNICACIONAL tiene que EXPLICAR TU SINTOMATOLOGÍA y las medias preventivas y de control son distintas. Entonces el CONTENIDO DEL DISCURSO lo va a dar... va a generar diferentes estrategias de respuesta como respuesta.

- **Lo mismos sería en el caso de los promotores de salud...(referido a un material para ellos)...**

Habría que poner un componente de nivel de instrucción, de aspectos interculturales. No basta solo el contenido, sino la forma de presentar la información y de sintetizarla porque que ellos no tiene tiempo como para leer todo un manual muy grueso.

**Transcripción de Entrevista a Kathy Rojas**  
**Lic. Comunicación Social de la UNMSM**

**CÓDIGO AUDIO:** 001\_A\_001\_REC

**FECHA:** Viernes 25 de Octubre 2013

**HORA:** 3:48PM – 4:20PM

Kathy Rojas trabaja desde 1999 en el MINSA, entro como practicante y luego siguió línea de carrera en el MINSA. Estuvo un tiempo en el área de promoción de la salud y luego en el área de comunicación social. Por un lapso de 2 años se ausento del MINSA porque estuvo trabajando a nivel de consultorías para otros ministerios entidades si pudiese comentarnos sobre sus funciones dentro del Ministerio.

La oficina de comunicación social tiene a su cargo todas las campañas de salud del ministerio y a la vez la coordinación de técnicas de todas las áreas competentes de línea y OPD`S e institutos especializados, para ver la aprobación de materiales, aprobación de las campañas, acompañamiento de las mismas. Somos parte del comité técnico de las estrategias que se manejan en el ministerio como parte de. El equipo está dividido según las diversas temáticas que se están desarrollando. Actualmente estamos trabajando la temática de reforma de la salud, se viene la campaña de VIH, la campaña de inmunización contra el pole y así constantemente se van renovando actividades. En ese marco, la oficina tiene una alta rotación y un alto movimiento. Aparte que maneja un 80% del presupuesto de toda la oficina en general, por lo mismo que tenemos a nuestro cargo la difusión de las campañas de salud a nivel de medios masivos. Eso de por si es un costo alto por ser trabajado a nivel publicitario. Refiriéndome a campañas nacionales y una que otra hacemos énfasis de algunas campañas en medios locales, en la medida en que hay la demanda de mensaje más priorizado por públicos.

- **¿Cómo ve ud el campo de la salud y de la comunicación en estos últimos tiempos? Se podría hablar de una evolución?**

Siempre la oficina de comunicaciones del MINSA ha sido una de las oficinas más fuertes a nivel de ministerios, porque es el sector más grande, después le



sigue educación. El ingreso de las tecnologías, las nuevas demandas de una población que requiere más información constante en diversos temas, tanto en favor de la salud como para mejorar su educación o para un tema de emergencia y desastres; ahí entra el rol de los comunicadores en las oficinas. En la actualidad no hay ninguna área en el MINSA o en los demás ministerios que no tenga un comunicador dentro de sus equipos. Porque el rol de un comunicador les permite priorizar el mensaje y sus contenidos; saber cómo abordar al público, no solo para un lanzamiento sino para una propuesta técnica inclusive. Entonces el escenario de la comunicación en el ministerio ha hecho que el rol del comunicador crezca más y sea un modelo para los demás sectores. Ahora ellos ven que el tema de comunicación como clave para ellos es importante.

- **¿Cómo se viene desarrollando el componente de comunicación social en el MINSA?**

La oficina de comunicación siempre ha tenido 2 direcciones ejecutivas. Una de ellas es la oficina de comunicación social. El componente de comunicación social desde un inicio se ha generado y se ha desarrollado y potenciado más.

**Así como ud menciona el tema de una evolución en el tema de las comunicaciones. ¿Considera que hay una evolución en el MINSA como Institución?**

Antes éramos 6 comunicadores. Ahora somos toda una dirección que tiene un grupo de comunicadores amplio; comunicadores sociales, periodistas, relacionistas públicos y en las oficinas todos son comunicadores. Las demás oficinas también tienen comunicadores, los centros de salud también tienen comunicadores incorporados dentro de su equipo de trabajo.

- **Recuerda ud si... ¿En el 99 hubo ayuda por parte de la Cooperación Internacional o alguna institución extranjera (ONG, Universidad del Extranjero, etc) que asesorase o financiase algún proyecto o investigación en salud para beneficio del MINSA?**

Claro. Se trabaja de manera directa con la OPS (Organización Panamericana de la Salud). La Lic. Jenny Vasquez que fue durante muchos años la encargada de comunicaciones a nivel de OPS y ha sido de mucha escuela con

nosotros, compartiendo pautas. Ha sido una aliada clave y estratégica. La OPS sigue siendo un aliado estratégico. También tenemos a los compañeros de UNICEF, a través de la Lic. Marilú Wiegold, quien tiene una gran importancia en el sector por sus aportes en años anteriores por sus aportes en mortalidad materna y mortalidad neonatal, siendo los mismos temas de preocupación de UNICEF. Asimismo se ha trabajado con el UNFPA (Fondo de Poblaciones Unidas) todo el tema de la salud de la mujer; de la niña y adolescente y así te puedo mencionar bastantes cooperaciones de USADI y Naciones Unidas. Siempre se ha trabajado de manera aliada con la Cooperación.

- **Asimismo, desde el 99 que usted se encuentra en el MINSA ¿Qué enfoques o metodologías se han empleado a lo largo de estos tiempos?**

(como te mencione antes, es bueno que te bajes los modelos de comunicación de la OPS) Siempre hemos trabajado en base a esos modelos, que están enfocados al cambio de comportamiento. Para prevenir hay que generar un cambio de comportamiento en la población. Ese es uno de los componentes que más se han usado en temas de lavado de manos, control de la mujer gestante, vacunación en niños; todo lo referido para que el paciente no llegue al hospital sino que oportunamente se cuide y mantenga una mejor calidad de vida en temas de salud es lo que se persigue. Y la teoría que se enfoca más es la del cambio de comportamiento. Se iniciaron y prevalecen a la fecha es la CCS (Comunicación para el Cambio de Comportamientos), porque siempre al final se busca eso: comportamientos en la parte preventiva ya no tanto asistencialmente.

- **¿Cómo describiría el contexto comunicacional del MINSA por periodos de Gobierno y/o Ministros (Fujimori, Paniagua, Toledo, García, Humala)?**

Cada ministro ha tenido su periodo y etapa y cada ministro enfoca en lo que viene a ser necesidades. Últimamente la mayoría de ministros actuales (los que han pasado antes que la Dra. Midori) han sido personas que se han interesado mucho en el tema preventivo. Por ejemplo, el Dr. Tejada trabajó mucho el tema de la Nueva Actitud: La población tiene que tener una nueva actitud frente a la vida, practicar mejor deportes, alimentarse mejor; obtener una vida más saludable. Vida sana por tanto menos diabetes, colesterol, etc.

Asimismo con el Dr. Ugarte ha sido una propuesta bastante de prevención pero con promoción de la salud. Con la Dra. Mazeti sí dio un giro muy fuerte comunicacional. Ella apostó por las comunicaciones; por la promoción de la salud que esta más vinculada a lo de comportamientos en temas de educación en la salud. Los ministros actuales ven el componente de comunicación como clave. Con Midori más aún. Ella ve el tema de las comunicaciones como tema prioritario, tanto así que ella ha aumentado el presupuesto de 8 millones a 70 millones. Una oficina que no comunica, un ministerio que no comunica las cifras de enfermedades se reproducen. Por ende es necesario informar a la población para que esté prevenida y educada.

- **¿Qué “momentos claves” recuerda usted en a nivel del MINSA y a nivel de la Oficina de Comunicación Social?**

En los tiempos de los 90`s vino una epidemia fuerte: el cólera. Y Estela Roeder en ese tiempo como directora de la oficina de comunicaciones, sin presupuesto tuvo que ver cómo financiar toda una campaña mediante medios, a través alianzas con empresas mediante publicidad.

- **Respecto al Rol del Comunicador en Salud Pública, ¿qué nos podría decir en torno a ello? ¿Es trascendental? Suele ser estratégico? Es valorado? ...sobre todo en el caso del MINSA?**

Como toda dirección o toda área, siempre se tiene que hacer ajustes pero se puede decir que el comunicador está bien empoderado en el tema y es considerado.

- **¿Qué aportes y qué barreras cree ud que puede encontrar un comunicador social o para el desarrollo en el MINSA para llevar a cabo su línea de trabajo?**

Las limitaciones que se puede encontrar son más que todo administrativas. El sector público siempre ha sido un espacio que ha tenido manejo de los procesos y cada vez hay más filtros, estos filtros es lo que lo hacen más engorroso. Por tener un tema delicado (la salud de las personas) hay que correr con los procesos y es ahí en donde se tiene problemas.

Los aportes que puedes tener es que se te abre un mundo para educar a la población. Por eso el equipo sabe: lo que ustedes decidan, lo que ustedes plasmen, es la salud de la población; en ellos se va a plasmar toda la actividad.

- **En cuanto al tema de publicaciones del MINSA... ¿Recuerda ud desde qué año se empiezan con las publicaciones de Manuales y/o guías de comunicación? ¿Qué manuales según su experiencia han tenido un mayor peso, funcionalidad y vigencia hasta el día de hoy?**

Nosotros hemos trabajado con OPS. OPS tiene un manual de herramientas, UNICEF tiene su manual de herramientas; todas las instituciones han tenido sus manuales. Incluso me hablabas de la Guía del IEC, la misma que fue trabajada en el ministerio por un proyecto especial. Siempre hay proyectos que influyen en la elaboración de manuales, por el mismo hecho de que es un proceso engorroso para temas de publicación. Por eso no es un tema de lineamientos sino en la producción de la publicación. No necesariamente todo va de la mano con la velocidad que uno quisiera.

Más que manuales, el MINSA se ha movido con lineamientos que son aprobados con una resolución ministerial. Ahora estamos en la actualización de los lineamientos, sistematizarlos y poder publicar los nuevos lineamientos de comunicación en salud. No es lo mismo decir comunicación para la salud porque podría interpretarse que esta dirigido a otros sectores que están relacionados con salud, entonces es “en salud” porque es para los trabajadores del MINSA. Es para las personas que se atienden dentro del sector del MINSA.

- **Según su experiencia, ¿Qué manual de herramientas o guías que usted ha mencionado han tenido un rol importante en la elaboración de campañas en el MINSA?**

La Guía del IEC que tu mencionas ha tenido información, educación y comunicación, por muchos años ha manejado la propuesta. Ese mismo documento ha servido para trabajar todo el tema de mercadeo social, que propone al marketing como una herramienta importante, a través del PSNB. Con USAID también se ha trabajado un manual para periodistas para que sepan como tienen que contar el tema de comunicaciones en temas como VIH por ejemplo. Asimismo, nutrición básica trabajo otro material para la validación de guías en investigación cuantitativa y cualitativa para ver todo el tema. Cada quien ha trabajado distintos temas en base a la comunicación pero teniendo una mirada integral. De todas maneras se ha convocado a la gente a nivel central para mejorar el nivel entre sus propuestas. Los cuales siempre han tenido como público a profesionales o personas vinculadas al sector salud.

- **¿Ha utilizado alguna de esas guías, a manera personal? En alguna campaña específica o epidemia?**

Las he usado todas. No necesariamente el documento va a ser tu biblia. O tu no te vas a enfocar al documento sino a las necesidades de la población, necesidades de lo que hay en las zonas. No necesariamente es esa información la que vas a trabajar.

- **Finalmente, ¿Si ud tuviese que hacer un Manual de Comunicación para el MINSA ¿Qué factores elementos o enfoques tendría ud en cuenta? ¿Qué metodología emplearía para ello? ¿Lo haría para un público en concreto como los promotores de salud, por ejemplo?**

Son diversas las estrategias que se plantean. Tienes la estrategia de difusión masiva, que las he trabajado desde procesos estandarizados. La estrategia del nuevo boom que está viendo ahorita: vallas, buses, animación; y todas esas cosas que han entrado últimamente y todo ello es una estrategia de medios y un plan de vocería. Ello implica hasta ver qué líder en los medios te resultará para sensibilizar a la población. Porque tú puedes sensibilizar a alguien que no le interese la propuesta y de nada va a servir porque no va a tener llegada a él, entonces es una propuesta que cuesta varios lineamientos; tienes toda la propuesta digital. Ahora entramos al boom de una población joven que vive conectado a los servicios móviles: celulares, tablets, Facebook; tienes un nuevo escenario para ver cómo lo vas a abordar; que acciones vas a tener, que tipo de material vas a elaborar, qué mensajes les vas a enviar. No es lo mismos mandar un díptico que unos mensajes como tips en el celular y que lo quiera leer, que esa es otra cosa, porque fácil lo puede eliminar. Es toda una propuesta que implica una estrategia de abogacía e incidencia no solo para el sector sino para todas aquellas empresas; no solo porque me sobra la plata voy a ser responsabilidad social sino porque es un grupo de personas que trabajan para ti y tienes que invertir en su salud. Invertir en tu propio publico interno y si quieres llegar al externo bien porque están en tu labor social. Son varias estrategias que puedes tener en varios materiales para tenerlas como referencias.

- **Desde su especialidad ¿Qué opinión le merece las metodologías participativas lo participativo?**

Eso es clave. Ahorita estamos empezando a través de otra dirección lo relacionado a dialogo ciudadano. Porque es necesario saber qué es lo que quiere la población para su salud. Si tú estás pensando desde el escritorio que es lo que la gente piensa de su salud. Los enfoques participativos te permiten levantar información y hacer diagnósticos. De nada me sirve que el horario del centro sea de 8am a 4pm si yo trabajo de 8am a 5pm, porque igual no voy a llegar a consulta. De qué sirve si a una madre gestante no se le puede atender en Emergencias. O sea la percepción de la población es lo que más enriquece al servicio. Montar cambios radicales en el servicio toma su tiempo y su proceso porque vas en contra de cosas establecidas. Porque todos tenemos un derecho a un horario de trabajo y de descanso. Si apuestas por trabajar en salud pública es para atender las necesidades de los otros y no las tuyas. Esa cultura de pensar en el otro, no solo en salud; se ha perdido a nivel general. Me siento porque estoy cansado, no me importa si sube una mujer gestante o un anciano, me siento porque estoy cansado y quiero dormir. En salud es lo mismo, el aporte de las comunidades son claves y levantar con ellos información la hace más sólida y un diagnóstico más consolidado. Lo participativo para mí se centra en el diagnostico porque te permite obtener información para poder implementar y luego hay que medirlo para ver si realmente funcionó o no. Par ver si se puede replicar en otros escenarios y en otro sector.

**Transcripción de Entrevista a Edward Armas  
Comunicador para el Desarrollo**

**Experiencia en Comunicación Estratégica e Investigación Social**

**Horario:** 8:15pm – 8:29pm

**Día:** 01 de Junio del 2016

- **¿Conoce Ud. La Guía del Planificador IEC? ¿Desde hace cuánto tiempo?**

Sí. De hecho desde cuando estaba en la universidad. Cuando llevé diseño de proyectos con el profesor Juan José Vega fue la primera vez que tuve acercamiento a este material. De hecho lo llevé para dos cursos de formación de la especialidad. De hecho fue un material de lectura de estos cursos. Y bueno, parte de la formación.

- **¿Posee Ud. Un ejemplar de la Guía del Planificador IEC?**

Sí. Uno original.

- **¿Desde hace cuánto tiempo viene usando la guía? Y ¿Para qué tipo de ámbitos? ¿Profesional, académico...? Y ¿Recuerda Ud. un caso concreto (en lo profesional o académico) en el que la guía le haya aportado solución oportuna? ¿Cuál fue?**

Sí. Bueno lo he usado concretamente en dos momentos. Cuando empecé en la universidad a hacer consultorías. Lo bueno de la guía es que tiene mirada de la fotografía grande de lo que es un trabajo en comunicación. Si bien es de la salud, porque claro la comunicación para el desarrollo viene de la comunicación para la salud, se ha desarrollado por ahí. Digamos que se ha estructurado más ese conocimiento de los procedimientos, no? Me puse a hacer consultoría en temas medioambientales y recuerdo que estaba con tanta información que necesitaba ordenarme, así que al revisar la guía tienes una fotografía completa de una ruta. Y creo que es eso, te permite hacer un checklist de varias cosas a tener en cuenta y que uno libremente puede ir

adaptándola de acuerdo al tema que va trabajando. Algunas cosas se usan, otras no. Y se puede seguir usando en eso.

La segunda vez que la usé, como que la revisé a profundidad fue cuando empecé a enseñar y sí necesitaba pausar bastantes procedimientos con los alumnos. Por ejemplo, cuáles son los entregables?Cuál es el primer paso?Cuál es el segundo paso?Cuál es el tercer paso? entonces tiene una mirada bien esquemática del trabajo que es muy buena para explicar porque el trabajo en comunicaciones puede ser un poco caótico medio circular, como ir y regresar, ir y regresar, ir y regresar. Pero entonces te ayuda para que comuniqués al otro cuál es la lógica del procedimiento, no? tener como un camino o escalera clara de por dónde ir y qué tener en cuenta.Cuál es la mirada participativa que es propia de la comunicación para el desarrollo, además. Y eso lo vemos en contraste con las personas que se han centrado solamente en marketing. Bueno yo veo personas que trabajan en temas de salud y hacen marketing y tienen una forma de arreglar las cosas, pero desde comunicación para el desarrollo hay otra, no? Y eso implica que la participación, identificar por ejemplo cuales son los medios de las personas, que puedan proponer algunos mensajes, validar los materiales porque los materiales son elementos que generan un diálogo con las personas, no? Poder también tener mucho cuidado, posterior a ese diálogo, sobre un espacio fértil, sobre un terreno, sobre un imaginario, sobre expectativas y necesidades también. Y a partir de ahí proponer algo que genere sentido, no? Aparte tienes esta línea de la planificación estratégica que es el diagnóstico, el diseño y la evaluación, que es como la mirada estratégica de la comunicación. Y, en general, en la comunicación, en el procedimiento día a día lo que más hay es diagnóstico y diseño y ejecución. Pero la evaluación es la pata más coja de las comunicaciones. Nadie invierte en eso, a nadie le interesa y es un espacio - dominio que los comunicadores defienden, por ende es algo que tiene que tomarse en cuenta. Si no los procesos nunca se mejora, no? Entonces es como que te ofrece una mirada esquemática, pedagógica. Hasta a mí me ayuda porque es como que hay tantas cosas en el día a día que te ayuda a recordar cosas también. Es de fácil revisión y creo que cumple su fin ese objetivo como guía. Que es como un checklist que te ayuda a revisar rápidamente y también a comunicarlo con otros y por eso es bien pedagógica, no? Entonces....A mí lo que me llamó la atención (estoy hablando así bien ramdon) es que yo posteriormente seguí buscando materiales de comunicación



para trabajar y alimentar esa parte del diseño porque yo con Lenin. Lenin me convocó la primera vez que hizo Recursos de Comunicación y entonces, entre los dos, nos pusimos a trabajar el sillabus del curso, entonces, yo empecé a identificar bibliografía y una entre otras, ésta fue la que me ayudó bastante y llamó mi atención de que siendo tan antigua no se ha propuesto otro material que aborde pasos a seguir desde la comunicación para el desarrollo, en este caso a la salud, no? Y me llama mucho la atención, porque lo que he encontrado en otros textos son textos de análisis, que son importantes ok, pero no procedimientos que te ayuden a, que te orienten y que estén tan enfocados en el Perú además y a mí me pareció eso lógico y dije woww...este material debería seguir investigándose, actualizándose, alimentándose, realimentándose, reformulándose, ampliándose, no? Porque creo que es un gran esfuerzo que se ha hecho de un montón de gente. De sistematizar procesos, revisar biblio... me acuerdo que vi la bibliografía y era gigante para hacer ese ejercicio de síntesis, no? Me llamó la atención eso, por ejemplo para acceder a ese material me he tenido que ir hasta el MINSA, cuando debería estar colgada, debería estar publicada, debería de estar de conocimiento público, porque ayudaría no solo a las personas que estudian comunicación para el desarrollo sino otras personas que quieran involucrarse en temas de desarrollo, no? Entonces es como que recontra útil, no? Y como que esta medio en el olvido también. Solamente algunas personas lo conocen o tienen copia de la copia de la copia y no está disponibles en bibliotecas, no? Entonces como que también eso me llama la atención.

- **¿Qué fortalezas le encuentra Ud. a la guía del planificador IEC como profesional especialista en Comunicaciones?**

Una fortaleza es la capacidad de síntesis, no? De hecho si tu empiezas a estudiar, te das cuenta que leyendo la guía no vas aprender todo, no? como complemento a un curso te sirve, como una ayuda memoria te sirve, como un checklist te sirve. Entonces una fortaleza es la capacidad de síntesis y que va de la mano con una mirada bien técnica y también con una mirada de la participación ciudadana. Aparte que es muy pedagógica. Es otra fortaleza, no? Otra fortaleza es que creo que se puede adaptar a otros temas de desarrollo, bueno en este caso te da casos y ejemplos de salud en Perú, no? También eso es importante. Yo creo que eso es...la capacidad de síntesis, lo pedagógico, lo

claro que es. Como te comento, si uno lee esa guía, no va a manejar los temas. Es una herramienta netamente de apoyo y de memoria.

- **¿Cuáles son los alcances que Ud. considera que la guía del planificador IEC tiene?**

No estoy muy seguro la verdad. De hecho Giovana Nuñez, que me enseñó el curso, fue parte de las personas que elaboraron la guía. Por lo que tengo entendido elaboraron esa guía para capacitar a su propio personal, para llevar capacitación a esos lugares en donde no estaban capacitados y les llegaba ese material de apoyo. Creo que se ha quedado en el ámbito de la salud pero yo le veo muchas aplicaciones, se puede aplicar en muchos otros ámbitos. Pero se ha manejado, o sea MINSA usaba ese material para capacitar a su equipo en esos términos. Más detalles no lo sé. No tengo información.

- **¿Qué limitaciones le encuentra Ud. a la guía del planificador IEC como profesional especialista en Comunicaciones?**

La guía es una herramienta que complementa otro espacio de aprendizaje, no? Como un taller, una clase, un seminario. Por sí sola no te va a ayudar a aprender, no? Otra limitación es que si actualmente uno lo revisa podría ver que está bien desfasada en varios aspectos gráficos y hasta de conceptos. Pero en esencia, si uno lo lee con detenimiento es recontra útil. Muchas de las cosas que están ahí son vigentes: la validación, el tema del diagnóstico participativo, las evaluaciones, habla de monitoreo: evaluación de término, evaluación final, todavía me acuerdo. Son los mismos procedimientos que actualmente se usan. Obviamente a un nivel de lectura inicial, pero es como pedagógico y pues está bueno, no?

- **Finalmente, siendo siglo XXI ¿qué sugerencias brindaría Ud. para mejorar una futura guía de comunicación en salud, orientada a personal de salud, comunicador en salud y/o promotor de salud?**

Bueno a mi pucha me parecería clave profundizar más en los conceptos. Ver más temas de casuística, de casos, casos. Tú me comentas en temas de salud pero podría adaptarse a tema de medio ambiente, derechos humanos, porque digamos que son campos que ahora desde la comunicación para el desarrollo

también hay proyectos interesantes, no? Digamos que son otros campos que se están fortaleciendo actualmente, entonces podría adaptarse. Otra sugerencia, claro aumentar más casos, revisarla. Creo que hay nuevos procedimientos que se pueden agregar a esa guía, no? Nombres también, porque habían cosas como que desfasadas pero yo entendí en el fondo a qué se refería. El concepto es el mismo pero nombre puede ir cambiando. La parte gráfica también trabajarlo mejor. Tal vez el formato poderlo revisar. Poderlo reeditar en un formato más amigable porque recuerdo que el tamaño era un oficio o una cosa así, no? Era como que extraño, no? Ahora todo es A-4, como cuadrado. Y ver cómo se podría desarrollar más a nivel de conceptos con ayudas memoria. No sé a mí se me ocurre que podría trabajarse así. Podría editarse hasta un libro, yo creo. O sea de una forma más extendida. Podrían ser como dos herramientas, no? Una guía reloaded y un libro que desarrolle más a profundidad los conceptos. Entonces yo creo que da para eso. Es que como que tengo la sensación de que alguien hizo su tesis y la dejó ahí olvidada. Entonces es como que la tesis debe servir para algo, debe servir para alimentar otros procesos, de elaborar procedimientos, no? Procedimientos de comunicación que es muy importante, que salud ha llevado la batuta más que en otros aspectos, que en otros campos.

## Transcripción de Entrevista a Jorge Acevedo Comunicador Social

### Experiencia en Proyectos de Comunicación

**Horario:** 5: 17pm -5:29pm

**Día:** 02 de Junio del 2016

- **¿Conoce Ud. La Guía del Planificador IEC? ¿Desde hace cuánto tiempo? ¿Posee Ud. Un ejemplar de la Guía del Planificador IEC?**

Sí. Conozco este material desde principios de siglo XXI (2001, 2002 aproximadamente). Me encontré con este material en el marco de mis búsquedas de recursos educativos de planificación comunicacional.

- **¿Desde hace cuánto tiempo viene usando la guía? Y ¿Para qué tipo de ámbitos? ¿Profesional, académico...?**

Yo he usado la guía digamos en varias oportunidades. Tanto para facilitar talleres de planificación estratégica en comunicaciones, elaborar planes de comunicación, ayudar mediante la capacitación y facilitación a grupos sociales diversos y también he tomado algunos componentes de la guía para mi trabajo académico, desarrollado principalmente en la Universidad de Lima durante 10 años, que fue entre el 2002 y el 2012. Y, para la Universidad Católica más años todavía. Yo calculo que unos 12 años aproximadamente. Pero no la he usado en su totalidad, sino digamos que he tomado algunas partes y aspectos que me parecieron interesantes.

- **¿Recuerda Ud. un caso concreto (en lo profesional o académico) en el que la guía le haya aportado solución oportuna? ¿Cuál fue?**

Cuando en el curso por ejemplo...en la de la Lima enseñé estrategias de comunicación para el desarrollo. Tomé la guía como referencia para la parte de estrategias IEC, para exponer digamos las características generales de las estrategias IEC y también para desarrollar algunos ejercicios. Porque el curso en la Universidad de Lima tenía como objetivo la descripción y presentación de un repertorio de estrategias de comunicación, información, sensibilización, estrategias orientadas a cambios de percepciones, transformación de prácticas, por donde va más o menos el IEC. Y también estrategias de incidencia política desde las comunicaciones para la parte de comunicación, educación, estrategias vinculadas al cambio de transformación de concepciones de prácticas, tomé como referencia la guía.

- **¿Qué fortalezas le encuentra Ud. a la guía del planificador IEC como profesional especialista en Comunicaciones?**

Creo que la guía presenta de una manera ordenada las fases en la planificación de las estrategias de comunicación en general. El punto de partida me parece interesante. En el diagnóstico se desarrollan algunos aspectos que profundizan el conocimiento sobre percepciones y prácticas. La idea de entender las prácticas, los comportamientos de la gente en materia de salud. A partir de qué información tiene y especialmente cómo percibe. Qué ideas, qué imaginarios tiene sobre diferentes aspectos de la salud. Me pareció interesante el ejercicio de desmenuzar ese diagnóstico porque por lo general en la promoción del desarrollo, lo que se ha trabajado mucho son diagnósticos de problemáticas de desarrollo, en general, ¿no? Utilizando técnicas participativas, complementando con una elaboración de diagnóstico más sociológico o antropológico. Creo que la guía ayuda a ver con mayor claridad los aspectos de los diagnósticos que tienen que ver con comunicación.

- **¿Cuáles son los alcances que Ud. considera que la guía del planificador IEC tiene?**

Bueno creo que es un material interesante. Un material que puede servir como uno de los referentes que cualquier profesional de comunicaciones que tiene que ver con trabajo educativo, especialmente en el campo de la salud. Me parece que es una herramienta útil. Es muy difícil que hoy en día, los capacitadores y/o facilitadores en materia de planificación apliquen el 100% de un material. Yo creo que lo que hacen es buscar muchas fuentes o referencias y diseñan un proceso a partir de ello, un proceso propio. Entonces me parece que el alcance es ese: servir como una herramienta de referencia para procesos de planificación en comunicación y educación. No creo que llegue a ser “la guía”, generalizable a todos los procesos, facilitación que se haga. Si no me parece que es un material, uno de los referentes que un comunicador pueda tener a mano digamos y serle muy útil.

- **¿Qué limitaciones le encuentra Ud. a la guía del planificador IEC como profesional especialista en Comunicaciones?**

No tiene tanto sustento teórico. Me parece que habría que incorporar, no solo en esta guía, sino en otros materiales un mayor sustento teórico o tratar de recuperar lecciones aprendidas de sistematizaciones en el campo de la comunicación, la educación y la salud, ¿no? Me parece que esa es una debilidad. La otra debilidad de la guía tiene que ver con digamos los ejemplos, muy puntuales, pero no hay por ejemplo el desarrollo de un proceso completo de intervención de comunicación en salud. Me parece que esa es la debilidad digamos de este material porque podría haberse incluido en los anexos, de manera resumida, dos o tres planes de comunicación en salud, ¿no? con un flujo de procesos. Me parece que hubiese sido de mucha utilidad. Para ello habría que revisar sistematizaciones de programas y proyectos de comunicación y salud, para que desde ahí construir, digamos, casos a manera de ejemplo de cómo el IEC logra, conjuntamente con otros componentes hay que recordarlo, resultados importantes. Y otro tema tiene que ver con que es un tema ya desactualizado, porque hoy en día las redes sociales y el internet

son una parte importante de la vida de la gente, especialmente, de niños, niñas, adolescentes, por ejemplo, para trabajar temas de salud sexual y reproductiva con adolescentes. Digamos, creo que si hay más adelante un esfuerzo de actualización, debiera incorporarse el tema de los avances tecnológicos y, especialmente, las formas o circuitos de comunicación que hoy en día tiene la gente de información.

- **Finalmente, siendo siglo XXI ¿qué sugerencias brindaría Ud. para mejorar una futura guía de comunicación en salud, orientada a personal de salud, comunicador en salud y/o promotor de salud?**

No deja de ser una guía inspirada en el enfoque de comunicación para el desarrollo de difusión de innovaciones, que es la madre un poco del marketing social. Una de las madres o padres (no sé cómo decirlo) del marketing social. En la idea de que ya hay prácticas, hay soluciones frente a los problemas y son soluciones estandarizadas. Entonces, lo que hay que hacer es conocer bien a los públicos para hacer una propuesta de persuasión y de convencimiento para que sean interpelados, interpeladas y cambien de comportamiento. Me parece que habría que hacer un esfuerzo en comunicación en salud, para reconocer las prácticas y los saberes positivos que tienen diversas comunidades o grupos de personas y eso tiene que ver con un enfoque más participativo realmente. La guía está inspirada en el mercadeo social en general, incorpora algunos temas de participación y componentes de participación, pero creo que podría ser un poco más abierta en su enfoque de comunicación y cambio, como para que efectivamente el proceso participativo sea transversal. Desde el propio diagnóstico, la problematización y las decisiones estratégicas que se toman.

### Anexo 3: Sistematización de Entrevistas según objetivo específico 1



Tabla A-1. Sistematización de Entrevista # 1.

Tabla de Sistematización N° 1	
<b>Objetivo General:</b> Analizar la Guía del Planificador IEC para la elaboración de futuras guías de comunicación en salud pública desde el enfoque de la metodología participativa.	
<b>Objetivo Específico 1:</b> Describir, analizar y explicar la Guía del Planificador IEC y su modelo metodológico.	
<b>Entrevistada:</b> Lic. Marilú Wiegold. Consultora que formo parte del Equipo de elaboración de la Guía del Planificador IEC.	
Tema	Citas
<b>Panorama del Campo de la Salud</b>	<p>“yo creo que la salud ha mejorado muchísimo. Justo estábamos viendo una estadística que la hemos presentado hoy y que me parece muy interesante. Y es que el Perú es el primer país en las Américas que ocupa la mayor tasa en reducción de mortalidad en la niñez con 76% y el séptimo a nivel global”.</p> <p>“(…) ello está relacionado con algunas cosas que se han producido al interior del sector salud y con algunos factores externos”.</p> <p>“(…) el sector salud es uno de los sectores que tiene mayor proyección a nivel de la comunidad. Entonces en la medida en que los promotores de salud, empezaron a trabajar haciendo el vínculo entre la comunidad y el servicio de salud, se mejoró de manera notable ese binomio madre – niño con el sector salud”.</p> <p>“las comunidades y las oficinas de salud se acercaron. Y se acercaron porque se creó una Red de Promotores en Salud bastante importante. En la época de las jornadas de vacunación por los años 80`s se fueron creando jornadas de promotores importantes”.</p> <p>“Yo creo que la mejora también está dada porque el</p>



	<p>sector salud ha hecho un esfuerzo increíble en adaptar la forma de atender a la cultura también de los usuarios”.</p> <p>“Entonces digamos que si tú tenías barreras que te impedían estar cerca de la salud, como barreras geográficas, culturales y económicas, la aproximación a las personas a través de los promotores o parteras acortó la brecha cultural”.</p>
<p><b>Panorama del Campo de la Comunicación para la Salud en el Perú</b></p>	<p>“Yo creo que el campo de la comunicación para la salud en el Perú está compuesto por 2 elementos: un lado que es epidemiológico y otro lado que es comunicacional. Hay una frase que tiene el MINSA que me gusta mucho que dice “Personas que atendemos personas” y las personas solo pueden atender personas si desarrollan capacidad de comunicación. Yo no estoy diciendo que las brechas de comunicación se hayan salvado en el ámbito de la salud, pero creo que han mejorado de una manera sustantiva”.</p> <p>“Yo creo que el fenómeno de la aproximación a la cultura y a la mirada del otro es algo que ha tendido un puente de una manera muy importante.”</p> <p>“Antes era provisión de servicios, vacunas, provisión de servicios, vacunas...y ese tipo de cosas ahora ya existen en los establecimientos de salud. O sea antes las vacunas las compraba UNICEF y OPS, ahora las compra el Estado Peruano, a través de mecanismos con la Cooperación para asegurar calidad, pero están en el presupuesto del Estado Peruano. Las pruebas rápidas para detección del VIH Sida, nosotros empezamos comprándolas pero ahora las compra el Estado Peruano, porque el Estado en estos momentos tiene dinero, pero la brecha que hay que cerrar es una brecha básicamente en Educación en las</p>

familias y el rol de la comunicación es fundamental ahí”.

“Educación es comunicación. O sea las mejoras de prácticas en las familias, las mejoras de conocimiento en las familias, inclusive el desarrollo de actitudes favorables hacia determinadas cosas son temas netamente comunicacionales”.

“(…) por lo menos aquí en UNICEF es fundamental, que es el tema de la Participación que es el tema de Educación pero no de una perspectiva de que yo tengo la ciencia y por lo tanto vengo y te enseño y te comunico y te motivo hacia lo que tienes que hacer…que era la percepción de la comunicación en la época en la que yo estude”.

“La comunicación es dialógica. La comunicación requiere interlocutores y entonces los procesos comunicativos tienen que estar planteados a partir de ello. Por eso el tema de la participación tiene que ser el plato central o sea es lo fundamental. Por qué? Porque uno construye con el otro y acuerda con el otro cual es el espacio de cambio que está dispuesto a dar y eso supone un proceso de participación. Yo creo que la comunicación también ha evolucionado mucho y creo que cada vez tiene un concepto mucho más dialógico”.

“El modelo comunicacional estaba construido más desde una percepción mucho más unidireccional, más vinculado a la persuasión. Por qué? Porque la experiencia era una experiencia desde la publicidad fundamentalmente. O sea estaba mucho menos desarrollada la teoría para temas de desarrollo, pero te estoy hablando del año 70 y algo más”.

“(…) conforme han ido pasando los años, la comunicación

	<p>para el desarrollo se han convertido en un eje fundamental del desarrollo porque en realidad se trata de que la gente asuma su propio desarrollo, asuma sus propios retos y que decida qué es lo que quiere de vida y para eso a veces hay que mejorar algunas prácticas, hay que mejorar conocimientos, etc”.</p>
<p><b>Periodo de elaboración de la Guía del Planificador IEC</b></p>	<p>“El PECE no recuerdo exactamente en qué año lo hicimos, pero me parece que lo hemos hecho en el 94, creo...no recuerdo. Del año 96 o 97 para ser más exactos”.</p> <p>“El PECE fue una labor muy ardua, porque nos exigieron mucho para ese trabajo. Tanto que al final ya nos reíamos y seguíamos trabajando a pesar de que la plata que nos tenían que pagar se había acabado. Porque en verdad el PECE creo que ha marcado un Hito de alguna manera en el área de salud y la verdad que yo me siento súper contenta de haber formado parte de eso”.</p>
<p><b>Modo de realización del Taller de Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa</b></p>	<p>“La que se encargó de esa parte de los Talleres y el diseño metodológico del mismo fue Mabel, porque ella es una trome en eso. Ahora si tuvieses que preguntarme en qué contexto sale la guía, pues no recuerdo. Básicamente el proyecto de nutrición y planificación básica nos la pidió porque teníamos experiencia haciendo talleres. Mabel y yo mucho desde APROPO y Carlos desde PRISMA”.</p> <p>“El proyecto de nutrición básica tenía 5 zonas de intervención y ellos tenían una experiencia bien interesante de llegada en esas zonas”.</p>
<p><b>Enfoque Comunicacional de la Guía del Planificador IEC</b></p>	<p>“(…) dividimos el proceso de planificación estratégica en 4 partes, a diferencia de Hopkins, que lo dividía en 7. Nosotros lo recontra simplificamos en Diagnóstico, Desarrollo de la Estrategia, Intervención y Monitoreo y</p>

	<p>Evaluación y es un proceso secuencial pero además es continuo, porque puedes ir ajustando tu estrategia, tu intervención y obviamente puedes ir monitoreando todo el proceso”.</p> <p>“(…) de hecho cuando yo vine aquí a Unicef hice una guía todavía más simplificada que la del PECE e hice unos videítos bien simples, pero todavía mucho más simples, porque lo hice para hacerlo a nivel comunitario de manera que a nivel de la comunidad, de los gobiernos locales pequeñitos pudieran hacer procesos de planificación”.</p> <p>“Lo que queríamos era desmitificar el proceso de planificación como algo súper complejo, sino más bien es sencillo, es más que todo ordenar para hacer una comunicación más eficiente y efectiva”.</p>
<p><b>Criterios empleados para la elaboración del esquema de la Guía del Planificador IEC</b></p>	<p>“No. Fue un trabajo de gabinete en base a la experiencia que todos teníamos. Un trabajo de gabinete entre los tres. El PO de esa guía era básicamente personal de salud”.</p>
<p><b>Empleo de Metodologías Participativas en la elaboración de la Guía del Planificador IEC</b></p>	<p>“No se empleó dichas metodologías para la elaboración de la guía”</p>
<p><b>Público a quién está dirigido la Guía del Planificador IEC</b></p>	<p>“(…) el proyecto de nutrición y salud básica tenía 5 regiones que eran Lima, Piura, Cusco, Cajamarca y la otra que no recuerdo. Esa guía era para personal de salud de esos sitios, pero después esa guía en verdad fue súper exitosa y fue asumida como la Guía del MINSA. Ya después de eso se han hecho varias versiones en base a la Guía PECE. Hay un montón de gente e instituciones que han hecho más guías después de ello”.</p>

<p><b>Nivel de Alcance e Impacto de la Guía del Planificador IEC</b></p>	<p>“Bueno de hecho el tema de la maternidad, o sea todos los enfoques comunicacionales para reducir mortalidad materna se han hecho bajo el Enfoque del PECE, por ejemplo”.</p> <p>“Después lo adapté mucho para lo referido a Mercadeo Social... Yo enseñé muchos años en la de Lima y me basé mucho en la guía PECE para enseñar y después mis colegas se abrió a otra sección más y se basaban en la Guía PECE para enseñar también y cuando dejé la de Lima se siguieron basando, hasta el día de hoy, en la Guía PECE. Yo he enseñado en la Maestría de Gerencia Social de la PUCP, basada en la Guía PECE, adaptándola pero basada en ella. A mí me ha servido muchísimo, a Mabel le sirvió muchísimo, a Carlos me imagino que también. Pero además sirvió para que mucha gente trabaje y se alinee a trabajar con la Guía, no? O sea con ese enfoque de planificación estratégica, no?”.</p> <p>“(…) lo hemos usado con Mabel en la época que hacíamos cursos de planificación estratégica de la comunicación para las Fuerzas Armadas. Mucha gente lo ha usado”.</p>
<p><b>Nivel de Empleo del Esquema de Planificación Estratégica que caracteriza a la Guía del Planificador IEC</b></p>	<p>“No, claro puedes aplicarlo a lo que quieras. Un proceso de planificación se aplica a lo que quieras, incluso al ir al mercado, no? (...) Giovana también le ha dado diversas funciones porque ella no solo ha trabajado el tema de salud sino también de medio ambiente y después en COFOPRI”.</p> <p>“La gente de Equipo 1 que es Martín Guerra García y Milena Alva – ella trabajó conmigo en APROPO – y todos ellos trabajan todo el estilo de planificación estratégica también”.</p> <p>“Yo he llevado cosas de planificación estratégica al ámbito de la educación. Milena y la gente de Equipo 1 han hecho cosas en Salud Reproductiva. Creo que están trabajando temas de forestación, basados en el mismo esquema”.</p>

<p><b>Dimensiones teóricas que rigieron el Diseño de la Guía del Planificador IEC</b></p>	<p>“Jhon Hopkins, AED (Academy for Education of Development). Después usamos algunas cosas de Manus Group. Y después revisamos algunas cosas de planificación y después revisamos algunas cosas de teorías de comportamiento. Pero en la Guía del PECE no hay cosas de teoría de comportamiento sino que básicamente una cosa mucho más instrumental”.</p>
<p><b>Contexto del MINSA respecto a las Comunicaciones en la Época en la que se elaboró la Guía del Planificador IEC</b></p>	<p>“(…) en ese momento, ocurrían una serie de cosas bien interesantes en salud. O sea este proyecto tenía un componente de Oferta de Servicios interesante, pero también de llegada a la población muy interesante, o sea, de capacitación”.</p> <p>“Había un proyecto llamado MILI, financiado por USAID que lo que hacía era fortalecer los servicios de Es Salud, que lo que hacía era también trabajar para extender la cobertura de los servicios. En esa época se produce una serie de cambios bien significativos en salud. Se extiende la red de establecimientos de salud, se incorporan gente contratada al sector salud para tener más prestadores de servicios en el sector salud; ocurren un montón de cosas bien interesantes en esa época. Que ha traído como consecuencia que haya una mejora bien importante en los indicadores de salud que no tiene que ver con la guía del PECE, sino con todo lo que tenía que ver con Salud en ese momento”.</p>
<p><b>Rol Estratégico del MINSA en cuestión de Comunicaciones</b></p>	<p>“Yo creo que siempre fue estratégico. Creo que si tu comparas el sector salud con otros sectores como el de Educación, por ejemplo, el hecho de que hayan otros profesionales... o sea hay técnicos, tecnólogos médicos, sin duda, pero hay médicos, enfermeras y obstetrices...eso hace la diferencia”.</p> <p>“el sector salud por definición siempre ha tenido una proyección comunitaria, entonces, yo creo que la comunicación siempre ha sido vista de una manera estratégica porque en el Estado Peruano nada es permanente, pero yo sí creo que la comunicación siempre ha ocupado un lugar importante no solo en el Perú sino en el mundo”.</p> <p>“El Binomio Comunicación y Salud es un Binomio muy</p>

	<p>muy antiguo, o sea, parte de la gente que se ha formado en salud que es una gente que tiene formación epidemiológica. Entonces es un binomio bastante antiguo en el mundo del desarrollo, a diferencia del binomio comunicación y educación o comunicación y forestación”.</p> <p>“(…) hacia el 2000 y algo más se forma la Dirección General de Promoción de la Salud. Entonces, por un lado tienes una dirección general de comunicaciones pero también tienes una dirección general de promoción de la salud que tiene que ver con todo lo que en salud se llama el Enfoque Preventivo Promocional y este enfoque obviamente es Comunicación”.</p>
<p><b>Enfoque Comunicación, Información y Educación y su Relación con la Guía del Planificador IEC</b></p>	<p>“IEC (Información Educación y Comunicación) es un enfoque de manejo de la comunicación. Finalmente, si tu desmenuzas las palabras...qué tiene que ver IEC con... Información = Conocimiento, Educación = Prácticas, Comunicación = Diálogo. En verdad, son diferentes formas de repetir los esquemas de que es necesario que para que alguien cambie de conducta conozca, piense, sienta y finalmente actúe de acuerdo a lo que cree que tiene que cambiar”.</p> <p>“Yo no diría que hay grandes diferencias entre IEC y Comunicación Educativa”.</p> <p>“Comunicación Educativa es un concepto que viene de la gente de AED, es un concepto que por lo menos yo lo ubico como original en la gente de AED”.</p> <p>“Hay que partir del principio que la Comunicación es dialógica, entonces si no haces que el otro participe, la verdad es que no funciona”.</p>

**Tabla A-2. Sistematización de Entrevista # 2.**

<b>Tabla de Sistematización N° 2</b>	
<b>Objetivo General:</b> Analizar la Guía del Planificador IEC para la elaboración de futuras guías de comunicación en salud pública desde el enfoque de la Metodología Participativa.	
<b>Objetivo Específico 1:</b> Describir, analizar y explicar la Guía del Planificador IEC y su modelo metodológico.	
<b>Entrevistada:</b> Lic. Mabel Marcuello. Consultora que encabezó el proceso de elaboración de la Guía del Planificador IEC.	
<b>Tema</b>	<b>Citas</b>
<b>Panorama del Campo de la Salud Panorama del Campo de la Comunicación</b>	“El enfoque de comunicación para el desarrollo fue un aporte muy importante en el campo de la salud, en especial en áreas de salud mujer y niño. Los comunicadores y los profesionales de salud comenzaron a comprender la necesidad de cambiar el concepto de una comunicación de tipo instrumental por una comunicación estratégica para el cambio de actitudes y comportamientos”.
<b>Panorama del Campo de la Comunicación para la Salud en el Perú</b>	“Lamentablemente, a nivel de salud pública, los burócratas no siempre entienden la necesidad y la importancia de hacer comunicación estratégica y siguen pensando en oficinas de comunicación que hacen RR.PP. e imagen institucional y no planifican presupuestos para acompañar programas o temas de salud de la población”.
<b>Modo de realización del Taller de Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa</b>	“Fue una consultoría que nos adjudicó el PSNB para diseñar la metodología y los contenidos pedagógicos como también para la facilitación de los talleres macro-regionales. Se capacitó a equipos de profesionales de las Direcciones de Salud de las regiones de intervención del PSNB”.
<b>Factores para la realización del Taller de Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa</b>	“Fue parte del plan operativo del PSNB, pero el objetivo específico era transferir pautas metodológicas básicas de planificación de la comunicación estratégica para que



	médicos, obstetrices y enfermeras pudieran desarrollar planes de comunicación en salud”.
<b>Criterios empleados para la elaboración del esquema de la Guía del Planificador IEC</b>	“Básicamente, nos apoyamos en la propuesta de la Universidad John Hopkins”.
<b>Metodología que guía la elaboración de la Guía del Planificador IEC</b>	“Con Marilú Wiegold, Carla Valla y Carlos Gutiérrez fuimos trabajando la metodología y los contenidos. A medida que avanzábamos cada bloque temático se presentaba para su aprobación al PSNB, se realizaban los ajustes y así, hasta el final”.
<b>Empleo de Metodologías Participativas en la elaboración de la Guía del Planificador IEC</b>	“No se empleó esa metodología como algo previo para la elaboración de la guía”.
<b>Modelo Comunicacional que guía la elaboración de la Guía del Panificador IEC</b>	“El enfoque de la comunicación para el cambio de comportamiento”.
<b>Nivel de Alcance e Impacto de la Guía del Planificador IEC</b>	“Sabemos que desde que se publicó hasta hace poco tiempo, la Guía PECE ha sido el ABC, la “biblia” que ha guiado el trabajo comunicacional de los servicios de salud y de muchas instituciones privadas”.

Anexo 4: Tabla de Sistematización de Entrevistas según objetivo específico 2



Tabla B. Sistematización de Entrevista # 3.

Tabla de Sistematización N°3	
<b>Objetivo General:</b> Analizar la Guía del Planificador IEC para la elaboración de futuras guías de comunicación en salud pública desde el enfoque de la Metodología Participativa.	
<b>Objetivo Específico 2:</b> Explicar cómo la metodología participativa influye, como criterio metodológico, en el campo del diseño y ejecución de estrategias de comunicación para la salud.	
<b>Entrevistada:</b> Dra. Paola Pioltelli. Especialista en Metodologías Participativas	
Tema	Citas
<b>Definición del Enfoque Participativo</b>	“enfoque participativo y todo lo que implica. Que desde mi punto de vista es una manera diferente de hacer las cosas en todos los campos. Incluido el campo de la comunicación”.
<b>Aparición de lo Participativo como Teoría. Relación con la Comunicación</b>	<p>“La teoría teoría se empieza a construir alrededor de los 70`s. Pero la metodología aparece en los 90`s. A raíz de la 2 guerra mundial que generó todo un cambio en la Cooperación, todo fue variando. El mundo era un caos después de este incidente. Lo que conllevó a que los países que quedaron después de... tengan una visión paternalista ante las cosas. Pero como esa “actitud” no generaba resultados sino, por el contrario, el número de pobreza era el mismo, hubo todo un proceso de cambio que se dio en el tiempo”.</p> <p>“antes en organizaciones como el Banco Mundial, ONU, entre otros; solo se contaba con presencia de figura masculina en ese tipo de organizaciones, siendo entre los más destacados los Ingenieros y Economistas. Eso ya hace ver cómo era la percepción del desarrollo que antes se tenía, enfocada a una manera mucho más técnica. En la actualidad es diferente la realidad en esas organizaciones ya que ya no solo hay</p>

	<p>ingenieros y economistas, sino sociólogos, comunicadores, filósofos, entre otros. Hay interdisciplinariedad. Y, asimismo, ahora hay igual número en cuestiones de género (mujeres y hombres)...</p> <p>En ese escenario se empieza a evidenciar otras formas de hacer desarrollo porque las que había no funcionaban. Aquí es donde la participación empieza a tener entradas. La participación a diferencia de muchas teorías no nació en gabinete y luego fue llevada al campo. Por el contrario, nació en el trabajo de campo y fue llevada al gabinete. Fue trabajada en el camino”.</p>
<p><b>Definición de la Metodología Participativa y Nivel de Alcance</b></p>	<p>“Las metodologías participativas son un enfoque metodológico en sí mismo, el cual se puede emplear para todo ámbito: salud, educación, etc”.</p> <p>“El tema ambiental, el tema de igualdad en las mujeres...son factores que han permitido que la participación tenga cada vez más cabida. Y ahora es casi imposible que haya algún proyecto que no incluya el término participación o participativo, porque para comenzar no te lo aprueba nadie! Aunque no lo hagan en la práctica”.</p> <p>“(…) creo que ahora estamos en la crisis de... y ahora ¿cómo lo hacemos, no? Es donde la metodología participativa entra a tallar. Y en donde se empieza a ver que el otro puede decidir sobre sí mismo y ver qué es lo que necesita hacer para generar su propio desarrollo. Una mirada muy lógica desde mi punto de vista. Es sentido común!”.</p>
<p><b>Relación entre Estrategia de Comunicación y Metodología Participativa</b></p>	<p>“(…) la metodología participativa te permite descubrir cuál será la estrategia que se necesita emplear para una intervención, programa o proyecto con enfoque</p>

	<p>de desarrollo. Una vez más... la metodología participativa es aplicable a todo ámbito: para hacer diagnóstico, diseñar un plan de trabajo, bosquejar un proyecto, etc, etc”.</p> <p>“(…) las estrategias de comunicación deberían estar todas orientadas a generar la información necesaria para poder encontrar mensajes que realmente lleguen a las personas y eso tú no lo puedes hacer...eso es algo como antropológico, medio psicológico, entonces eso no hay experto que desde su escritorio lo pueda recoger”</p>
<p><b>Nivel de Aplicación de la Metodología Participativa en Perú</b></p>	<p>“(…) si tomo como referencia la cantidad de proyectos en los que nos han llamado durante estos 4 años que estoy aquí en el país, pues considero que se está avanzando bastante. Eso ya refleja cómo están empezando a querer hacer las cosas. Hasta se emplea el tema participativo en las empresas. Se puede decir que es un enfoque transversal”.</p>
<p><b>Factibilidad en la Elaboración de Estrategias de comunicación a través de lo Participativo</b></p>	<p>“El enfoque metodológico de la participación tú puedes emplearlo para lo que se necesite y en el ámbito que se requiera”.</p> <p>“A través de talleres participativos tú puedes hacer diferentes cosas: desde diagnósticos, planes, proyectos, estrategias, etc...todo lo que conlleve a un proceso de desarrollo”.</p>
<p><b>Factibilidad en la Elaboración de Guías de Comunicación en Salud mediante la Metodología Participativa</b></p>	<p>“Sí. En la medida en que se vincula a un todo, a un grupo de personas, las cuales tienen derecho sobre su vida y su salud”.</p> <p>“Si alguien quiere decirte acerca de una mejor manera de cómo nutrir a tu hijo, por ejemplo, quien mejor en este mundo para convencerte que tú misma?”</p>

<p><b>Nivel de Soporte que la Metodología Participativa podría brindar al Sector Salud en Perú</b></p>	<p>“A mí me parece que problemas así como salud o educación, que son problemas transversales que involucran a una realidad infinita son problemas que se necesitan cosas claras. Entonces hay que hacer un diagnóstico, ahora ese tipo de información tiene sentido obtenerla si es que vas a cambiar cosas sino para qué? Pero un espacio real en donde la gente pueda dar ideas, opiniones y realmente proponer soluciones”.</p> <p>“La gente confunde lo participativo con ayy que miedo le vas a dar espacio a la gente para que reclame. Por supuesto que le vas a dar espacio para que reclame, pero en lo participativo la responsabilidad es compartida. O sea no es que tú te quejas y yo me voy con eso. No. Se trata de que yo acepto mi parte y ahora qué hacemos?... porque en lo participativo todos somos actores protagonistas. Si tú tienes una queja también tienes que ser parte de la solución”.</p> <p>“(…) las mejores personas para preparar las soluciones son las que tienen el problema, las que mejor saben. Por supuesto que hay cosas con las que te tienes que ayudar y factibilizar con temas técnicos pero o sea no sirve de nada una solución técnica que nadie va a implementar, puede ser maravillosa y técnicamente perfecta pero ¿y? si nadie la aplica ¡para qué sirve? Para nada!”</p>
<p><b>Relación entre Participación y Sostenibilidad</b></p>	<p>“no creo que haya ningún proyecto sostenible que no sea participativo. Así de claro. Es decir no veo como algo puede ser sostenible sin ser participativo”.</p> <p>“(…) sostenible es lo que va a funcionar después independientemente de cualquier recurso exterior. Que funcione porque la gente quiere que funcione. Entonces sostenible para ti no es haber logrado el financiamiento de 10 años. Eso no es sostenible. Sostenible es que la gente genere sus propias herramientas”.</p> <p>“Es tan simple como saber que tú tienes derecho a decidir sobre todo lo que implique un impacto en tu vida. Tú y todo el mundo. Más aún en salud”.</p>

<p><b>Rol del Facilitador</b> <b>Posible participación del MINSa a través de dicho Rol</b></p>	<p>“La gente que trabaja en desarrollo tiene que entender que el control no lo tienes tú y el poder tampoco (...) cuando uno llega a una comunidad, lo primero que la gente cree que eres es Ingeniero, médico o lo que sea y te ponen un mega título que es mentira, pero igual”.</p> <p>“cuando tú llegas “sí señorita, sí señorita” entonces hay esta mezcla entre todo lo que tú dices se acepta como dado y eso es un absurdo, porque tu solo puedes trabajar con la gente en la medida en que 1º lo que entienden esté de acuerdo a lo que estén conversando y 2º en la medida que ellos mismos quieran ayudarse (...)”</p> <p>“(...) el MINSa obviamente por ser una institución del Estado no va ir con ese enfoque, eso me parece muy difícil. El enfoque es Indicador: cuántos logré vacunar; indicador: cuántos fueron a mi taller. Entonces ahí tenemos un problema más grande que es que claro regresamos a la pregunta inicial “el mundo del desarrollo está diseñado para no ser participativo”.</p>
<p><b>Participación como Medio</b> <b>Participación como Fin</b></p>	<p>“(...) la gran diferencia entre <b>PARTICIPACION COMO MEDIO y PARTICIPACION COMO FIN</b>. Cuando tú quieres ser participativo porque en realidad lo que quieres es bajar la oposición y dices bueno, si soy participativo entonces sí lo convengo más fácil. Entonces así ya estamos mal pues porque así lo que estás haciendo es manipulación”.</p> <p>“(...) cuando es <b>PARTICIPACION COMO FIN</b>, tú lo que estás haciendo es facilitando a un grupo de personas, la posibilidad que ellos encuentren soluciones a sus propios problemas. Y eso implica que tú tienes que aceptar las decisiones y si las decisiones es “no me hago el tratamiento”, pues esas son”.</p>

Anexo 5: Tabla de Sistematización de Entrevistas según objetivo específico 3





**Tabla C-1. Sistematización de Entrevista # 4.**

<b>Tabla de Sistematización N°4</b>	
<p><b>Objetivo General:</b> Analizar la Guía del Planificador IEC para la elaboración de futuras guías de comunicación en salud pública desde el enfoque de la Metodología Participativa.</p>	
<p><b>Objetivo Específico 3:</b> Indagar sobre el contexto del Ministerio de Salud en la época en la que se elaboró la Guía del Planificador IEC y su uso en el área de Comunicaciones del Ministerio en el transcurso del tiempo.</p>	
<p><b>Entrevistada:</b> Estela Roeder - <i>Directora General de la Oficina de Comunicaciones del MINSA.</i></p>	
<p><b>Observación:</b> Ha estado en el mismo cargo en cada inicio de década desde los 90. (Por periodos de gobierno y en lapsos de 2 a 3 años).</p>	
Tema	Citas
<p><b>Comunicación y Salud</b></p>	<p><i>“el cólera marcó mi vida porque al final yo estaba muy joven, como país teníamos que enfrentar una epidemia. Y tal vez el logro más importante o lección aprendida de esta epidemia fue de que la comunicación se convirtió en un ACTOR IMPORTANTE DE LA ESTRATEGIA SANITARIA QUE SE HIZO EN ESE ENTONCES”.</i></p> <p><i>“La COMUNICACIÓN puede ser un ALIADO y un ACTOR CLAVE PARA ENFRENTAR SITUACIONES DE SALUD y RIESGO”</i></p> <p><i>“Primero de que la ciencia y la investigación científica ha avanzado y eso está acompañado con todo lo que es tecnología médica y de punta (...) Y en segundo lugar, pero también hay un sobre poblamiento de las ciudades que generan problemas de salud: salud ambiental y salud personal. Porque cada vez somos más, las demandas de salud son más. Nos enfermamos más en la medida que somos más.”</i></p> <p><i>“(…) hay nuevos retos en los cuales la comunicación tiene que responder y reconstruirse”.</i></p> <p><i>“Yo pienso que la comunicación social tiene que dialogar con el periodismo, entendido así como la persona que escribe para los medios. Los medios masivos y los medios tecnológicos son sumamente importantes (...) Entonces tu tienes que trabajar, digamos con líderes de opinión, periodistas que escriben, con voceros mediáticos que puedan promover mensajes saludables. Entonces hay que</i></p>

	<p><i>capacitar, hay que desarrollar habilidades, generar evidencias de que eso es importante para la gente porque eso está relacionado con su vida y su bienestar”</i></p> <p><i>“planificación estratégica de la comunicación creo que es un elemento básico sea de salud o no. Pero en el caso de la salud es muy importante porque creo que estamos jugando a generar escenarios de impacto que tienen que ver con la vida y la salud y, por lo tanto, nuestras estrategias o pueden hacer bien o pueden hacer mal. Entonces, todo el tema de percepción de riesgos de autoeficacia comportamiento que tenga la gente antes una situación de salud tiene que estar definida en un mensaje de manera clara, contundente. Pero a la vez con la responsabilidad ética que conlleva el dar un mensaje en donde está relacionado el sentido a la vida (...) hay un tema ético con la vida y la salud y es algo que comunicador en salud tiene que cuidar, no? La ética en sus contenidos porque genera responsabilidades frente a la vida”.</i></p> <p><i>“yo diría que en los últimos 20 años hay un buen balance. Hemos tenido epidemias importantes como la H1N1, donde nuevamente se retomaron los modelos de comunicación en salud y uno de ellos fue la gestión del riesgo comunicacional en situaciones como la que hubo con la H1N1, <b>así como la que hubo con el cólera con el PECE,</b> también lo que es ahorita comunicación de riesgo. Los modelos de comunicación van cambiando, también de acuerdo a coyunturas o a dinámicas de la vida, de la salud pública, de situaciones de salud que se presentan”.</i></p>
<p><b>Rol del Comunicador en el MINSA</b></p>	<p><i>“Lo que nos falta a los comunicadores que trabajamos en el Estado es mejorar nuestras habilidades para lo que es gestión pública (...) La mayoría de campañas no tienen sondeos de base ni evaluaciones finales. Simplemente se hace materiales y se difunden y eso genera poca evidencia para proyectarnos en una gestión de la comunicación dentro del Estado de manera más eficiente y eficaz. Hay que cambiar paradigmas, hay que desarrollar habilidades y hay que hacer que todo este tema mejore”</i></p> <p><i>“Yo creo que hay un interés por la comunicación para el desarrollo, hay un interés de retomar el tema de comunicación en salud y lo que pasa es que vienen nuevas generaciones. (...) Lo que no va a cambiar es el mensaje, va</i></p>

	<p><i>a seguir renovándose con los resultados científicos pero la estrategia y la forma en la que se hace el mensaje, si bien puede tener plataformas distintas, tu tienes que tener discursos muy claros, manteniendo el tema ético y la oportunidad en la eficacia en lo que es la salud de la gente”.</i></p> <p><i>“cuando tienes un bagaje que sabe investigar, que es un buen productor, que sabe manejar los procesos de comunicación, que sabe evaluar, que sabe escribir y sistematizar, toma valor. Creo que deben haber habilidades básicas que debe de tener cualquier comunicador, pero en especial en salud, para enfrentar un mundo tan rígido que es el de los médicos”</i></p> <p><i>“Yo pienso que hay mucho que aprender, se aporta mucho porque estas aprendiendo en diferentes materias, temáticas, vinculadas a la salud y la enfermedad y obviamente tienes que colocarte en situaciones para generar mensajes que puedan prevenir y promocionar aspectos saludables (...) Si todo eso se hiciera factible a partir de propuestas, protocolos, manuales, legalidad, estrategias; en fin, todo aquello que el comunicador puede producir (...) una nueva oportunidad de ver la comunicación”</i></p>
<p><b>Los Manuales y/o Guías: Usos y Propuestas Metodológicas a plasmar en ellas.</b></p>	<p><i>“Más se ha publicado la parte técnica de lo que es salud y enfermedad. Pero lo que es comunicación, ha habido algunos manuales... OPS nos ha dado mucho material. (...) nosotros publicamos un montón de materiales informativos como anuncios, volantes, afiches, trípticos, spots, todo eso hay. Pero manuales, guías, protocolos en menor cuantía. Esa es todavía no una debilidad sino un</i></p>

	<p><i>reto pendiente en el hecho de poder desarrollar mejores herramientas para poder hacer mejor gestión en comunicación en salud pública”</i></p> <p><i>“Eso siempre ha sido un debate: o hacemos cosas en comunicacional en salud para el médico, enfermera u obstetra o hacemos cosas en salud para el comunicador. Yo creo que hay que hacer comunicación en salud para ambos, porque al final lo que manda es el mensaje, que el comunicador es un productor de mensajes, pero también el médico es un productor de contenido temáticos, científico o no científico, clínico (...) Cómo hacemos para combinar ese contenido con el sentido comunicacional. Lo que le va a dar el sentido comunicacional es el comunicador (...) El médico te va a decir las vacunas protegen enfermedades. Pero el comunicador tiene que explicar por qué y los beneficios”.</i></p> <p><i>“No hay manual perfecto. Cada manual tiene su esquema (...) para mí el manual PECE está orientado a que el personal de salud conozca sobre procesos de planificación de comunicación en salud (...) Cada MENSAJE LE VA A DAR PERSONALIDAD a la estrategia”.</i></p> <p><i>“Se pueden hacer cosas comunes... no hay un manual de comunicación general, ya que se va adoptando acorde al tipo de epidemia y al contexto en cada país. Porque cada enfermedad tiene su propia lógica (...) TU ESTRATEGIA COMUNICACIONAL tiene que EXPLICAR TU SINTOMATOLOGÍA y las medidas preventivas y de control son distintas. Entonces el CONTENIDO DEL DISCURSO lo va a dar... va a generar diferentes estrategias de respuesta como respuesta”</i></p>
<p><b>La Guía del Planificador IEC: Su aparición y Aplicaciones</b></p>	<p><i>“El PECE que es uno de los que se ha hecho hace años, en la década de los 90`s a finales... hay otros manuales como el Combi (Dengue), el ABC para TBC... yo creo que todos los manuales y las guías son útiles, la importancia va a ser en</i></p>

	<p>que los apliques y generes evidencia de que fueron bien aplicados (...) para aplicar un manual tienes que haber diagnosticado un problema de manera profunda”.</p> <p>“El PECE sale de un libro gordo de habilidades y destrezas para la comunicación en salud, que lo hace AED. Ese libro gordo es una herramienta bien interesante que hace AED con la gente de BASIS, HEALTHCOM y ese es el insumo que se toma para hacer el PECE (...) toman como base mucho la información de las escuelas y universidades norteamericanas (...) del PECE a ahora ha habido...hay otros manuales, otras guías... materiales que se han hecho, pero que siempre son materiales en evolución, abiertos y flexibles”.</p> <p>“Sí las he aplicado, pero no tal cual, no? Porque los que manejamos varios modelos de comunicación podemos usar parte del PECE, parte del Combi, parte del IEC, parte de todo (...) el PECE...sabes por qué no uso mucho el PECE? Porque siento que está dirigido a personal de salud. (...) el PECE me sirve un poco, pero más me sirve estos que tengo acá, que son para comunicadores. Ese es el defecto del PECE. No sé si su defecto, puede ser su virtud también”.</p>
<p><b>El MINSa y la Oficina de Comunicaciones: Contexto, Función y Enfoques empleados.</b></p>	<p>“Estuve en los 90`s cuando terminó el gobierno del APRA e inició el primer gobierno de Fujimori (...) el cólera nos marcó a nosotros (...) no regresé hasta el gobierno transitorio (Paniagua) y me quedé con el gobierno transitorio y con el inicio del gobierno de Toledo. Regresé luego de 2 años aproximadamente con la Dra. Mazzeti. (...) cada inicio de década he tenido que estar en el Ministerio de Salud”</p> <p>“Ha habido mucha cooperación internacional apoyando el tema de comunicación en salud. Por ejemplo la OPS, UNICEF, USAID (...) Se ha logrado desarrollar discursos, propuestas de capacitación, publicaciones de investigaciones en temas de comunicación y salud. (...) antes las agencias de cooperación marcaban la pauta, ahora nosotros tenemos que, con nuestros propios recursos, marcarla. (...) Nosotros nos acostumbramos que venga OPS o USAID y digan hay que hacer esto, porque tengo plata. En cambio, ahora nosotros que tenemos plata,</p>

*hay que definir qué hacer, con el apoyo técnico de ellos, porque ellos tienen experiencia. Ahora ellos están en otro rol. Ahora ellos monitorean”.*

*“Hay otras dinámicas, otras tecnologías. La internet se ha vuelto importante para el acceso a información en salud y creo que temas como ciudadanía, transparencia se han vuelto temas transversales. El tema intercultural también. Tenemos una dirección general de promoción de la salud que se ha creado hace 10 años (...) Tuve la oportunidad de estar en el equipo que propuso la creación de la dirección ejecutiva de promoción y luego como convertida ahora en dirección general de promoción de la salud”.*

*“El Ministerio de Salud siempre ha sido líder en la parte de comunicación en el Estado. Y ese el producto de dedicación, de apuestas, de desarrollar capacidades, sino lo hubiéramos hecho, hubiese sido muy complicado de que pudiéramos enfrentar todo lo que el país tiene que enfrentar en materia de crisis y epidemias (...) El Ministerio de Salud es un semillero de comunicadores para el desarrollo”*

*“Ahorita tienes 40 personas trabajando en la dirección. Pero si uno mira desde el año 90 a la fecha, calculo que hemos pasado como 300 personas hasta la fecha por esta dirección, que han ido rotando”*

*“(...) en el año 90 fue la epidemia del cólera y luego hacer que las oficinas típicas de prensa pasen a ser oficinas de comunicación. En el año 2000, entra la promoción de la salud y se convierte en una aliada para darle un sentido más proactivo y positivo a la comunicación. Yo diría que en la década del 2000, en la década del 2012 ya, tenemos que pensar en una comunicación vinculada a nuevas tecnologías que ya no son tan nuevas pero también en una comunicación volviendo al sujeto, a la capacidad ciudadana de decidir sobre tu vida y tu salud”.*

*“En zona rural es donde más ha habido promotores de salud. Eso ha cambiado, si antes había 100 promotores en una localidad, ahora solo hay 10. 10 que no dan el tiempo completo sino medios tiempos, porque tienen que vivir,*

	<p><i>comer, dedicarse a sus familias”.</i></p>
--	---



Tabla C-2. Sistematización de Entrevista # 5.

Tabla de Sistematización N°5	
<b>Objetivo General:</b> Analizar la Guía del Planificador IEC para la elaboración de futuras guías de comunicación en salud pública desde el enfoque de la Metodología Participativa.	
<b>Objetivo Específico 3:</b> Indagar sobre el contexto del Ministerio de Salud en la época en la que se elaboró la Guía del Planificador IEC y su uso en el área de Comunicaciones del Ministerio en el transcurso del tiempo.	
<b>Entrevistada:</b> Kathya Rojas - <i>Directora Ejecutiva de la Oficina de Comunicaciones del MINSA.</i>	
<b>Observación:</b> Ha estado en el MINSA desde el 99 hasta el 2010, luego trabajó a nivel de consultorías en otras entidades gubernamentales y regresó en el 2012 a ver todo lo relacionado a Promoción de la Salud.	
Tema	Citas
<b>Comunicación y Salud</b>	<i>“El ingreso de las tecnologías, las nuevas demandas de una población que requiere más información constante en diversos temas, tanto en favor de la salud como para mejorar su educación o para un tema de emergencia y desastres; ahí entra el rol de los comunicadores en las oficinas”</i>
<b>Rol del Comunicador en el MINSA</b>	<i>“En la actualidad no hay ninguna área en el MINSA o en los demás ministerios que no tenga un comunicador dentro de sus equipos. Porque el rol de un comunicador les permite priorizar el mensaje y sus contenidos; saber cómo abordar al público, no solo para un lanzamiento sino para una propuesta técnica inclusive. Entonces el escenario de la comunicación en el ministerio ha hecho que el rol del comunicador crezca más y sea un modelo para los demás sectores. Ahora ellos ven que el tema de comunicación como clave para ellos es importante”</i>  <i>“(…) el comunicador está bien empoderado en el tema y es considerado”</i>
<b>Los Manuales y/o Guías: Usos y Propuestas Metodológicas a plasmar en ellas.</b>	<i>“Nosotros hemos trabajado con OPS. OPS tiene un manual de herramientas, UNICEF tiene su manual de herramientas (...) Incluso me hablabas de la Guía del IEC, la misma que fue trabajada en el ministerio por un proyecto especial. Siempre hay proyectos que influyen en la elaboración de manuales, por el mismo hecho de que es un proceso engorroso para temas de publicación (...) el MINSA se ha movido con lineamientos que son aprobados con una</i>



*resolución ministerial. Ahora estamos en la actualización de los lineamientos, sistematizarlos y poder publicar los nuevos lineamientos de comunicación en salud”*

*“(…) USAID también se ha trabajado un manual para periodistas para que sepan cómo tienen que contar el tema de comunicaciones en temas como VIH (...) nutrición básica trabajo otro material para la validación de guías en investigación cuantitativa y cualitativa (...) Cada quien ha trabajado distintos temas en base a la comunicación pero teniendo una mirada integral. De todas maneras se ha convocado a la gente a nivel central para mejorar el nivel entre sus propuestas. Los cuales siempre han tenido como público a profesionales o personas vinculadas al sector salud”.*

*“Las he usado todas. No necesariamente el documento va a ser tu biblia. O tú no te vas a enfocar al documento sino a las necesidades de la población, necesidades de lo que hay en las zonas. No necesariamente es esa información la que vas a trabajar”*

*“Son diversas las estrategias que se plantean. Tienes la estrategia de difusión masiva, que las he trabajado desde procesos estandarizados. La estrategia del nuevo boom que está viendo ahorita: vallas, buses, animación; y todas esas cosas (...) entramos al boom de una población joven que vive conectado a los servicios móviles: celulares, tablets, Facebook; tienes un nuevo escenario para ver cómo lo vas a abordar; que acciones vas a tener, que tipo de material vas a elaborar, qué mensajes les vas a enviar. No es lo mismo mandar un díptico que unos mensajes como tips en el celular y que lo quiera leer (...) Son varias*

	<i>estrategias que puedes tener en varios materiales para tenerlas como referencias.</i>
<b>La Guía del Planificador IEC: Su aparición y Aplicaciones</b>	<i>“La Guía del IEC que tu mencionas ha tenido información, educación y comunicación, por muchos años ha manejado la propuesta. Ese mismo documento ha servido para trabajar todo el tema de mercadeo social, que propone al marketing como una herramienta importante, a través del PSNB (...).”</i>
<b>El MINSA y la Oficina de Comunicaciones: Contexto, Función y Enfoques empleados.</b>	<p><i>“La oficina de comunicación social tiene a su cargo todas las campañas de salud del ministerio y a la vez la coordinación de técnicas de todas las áreas competentes de línea y OPD`S e institutos especializados, para ver la aprobación de materiales, aprobación de las campañas, acompañamiento de las mismas. Somos parte del comité técnico de las estrategias que se manejan en el ministerio como parte de. El equipo está dividido según las diversas temáticas que se están desarrollando. (...) En ese marco, la oficina tiene una alta rotación y un alto movimiento. Aparte que maneja un 80% del presupuesto de toda la oficina en general, por lo mismo que tenemos a nuestro cargo la difusión de las campañas de salud a nivel de medios masivos”</i></p> <p><i>“La oficina de comunicación siempre ha tenido 2 direcciones ejecutivas. Una de ellas es la oficina de comunicación social. El componente de comunicación social desde un inicio se ha generado y se ha desarrollado y potenciado más”</i></p> <p><i>“Antes éramos 6 comunicadores. Ahora somos toda una dirección que tiene un grupo de comunicadores amplio; comunicadores sociales, periodistas, relacionistas públicos y en las oficinas todos son comunicadores”</i></p> <p><i>“Se trabaja de manera directa con la OPS. La Lic. Jenny Vásquez que fue durante muchos años la encargada de comunicaciones a nivel de OPS y ha sido de mucha escuela con nosotros, compartiendo pautas. Ha sido una aliada clave y estratégica. La OPS sigue siendo un aliado estratégico. (..) UNICEF, a través de la Lic. Marilú Wiegold (...) Asimismo se ha trabajado con el UNFPA (Fondo de</i></p>

*Poblaciones Unidas) (...) cooperaciones de USAID y Naciones Unidas. Siempre se ha trabajado de manera aliada con la Cooperación.*

*“Siempre hemos trabajado en base a los modelos de la OPS, que están enfocados al cambio de comportamiento. Para prevenir hay que generar un cambio de comportamiento en la población (...) lo referido para que el paciente no llegue al hospital sino que oportunamente se cuide y mantenga una mejor calidad de vida en temas de salud es lo que se persigue. Y la teoría que se enfoca más es la del cambio de comportamiento”*

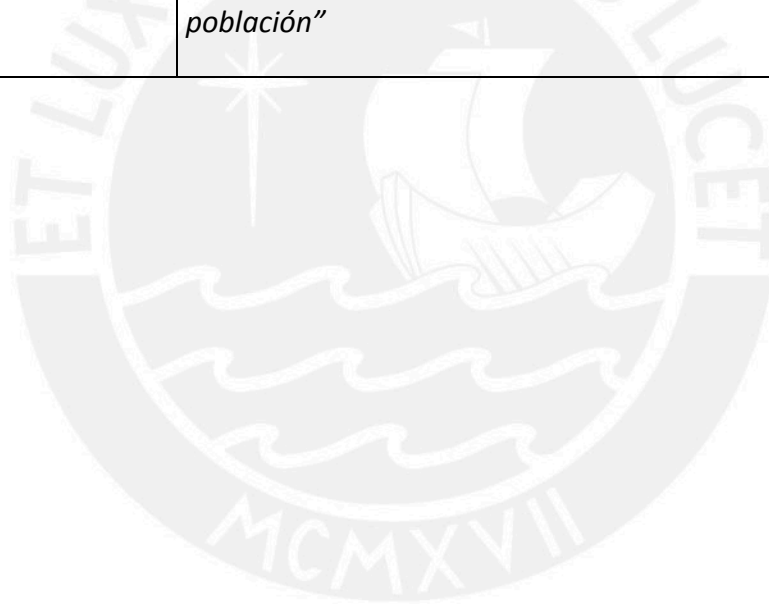
*“la mayoría de ministros actuales (los que han pasado antes que la Dra. Midori) han sido personas que se han interesado mucho en el tema preventivo. (...) el Dr. Tejada trabajó mucho el tema de la Nueva Actitud: La población tiene que tener una nueva actitud frente a la vida, practicar mejor deportes, alimentarse mejor; obtener una vida más saludable (...) Asimismo Dr. Ugarte ha sido una propuesta bastante de prevención pero con promoción de la salud (...) la Dra. Mazeti sí dio un giro muy fuerte comunicacional. Ella apostó por las comunicaciones; por la promoción de la salud que está más vinculada a lo de comportamientos en temas de educación en la salud (...) Midori ve el tema de las comunicaciones como tema prioritario, tanto así que ella ha aumentado el presupuesto de 8 millones a 70 millones. Una oficina que no comunica, un ministerio que no comunica las cifras de enfermedades se reproducen. Por ende es necesario informar a la población para que esté prevenida y educada”*

*“los 90`s vino una epidemia fuerte: el cólera. Y Estela Roeder en ese tiempo como directora de la oficina de*

*comunicaciones, sin presupuesto tuvo que ver cómo financiar toda una campaña mediante medios, a través alianzas con empresas mediante publicidad”.*

*“Las limitaciones que se puede encontrar son más que todo administrativas. El sector público siempre ha sido un espacio que ha tenido manejo de los procesos y cada vez hay más filtros, estos filtros es lo que lo hacen más engorroso. Por tener un tema delicado (la salud de las personas) hay que correr con los procesos y es ahí en donde se tiene problemas”.*

*“Los aportes que puedes tener es que se te abre un mundo para educar a la población. Por eso el equipo sabe: lo que ustedes decidan, lo que ustedes plasmen, es la salud de la población”*



Anexo 6: Tabla de Sistematización de Entrevistas según objetivo específico 4



**Tabla D-1. Sistematización de Entrevista # 6.**

<b>Tabla de Sistematización N° 6</b>	
<b>Objetivo General:</b> Analizar la Guía del Planificador IEC para la elaboración de futuras guías de comunicación en salud pública desde el enfoque de la metodología participativa.	
<b>Objetivo Específico 4:</b> Recoger visiones sobre la funcionalidad, fortalezas, alcances, límites y oportunidades de mejora de la Guía del Planificador IEC, desde la perspectiva de profesionales independientes y/o del sector privado que han usado dicha guía.	
<b>Entrevistado:</b> Lic. Edward Armas. Docente de la PUCP y Consultor especialista en Comunicación Estratégica e Investigación Social.	
Tema	Citas
<b>Nivel de acercamiento a la Guía del Planificador IEC</b>	“Sí. De hecho desde cuando estaba en la universidad. Cuando llevé diseño de proyectos con el profesor Juan José Vega fue la primera vez que tuve acercamiento a este material. De hecho lo llevé para dos cursos de formación de la especialidad.”
<b>Tiempo de Uso de la Guía del Planificador IEC</b>	“Sí. Bueno lo he usado concretamente en dos momentos.”
<b>Frecuencia de Uso de la Guía del Planificador IEC</b>	“Sí. Bueno lo he usado concretamente en dos momentos.”
<b>Ámbito de Empleabilidad de la Guía del Planificador IEC</b>	<p>“Cuando empecé en la universidad a hacer consultorías. Lo bueno de la guía es que tiene mirada de la fotografía grande de lo que es un trabajo en comunicación.”</p> <p>“Me puse a hacer consultoría en temas medioambientales y recuerdo que estaba con tanta información que necesitaba ordenarme, así que al revisar la guía tienes una fotografía completa de una ruta. Y creo que es eso, te permite hacer un checklist de varias cosas a tener en cuenta y que uno libremente puede ir adaptándola de acuerdo al tema que va trabajando. Algunas cosas se usan, otras no.”</p> <p>“La segunda vez que la usé, como que la revisé a profundidad fue cuando empecé a enseñar y sí</p>

	<p>necesitaba pautear bastantes procedimientos con los alumnos. Por ejemplo, cuáles son los entregables?Cuál es el primer paso?Cuál es el segundo paso?Cuál es el tercer paso? entonces tiene una mirada bien esquemática del trabajo que es muy buena para explicar porque el trabajo en comunicaciones puede ser un poco caótico”</p> <p>“Lenin me convocó la primera vez que hizo Recursos de Comunicación y entonces, entre los dos, nos pusimos a trabajar el sillabus del curso, entonces, yo empecé a identificar bibliografía y una entre otras, ésta fue la que me ayudó bastante.”</p>
<p><b>Nivel de Fortaleza de la Guía del Planificador IEC</b></p>	<p>(...)Pero entonces te ayuda para que comuniques al otro cuál es la lógica del procedimiento, no? tener como un camino o escalera clara de por dónde ir y qué tener en cuenta.”</p> <p>“Aparte tienes esta línea de la planificación estratégica que es el diagnóstico, el diseño y la evaluación, que es como la mirada estratégica de la comunicación. Y, en general, en la comunicación, en el procedimiento día a día lo que más hay es diagnóstico y diseño y ejecución. Pero la evaluación es la pata más coja de las comunicaciones”</p> <p>“Entonces es como que te ofrece una mirada esquemática, pedagógica. Hasta a mí me ayuda porque es como que hay tantas cosas en el día a día que te ayuda a recordar cosas también. Es de fácil revisión y creo que cumple su fin ese objetivo como guía. Que es como un checklist que te ayuda a revisar rápidamente y también a comunicarlo con otros y por eso es bien pedagógica, no?”</p> <p>“De hecho si tu empiezas a estudiar, te das cuenta que leyendo la guía no vas aprender todo, no? como complemento a un curso te sirve, como una ayuda memoria te sirve, como un checklist te sirve. Entonces</p>

	<p>una fortaleza es la capacidad de síntesis y que va de la mano con una mirada bien técnica y también con una mirada de la participación ciudadana. Aparte que es muy pedagógica. Es otra fortaleza, no? Otra fortaleza es que creo que se puede adaptar a otros temas de desarrollo, bueno en este caso te da casos y ejemplos de salud en Perú, no?"</p>
<p><b>Nivel de Alcance de la Guía del Planificador IEC</b></p>	<p>"Me llamó la atención eso, por ejemplo para acceder a ese material me he tenido que ir hasta el MINSA, cuando debería estar colgada, debería estar publicada, debería de estar de conocimiento público, porque ayudaría no solo a las personas que estudian comunicación para el desarrollo sino otras personas que quieran involucrarse en temas de desarrollo, no? (...) como que esta medio en el olvido también. Solamente algunas personas lo conocen o tienen copia de la copia de la copia y no está disponibles en bibliotecas, no?"</p> <p>"Creo que se ha quedado en el ámbito de la salud pero yo le veo muchas aplicaciones, se puede aplicar en muchos otros ámbitos."</p>
<p><b>Nivel de Limitaciones de la Guía del Planificador IEC</b></p>	<p>"La guía es una herramienta que complementa otro espacio de aprendizaje, no? Como un taller, una clase, un seminario. Por sí sola no te va a ayudar a aprender, no?"</p> <p>"Otra limitación es que si actualmente uno lo revisa podría ver que está bien desfasada en varios aspectos gráficos y hasta de conceptos. Pero en esencia, si uno lo lee con detenimiento es recontra útil."</p>
<p><b>Oportunidades de Mejora para la Guía del Planificador IEC</b></p>	<p>"(...)y llamó mi atención de que siendo tan antigua no se ha propuesto otro material que aborde pasos a seguir desde la comunicación para el desarrollo, en este caso a la salud, no? (...)porque lo que he encontrado en otros textos son textos de análisis, que son importantes ok, pero no procedimientos que te ayuden a, que te orienten y que estén tan enfocados en el Perú además y a mí me pareció eso lógico y dije woww...este material debería seguir investigándose, actualizándose, alimentándose, realimentándose, reformulándose, ampliándose, no? Porque creo que es un gran esfuerzo que se ha hecho de</p>



un montón de gente.”

“me parecería clave profundizar más en los conceptos. Ver más temas de casuística, de casos, casos. Tú me comentas en temas de salud pero podría adaptarse a tema de medio ambiente, derechos humanos, porque digamos que son campos que ahora desde la comunicación para el desarrollo también hay proyectos interesantes, no? Digamos que son otros campos que se están fortaleciendo actualmente, entonces podría adaptarse.”

“Creo que hay nuevos procedimientos que se pueden agregar a esa guía, no? Nombres también, porque habían cosas como que desfasadas pero yo entendí en el fondo a qué se refería. El concepto es el mismo pero nombre puede ir cambiando. La parte gráfica también trabajarlo mejor. Tal vez el formato poderlo revisar. Poderlo reeditar en un formato más amigable porque recuerdo que el tamaño era un oficio o una cosa así, no? Era como que extraño, no? Ahora todo es A-4, como cuadrado.”

“No sé a mí se me ocurre que podría trabajarse así. Podría editarse hasta un libro, yo creo. O sea de una forma más extendida. Podrían ser como dos herramientas, no? Una guía reloaded y un libro que desarrolle más a profundidad los conceptos. Entonces yo creo que da para eso.”

**Tabla D-2. Sistematización de Entrevista # 7.**

<b>Tabla de Sistematización N° 7</b>	
<b>Objetivo General:</b> Analizar la Guía del Planificador IEC para la elaboración de futuras guías de comunicación en salud pública desde el enfoque de la metodología participativa.	
<b>Objetivo Específico 4:</b> Recoger visiones sobre la funcionalidad, fortalezas, alcances, límites y oportunidades de mejora de la Guía del Planificador IEC, desde la perspectiva de profesionales independientes y/o del sector privado que han usado dicha guía.	
<b>Entrevistado:</b> Lic. Jorge Acevedo. Coordinador de la Especialidad de Comunicación para el Desarrollo de la PUCP y Comunicador Social especialista en Proyectos de Comunicación.	
Tema	Citas
<b>Nivel de acercamiento a la Guía del Planificador IEC</b>	“Conozco este material desde principios de siglo XXI (2001, 2002 aproximadamente). Me encontré con este material en el marco de mis búsquedas de recursos educativos de planificación comunicacional”
<b>Tiempo de Uso de la Guía del Planificador IEC</b>	“(…) desarrollado principalmente en la Universidad de Lima durante 10 años, que fue entre el 2002 y el 2012. Y, para la Universidad Católica más años todavía. Yo calculo que unos 12 años aproximadamente. Pero no la he usado en su totalidad, sino digamos que he tomado algunas partes y aspectos que me parecieron interesantes”.
<b>Frecuencia de Uso de la Guía del Planificador IEC</b>	“Yo he usado la guía digamos en varias oportunidades”
<b>Ámbito de Empleabilidad de la Guía del Planificador IEC</b>	<p>“Tanto para facilitar talleres de planificación estratégica en comunicaciones, elaborar planes de comunicación, ayudar mediante la capacitación y facilitación a grupos sociales diversos y también he tomado algunos componentes de la guía para mi trabajo académico”</p> <p>“(…) en la de la Lima enseñé estrategias de comunicación para el desarrollo. Tomé la guía como referencia para la parte de estrategias IEC, para exponer digamos las características generales de las estrategias IEC y también para desarrollar algunos ejercicios”.</p> <p>“el curso en la Universidad de Lima tenía como objetivo la</p>

	<p>descripción y presentación de un repertorio de estrategias de comunicación, información, sensibilización, estrategias orientadas a cambios de percepciones, transformación de prácticas, por donde va más o menos el IEC. Y también estrategias de incidencia política desde las comunicaciones para la parte de comunicación, educación, estrategias vinculadas al cambio de transformación de concepciones de prácticas, tomé como referencia la guía”.</p>
<b>Nivel de Fortaleza de la Guía del Planificador IEC</b>	<p>“Creo que la guía presenta de una manera ordenada las fases en la planificación de las estrategias de comunicación en general. El punto de partida me parece interesante. En el diagnóstico se desarrolla algunos aspectos que profundizan el conocimiento sobre percepciones y prácticas (...)Me pareció interesante el ejercicio de desmenuzar ese diagnóstico porque por lo general en la promoción del desarrollo, lo que se ha trabajado mucho son diagnósticos de problemáticas de desarrollo, en general, no? Utilizando técnicas participativas, complementando con una elaboración de diagnóstico más sociológico o antropológico. Creo que la guía ayuda a ver con mayor claridad los aspectos de los diagnósticos que tienen que ver con comunicación.”</p>
<b>Nivel de Alcance de la Guía del Planificador IEC</b>	<p>“Bueno creo que es un material interesante. Un material que puede servir como uno de los referentes que cualquier profesional de comunicaciones que tiene que ver con trabajo educativo, especialmente en el campo de la salud. Me parece que es una herramienta útil”.</p> <p>“(…) me parece que el alcance es ese: servir como una herramienta de referencia para procesos de planificación en comunicación y educación. No creo que llegue a ser “la guía”, generalizable a todos los procesos, facilitación que se haga. Si no me parece que es un material, uno de los referentes que un comunicador pueda tener a mano digamos y serle muy útil.”</p>
<b>Nivel de Limitaciones de la Guía del Planificador IEC</b>	<p>“No tiene tanto sustento teórico. Me parece que habría que incorporar, no solo en esta guía, sino en otros materiales un mayor sustento teórico o tratar de recuperar lecciones aprendidas de sistematizaciones en el campo de la comunicación, la educación y la salud, no?”</p> <p>“no hay por ejemplo el desarrollo de un proceso completo de intervención de comunicación en salud. Me parece que esa es la debilidad digamos de este material porque podría haberse incluido en los anexos, de manera resumida, dos o tres planes de comunicación en salud,</p>

	<p>no? con un flujo de procesos. Me parece que hubiese sido de mucha utilidad.”</p> <p>“Y otro tema tiene que ver con que es un tema ya desactualizado, porque hoy en día las redes sociales y el internet son una parte importante de la vida de la gente, especialmente, de niños, niñas, adolescentes”.</p>
<p><b>Oportunidades de Mejora para la Guía del Planificador IEC</b></p>	<p>“creo que si hay más adelante un esfuerzo de actualización, debiera incorporarse el tema de los avances tecnológicos y, especialmente, las formas o circuitos de comunicación que hoy en día tiene la gente de información.”</p> <p>“(…) lo que hay que hacer es conocer bien a los públicos para hacer una propuesta de persuasión y de convencimiento para que sean interpelados, interpeladas y cambien de comportamiento. Me parece que habría que hacer un esfuerzo en comunicación en salud, para reconocer las prácticas y los saberes positivos que tienen diversas comunidades o grupos de personas y eso tiene que ver con un enfoque más participativo realmente.”</p> <p>“La guía está inspirada en el mercadeo social en general, incorpora algunos temas de participación y componentes de participación, pero creo que podría ser un poco más abierta en su enfoque de comunicación y cambio, como para que efectivamente el proceso participativo sea transversal. Desde el propio diagnóstico, la problematización y las decisiones estratégicas que se toman.”</p>

Anexo 7: Cuadro de Paralelismo entre Proceso PECE y Proceso Participativo



**Aspectos Conceptuales**

<b>Aspectos</b>	<b>Proceso PECE</b>	<b>Proceso Participativo</b>
<b>Enfoque Metodológico</b>	Información, Educación y Comunicación & Marketing Social	Metodología Participativa
<b>Modelo Base</b>	Modelo Difusionista (proceso unidireccional)	Proceso Participativo (proceso bidireccional)
<b>Definición del Problema</b>	Falta de información	Falta de grupos de interés comprometidos
<b>Noción del Impulsor</b>	Agente de cambio externo	Unirse a la asociación o al grupo de personas
<b>Noción de Educación</b>	Pedagogía Bancaria	Pedagogía Liberal
<b>Noción de Grupos de Referencia</b>	Público Objetivo Pasivo	Ciudadano Objetivo Activo
<b>Formas de Comunicación</b>	Generar mensajes para persuadir	Temas sociales involucrados, planteamiento de problemas y diálogo
<b>Idea Principal del Cambio</b>	Comportamiento Individual	Comportamiento social e individual, normas sociales y relaciones de poder.
<b>Resultados Esperados</b>	Cambio de comportamiento individual; aspecto más numérico	Articulación de procesos políticos y sociales, un cambio sostenible y la acción colectiva
<b>Nivel de Alcance</b>	Corto y Mediano Plazo	Mediano y Largo Plazo

### Aspectos Comunicacionales

Aspectos	Proceso PECE	Proceso Participativo
<b>Tipo de Comunicación</b>	Monológica	Dialógica
<b>Función de la Comunicación</b>	Informar y Persuadir	Explorar y Empoderar
<b>Propósito Principal</b>	Crear conciencia, incrementar el conocimiento y promover actitudes y comportamientos de cambio	Evaluar, sondear, analizar problemas, prevenir conflictos. Asimismo, construir capacidades e involucrar grupos.
<b>Métodos y Medios de Comunicación empleados</b>	Uso de medios masivos y de medios en general	Uso intensivo del método interpersonal y el uso del diálogo para promover participación

### Aspectos Estructurales

Aspectos	Proceso PECE	Proceso Participativo
<b>Modelo de Comunicación</b>	<b>Modelo Tradicional:</b> emisor, receptor, mensaje, canal y código.	<b>Modelo Participativo:</b> interlocutores, diálogo y participación.
<b>Rol y Forma de Pensar</b>	<b>Rol Activo que da pautas</b> (personal de salud o comunicador responsable)	<b>Rol Activo que facilita el proceso</b> (personal de salud o comunicador responsable)

## Anexo 8: Mapa de Relaciones de Componentes







El MINSA opta por emplear el enfoque de la metodología participativa, la cual es ejecutada a través del comunicador o personal de salud. Mediante el enfoque, éste es quien facilita procesos hacia la población. Éstos, al estar empoderados a través de la metodología, proponen y elaboran estrategias efectivas de comunicación. Éstas al haber sido construidas participativamente, logran prevenir e informar respecto a una determinada problemática de salud que aqueje el contexto de la población. Finalmente, mediante esta sincronización de relaciones, el MINSA logra como resultado hacer frente de manera oportuna a la problemática de salud.

**Anexo 9: Proceso Metodológico para elaborar una futura guía para el diseño participativo de estrategias de comunicación en salud**



