

Revisiones

Una mirada desde la comunicación en salud a los planes de promoción de salud en Sudamérica. Casos: Bolivia, Chile, Colombia

A look from health communication plans to promote health in South America. Cases: Bolivia, Chile, Colombia

Carlos Andrés Martínez-Beleño^{1*}, Mayra Orozco-Barraza²

¹ Grupo de Investigación Área de Broca: Medios, Lenguaje y Sociedad, Universidad Autónoma del Caribe, Colombia

² Grupo de Investigación Comunicación y Región, Universidad Autónoma del Caribe, Colombia

Fecha de recepción: 30/08/2014 – Fecha de aceptación: 02/02/2015

Resumen

El objetivo de esta investigación fue caracterizar los planes de promoción de Salud en tres países suramericanos Bolivia, Chile y Colombia. Esta caracterización se hizo desde los enfoques de las Teorías de Comunicación en Salud e identificar en última instancia si en estos planes contemplan la perspectiva de Comunicación en salud dentro de sus propuestas de desarrollo y por consiguiente los enfoques de promoción de la salud. Esta investigación se desarrolló a partir de un estudio de casos múltiples delimitado por los planes de los países seleccionados. Estos planes han sido formulado y establecidos desde el año 2010 (con vigencia a diez años) por los gobiernos de Bolivia, Chile y Colombia. Asimismo para lograr dicha caracterización se diseñó una matriz donde se evidencian los Principios, Programas/Proyectos y Estrategias incluidas en dichos planes, el propósito reconocer si los Planes de Promoción de la Salud en los países estudiados fundamentan su enfoque desde la Comunicación para el cambio social. Para este caso, solo se pretende hacer una descripción textual de los planes a fin de brindar más información al tema de comunicación en salud y su inmersión en los mismos.

Palabras clave: *Comunicación en salud, Promoción de la Salud, Teorías y Modelos de Comunicación.*

Abstract

The objective of this research was to characterize the plans for health promotion in three South American countries, Bolivia, Chile and Colombia. This characterization was made from the approaches of Health Communication Theories and ultimately identify if these plans include the prospect of Health Communication within their development proposals and therefore approaches health promotion. This research was developed from a multiple case study defined by the plans of the selected countries. These plans have been formulated and established since 2010 (valid for ten years) by the governments of Bolivia, Chile and Colombia. Also to achieve such a matrix characterization are evident Principles, Programs / Projects and Strategies included in these plans in order to recognize whether Plans Health Promotion in the studied countries base their approach from the communication for Social Change. For this case, only the intention to make a textual description of plans to provide more information on the topic of health communication and immersion in those plans.

Keywords: *Health Communication, Health Promotion, Communication Theories and Models.*

*Correspondencia: carlosandres0513@hotmail.com

Introducción

Los países latinoamericanos en sus múltiples dimensiones pero principalmente en lo económico, social y ambiental, se ha caracterizado por una constante inestabilidad, sin embargo aún dentro de este panorama se han gestado profundos cambios y transformaciones, que ha afectado entre otros sus, sistemas y políticas de salud.

Desde esta perspectiva (transformaciones), es necesario hacer alusión al estado actual de la promoción de la salud en Suramérica, enfatizando en aquellos Planes de Promoción de la Salud que se “plantean” de forma horizontal y buscan promover la salud humana, dirigiendo su accionar hacia el mejoramiento de los estilos de vida de la población vulnerable, con el fin de que estas logren estados de bienestar.

Desde inicio de los años ochenta, la comunicación para la salud logró abrirse un espacio en la agenda pública latinoamericana en salud, después de la estrategia de Educación Sanitaria, esta última perdió vigor al verse frente a procesos más dialógicos en términos conceptuales y prácticos, desde donde debería potenciarse el empleo de los medios masivos y empoderamiento de las poblaciones vulnerables en la solución a sus problemáticas, en este caso de salud.

Según Campo (2011), la integralidad de la salud es un concepto que abarca calidad, armonía y “normalidad” en lo social, biológico, psicológico y espiritual. Por consiguiente es aplicable a los individuos, familias y sociedades como principales beneficiarios de los esfuerzos que se generen a partir de la promoción de la misma. Así la Promoción de la Salud es un aspecto fundamental en el cambio de estilos de vida de la población.

Bajo lo anterior y siguiendo lo planteado por Aarva, Haes y Visser, (1997) citado por Ríos, (2011) la salud y la comunicación pueden estar interrelacionadas en diferentes niveles: ya sean en relación con individuos, grupos o sistemas. Igualmente Mosquera, (2003) afirma, que en diversos estudios se ha demostrado que la comunicación en todos los niveles –masiva, comunitaria e interpersonal- juega un papel importante en la difusión de conocimiento, de conductas, valores, normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de un sujeto y al desarrollo de los pueblos.

Según Atoche, (2003) varios autores coinciden en categorizar el papel de los medios de comunicación como pieza clave en el desarrollo de una comunicación para la salud efectiva. Así lo confirma Beltrán,

(1997) citado por Atoche, (2003) quien expresa que el empleo sistémico de medios de comunicación individuales, de grupo, masivos y mixtos, así como tradicionales y modernos –como los medios informativos y multimedia-, son una herramienta de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales que cumplan los objetivos de los programas de salud pública.

En concordancia con lo planteado anteriormente, Tenorio, A. y Plaza V. (2008) afirman que dada a la importancia de esta problemática, llama la atención la escasez de investigaciones en evaluación en programa de salud –en este caso caracterización- de Programas de Salud Pública. Por estas surge la necesidad de identificar desde la Comunicación en salud, las características que estructuran los tres Planes de Promoción de la Salud de países Suramericanos como Bolivia, Chile y Colombia, pretendiendo reconocer desde el soporte teórico –teorías o modelos de comunicación- si los Planes formulados desde el año 2010 hasta hoy en los tres países satisfacen las orientaciones generales de la promoción de la salud, de la comunicación en salud y promueven estilos de vida saludables de la población.

En esta dirección, Mosquera, (2003), afirma que las investigaciones realizadas en este campo han demostrado que los programas de comunicación en salud, basados en la teoría pueden poner la salud en la agenda pública, reforzar los mensajes sanitarios, estimular a las personas para que busquen más información, y en algunos casos, dar lugar a estilos de vida saludables.

En este sentido, se pretende caracterizar desde los modelos o teorías de comunicación en salud los Planes de Promoción de la Salud de países como Bolivia Chile y Colombia, identificando los principios, programas/proyectos y estrategias que los estructuran. Para ello, se emplearon técnicas e instrumentos de revisión documental, fundamental para la selección, clasificación, lectura y análisis de contenido.

Asimismo, los objetivos puntuales que orientaron la intención de este proyecto fueron planteados así: En un primer momento, evidenciar las Teorías de la comunicación en salud en relación con las categorías: Cognición, Autosuficiencia, Motivación, Moldeamiento, Afecto, Comportamiento.

Y en segundo lugar, Contrastar los Planes de Promoción de la Salud a partir de las teóricas de comunicación indagadas. (Categorías observadas)

En términos generales, se logró identificar que la Comunicación en salud tiene como objetivo acompañar, facilitar y promueve el desarrollo humano, ya que ésta, en general fortalece la calidad de los aspectos primordiales para el desarrollo del potencial humano dentro de su entorno.

Comunicación en salud

Para Atoche, (2003) al término Promoción para la Salud se le sumó Educación para la Salud y por último Comunicación para la Salud (OPS/OMS). En ese sentido, desde 1993 con la celebración del 39º Consejo Directivo de la OPS se aprobó la resolución "Promoción de la salud en las Américas", por la cual "insta a los gobiernos miembros a que incluyan, como instrumentos claves en los programas de salud de la comunidad, campañas de comunicación social y de educación, promoviendo la responsabilidad de la población". Esto se reafirmó en la Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI, adoptada en la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en julio de 1997, la cual indica que el acceso a los medios de información y la tecnología de las comunicaciones son importantes para adelantar la promoción de la salud.

Desde esta perspectiva, las definiciones de Comunicación en Salud han evolucionado, incluyendo cambios sustanciales en la planeación y la conceptualización utilizada a su desarrollo. (Atoche, 2003).

Por su parte, Mosquera, (2003) manifiesta que la comunicación en salud puede contribuir en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad incluyendo las relaciones médico-paciente, la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos, la construcción de mensajes y campañas de salud pública en conjunto con la diseminación de información concerniente a riesgos para los individuos y las poblaciones, o comunicación preventiva.

Según OMS (2010,) la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud. Este tipo de comunicación es reconocida como elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y personal.

En esta misma línea, Ríos, (2011) señala que la comunicación en salud ha sido interpretada o definida a través de los años como el estudio de la naturaleza, alcance y función, así como los medios por los cuales los tópicos de salud alcanzan y afectan las audiencias apropiadas. Las áreas de estudio incluyen: métodos de formulación de mensajes, estrategias de implantación y técnicas de avalúo.

En el contexto académico la comunicación en salud se ha definido como el arte y la técnica de informar, influir y motivar audiencias a nivel individual, institucional y público acerca de asuntos de salud importantes. Incluyendo además la prevención de enfermedad, política de cuidado de salud, así como el

aumento de la calidad de vida y salud de los individuos dentro de la comunidad. (Ratzan, citado por 1994 Ríos, 2011)

Igualmente Ríos, (2011) enfatiza además, en que uno de los más recientes enfoques propuestos para catalogar el proceso de comunicación en salud, y que es defendido por autores como Gumucio, quien expone la necesidad de una comunicación para la salud comunitaria, está basado en el diálogo. De acuerdo con este nuevo paradigma, se entiende que las comunidades deben ser protagonistas y gestoras de los cambios que las afectan. Debieran del mismo modo ser responsables del manejo de su salud. Y en consecuencia, de su propia comunicación. (Gumucio, 2001 citado Ríos, 2011).

En síntesis, Gumucio acentúa en que ningún programa de salud que pretenda abarcar a sectores sociales cada vez más amplios puede siquiera pensarse al margen de la comunicación. La comunicación es imprescindible para ganarle tiempo al tiempo, para recuperar el tiempo perdido, para resolver a contrarreloj la gravísima situación que se vive y se muere.

Modelos y teorías en comunicación en salud

A continuación, se presentan los conceptos básicos de las teorías y modelos empleados por la comunicación en salud, desde un enfoque multidisciplinario, que incluye planteamientos de la psicología, psicología social, sociología y comunicación, entre los más abordados por investigadores, teóricos y expertos en comunicación en salud.

De acuerdo con Atoche, (2003) la Teoría de Acción Racionada Fishbein y Ajzen centra su atención en definir que existe un factor determinante del comportamiento, que es la intención de la persona de realizarlo. Esta intención es vista como una función de dos determinantes: la actitud de la persona hacia el desarrollo del comportamiento (basado en las creencias sobre las consecuencias de desarrollar este comportamiento), por ejemplo: lo que considera la persona el costo y el beneficio de realizar ese comportamiento y la percepción de las personas sobre la presión social (o normativa) ejercida sobre él o ella a realizar el comportamiento.

Mientras que la Teoría de Aprendizaje Social de Bandura manifiesta que los cambios de comportamiento son el resultado de la interacción de la persona con el medio ambiente; el cambio es bi-direccional. Involucra al individuo a aquellas personas con las que interactúa; trabaja para cambiar el medio ambiente, si es permitido. Esto incluye: Capacidad de comportamiento, conocimiento y habilidades para influir en el comportamiento y proveer información y capacitación acerca de la acción.

De acuerdo con esta autora el Modelo de Creencias de la Salud propuesto por Rosenstock enfatiza dos factores primordiales que influyen para que una persona adopte una acción recomendada preventiva para la salud:

Primero, debe sentirse personalmente amenazada por la enfermedad debe sentirse personalmente susceptible a la enfermedad con serias o severas consecuencias.

Segundo, debe creer que los beneficios de tomar las acciones preventivas son mayores que las barreras (y/o costos) a la acción preventiva.

De acuerdo con el Modelo Transteórico o del Cambio propuesto de Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) citado por Ríos, (2011) las personas pueden tardarse un gran periodo de tiempo en moverse a la siguiente etapa del Modelo de Cambio definida como determinación. En esta etapa las personas combinan la intención con los criterios de conducta que podrían adoptar. Los individuos con determinación intentan tomar acción en tiempo corto.

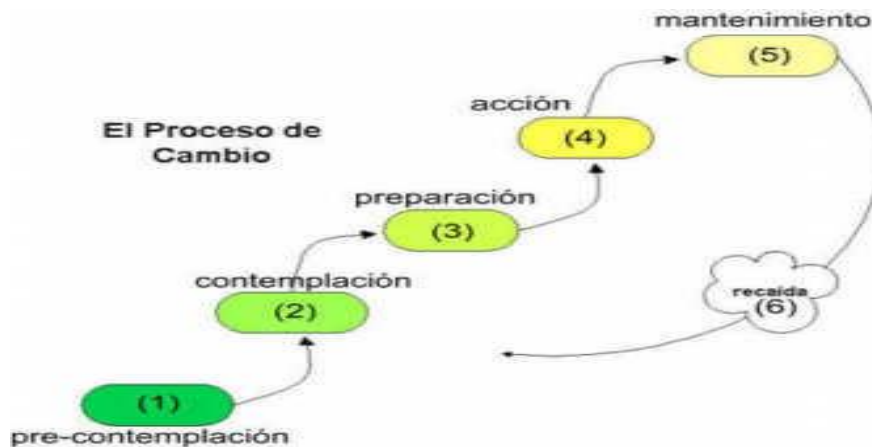


Grafico N° 1. El proceso de cambio. Fuente: Prochaska, DiClemente y Norcross (1992)

En última instancia Mosquera, (2003) desde enfoque del Modelo de Comunicación para el Cambio Social nos describe a este como un proceso donde el "diálogo de la comunidad" y la "acción colectiva" trabajan en conjunto para producir cambios sociales en una comunidad que mejoren el estado de salud y de bienestar de todos sus miembros. El cambio social implica la participación de la comunidad en todos los procesos concernientes a la implementación de proyectos para la salud. Asimismo, la horizontalidad de la comunicación ejerce un papel fundamental para que la población adopte como suyos, los métodos y los estilos de vida necesarios para su sostenibilidad.

Según Gumucio, (2004) 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.

En este contexto, para Ríos, (2011) el paradigma de la Comunicación para el Cambio Social es sin lugar a duda uno de los fenómenos que ha logrado acaparar la atención de estudiosos de la comunicación en salud en los últimos años, dado a la importancia que le brinda a la participación comunitaria en todos los asuntos que rodean el desarrollo e implementación de un esfuerzo que promueve mejores estilos de vida en la población. Este modelo establece una relación directa entre el proceso de comunicación y el desarrollo de los pueblos. Además, trastoca la pasividad que se le atribuía al receptor en un proceso de comunicación tradicional o unilineal (Fuente- Mensaje- Canal- Receptor).

En síntesis, lo más respetable en la Comunicación para el Cambio Social según Gumucio, es la posibilidad de que sean las personas de la comunidad las que formulen, evalúen, y propongan sus propios procesos de o para el cambio.

Por último el Modelo Socio-ecológico propuesto por Hernán San Martín, (1998) manifiesta que la salud de los individuos y de la población organizada depende de múltiples factores que también constituyen un sistema: el sistema biológicosocial de la salud y la enfermedad. Este sistema comprende un amplio abanico con todas las relaciones entre los sistemas naturales en la tierra (naturaleza = conjunto de ecosistemas naturales o biosfera) y con todos los sectores y subsistemas de los sistemas sociales humanos (el conjunto de los ecosistemas artificiales humanos).

En efecto, es difícil imaginar un elemento, una actividad, una situación en la vida social humana que no tenga relación alguna con la salud o la enfermedad. Desde este punto de vista, la salud es el resultado de todo lo que tiene lugar en todos los sectores del sistema social humano

Asimismo este autor enfatiza en que Si la epidemiología se ha convertido en la base científica de la salud pública, el análisis de sistemas puede ser la base científica de la administración y de la gestión sanitaria.

Siguiendo los planteamientos de San Martín, El "Sector salud" está considerado como un subsistema con su organización y sus procesos internos (tecnología, personal, procedimientos, recursos, etc.). Están definidas sus conexiones con el sistema social (económico, sociopolítico) engloba.

Sus interrelaciones con otros sectores sociales (agricultura, educación, industria, etc.) están consideradas como interacciones entre subsistemas del sistema social, la relación entre estructura económica y salud, así como la existente entre salud y desarrollo socioeconómico, parecen indispensables y evidentes.

Entendemos por "sistemas de servicios de salud" todas las actividades de salud (oficiales o no, públicas y privadas) coherentes, interdependientes, que actúan continuamente de acuerdo a unos objetivos comunes y a unos programas establecidos con tal de producir un efecto total deseado y evaluable puesto a disposición de una determinada población (incluyendo la utilización de estos servicios por la población, y su eficacia).

En concordancia con lo anterior, Ríos, (2011), asegura que la mayoría de los modelos enfatizan en el cambio de conducta en un receptor de manera individualizada. Sin embargo, se ha observado que en los últimos años las redes comunitarias de apoyo social han ocupado un rol protagónico importante durante el desarrollo de los programas de comunicación en salud. Esta tendencia ha incrementado el intercambio de diálogos multisectoriales entre investigadores y organizaciones relacionadas a la salud con el propósito de fortalecer las estrategias que van dirigidas a lograr cambios de conducta en la población.

Material y método

El tipo de investigación bajo la cual se ha desarrollado este estudio es de corte Descriptivo con análisis datos documentales. En sí los estudios descriptivos buscan explorar detalles concretos de los objetos de nuestra exploración. Así lo afirma Gómez (2006) cuando plantea que, los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los aspectos mas importantes del fenómeno que se somete a analisis. Igualmente asevera el autor que en un estudio descriptivo se seleccionan una serie de cuestiones y se mide o recolecta informacion sobre cada una de ellas, para asi (valga la redundancia) describir lo más detalladamente posible, lo que se investiga.

Al mismo tiempo Gálvez (2003) asevera que los estudios descriptivos se presentan en formatos muy heterogéneos y los forman toda una amplia gama de materiales caracterizados porque representan con fidelidad la vida de los actores sociales, son estudios con bajo nivel interpretativo y tienen un análisis implícito para la organización de los discursos. Como son textos narrativos de primera mano, su pretensión es la de ofrecer a los lectores la posibilidad de reflexionar sobre la realidad descrita para que ellos mismos saquen sus propias conclusiones.

En consonancia Orozco, (2012) señala que un estudio de caso es un análisis profundo de una categoría, un individuo, un grupo, una entidad, una política. Esta técnica permite la recopilación e interpretación detallada de toda la información posible sobre el individuo, la institución, o el asunto particular en cuestión.

Asimismo afirma la anterior autora que los estudios de caso pueden clasificarse en dos tipos: el primer tipo intenta llegar a conclusiones específicas a partir de un solo caso mientras el segundo derivar conclusiones generales a partir de un número limitado de casos o estudio de casos múltiples que comporten lineamientos generales.

Asimismo, Stake (1995) citado por Orozco (2012) afirma que el cometido real del estudio de casos, es la particularización, no la generalización. Se toma un caso particular y se llega a conocerlo bien, y no principalmente para ver en qué se diferencia de los otros, sino para ver qué es, qué hace.

Teniendo en cuenta que el tipo de estudio es un estudio de casos múltiple, se toma como objeto de estudio tres Planes de Promoción de la Salud en Suramérica particularmente en Bolivia, Chile, y Colombia; uno por cada país, inscritos en la base de datos institucional, programados desde el 2010 con una vigencia a diez años. Estos planes son:

- Plan de Desarrollo Sectorial Hacia la Salud Universal. Bolivia 2010-2020
- Estrategia Nacional de Salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década. Chile 2011-2020
- Plan Decenal de Salud Pública. Colombia 2012-2021

La información que sustenta los resultados del proyecto se obtuvo principalmente mediante la técnica de revisión documental, la sistematización y recolección de los datos. En este sentido, fue necesario revisar la base de datos institucional del Ministerio de Salud de Chile, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia.

Resultados y discusión

El presente cuadro muestra las variables que abordan las teorías y modelos de Comunicación en Salud. Entre ellas tenemos la Cognición, Motivación, Moldeamiento, Autosuficiencia, Afecto, Comportamiento, la X resalta cada una de estas variables de acuerdo con la teoría, es decir, cuál es el énfasis a que hace la teoría o modelo según la variable.

TEORIA VS VARIABLE	Creencias en Salud	Aprendizaje Social	Acción Racionada	Modelo Transteorico	Modelo Socio-ecológico	Modelo Comunicación para el Cambio Social
Cognición		X	X	X	X	X
Autosuficiencia		X	X	X		X
Motivación	X	X				X
Moldeamiento	X	X		X	X	
Afecto		X				X
Comportamiento		X	X	X	X	X

Tabla 1. Teorías Vs. Variables

En primera instancia, la Teoría de Creencias en salud, la cual considera variables para su análisis como la Motivación y el Moldeamiento. Esta teoría fue propuesta por Rosenstock, y enfatiza en que la Motivación y el Moldeamiento deben darse en función de que la persona reconozca el porqué se siente amenazada por la enfermedad y sus consecuencias. A su vez, debe asimilar dentro de este proceso cuales serían las alternativas que darían un beneficio al tomar acciones preventivas, mirar la relación costo/beneficio de la acción preventiva.

En segunda instancia, la Teoría de Aprendizaje Social de Bandura, dado a su componente sociológico, apropiada o lleva implícitas todas las variables abordadas: Cognición, Autosuficiencia, Motivación, Moldeamiento, Afecto, y Comportamiento, es decir que si esta teoría habla de la interacción del individuo con su entorno, entonces, es fácil identificar que esta teoría tiene claro cuales son los determinantes que influyen en el proceso de salud-enfermedad del individuo.

Es necesario reconocer entonces, que desde el soporte teórico esta teoría brindaría a las comunidades o colectividades las oportunidades de gestionar su autodesarrollo.

En un tercer momento, la Teoría de Acción racionada de Fishbein y Ajzen, apunta a variables como: Cognición, Autosuficiencia y Comportamiento. Básicamente esta teoría es de corte cognitivo y sustenta sus intenciones desde lo comportamental, de identificar las actitudes de los individuos hacia el desarrollo de su comportamiento y de ese mismo modo, generar una percepción de cómo el entorno social influye para realizar el cambio de comportamiento.

Estas tres variables entonces, facilitarían que cada individuo de acuerdo a su contexto y sus necesidades propicie un cambio de comportamiento dentro del proceso de salud-enfermedad que genere un estilo de vida saludable a fin de impactar el contexto social o el de sus seres más cercanos.

En un cuarto espacio, el Modelo Transteórico o del Cambio de Prochaska, apropia variables como: Cognición, Autosuficiencia, Moldeamiento y Comportamiento, este modelo se considero un proceso que puede prolongarse ya que depende de la determinación del individuo en transitar hacia una etapa de cambio o transformación.

En este, podemos tener presente que el individuo asume una pre-contemplación, una contemplación, una preparación, una acción y por último un mantenimiento en ese nuevo proceso de cambio, que de no ser mantenido puede volver a recaer a su etapa inicial. Este modelo contempla un carácter cognitivo aunado al sociológico.

En un Quinto escenario, el Modelo Socio-ecológico propuesto por Hernán San Martín, contempla variables como: Cognición, Moldeamiento y Comportamiento dado a su componente sociológico, este modelo enfatiza en que la salud de los individuos y de la población organizada depende de múltiples factores, asimismo acentúa sus acciones al demostrar que cada individuo dentro del proceso de salud enfermedad reaccionan totalmente diferente, que cada enfermedad trae sus determinantes y la salud contempla aspectos diferenciados para cada individuo.

En sexta y última instancia, el Modelo de Comunicación para el Cambio Social aborda variables como: Cognición, Autosuficiencia, Motivación, Afecto y Comportamiento, podría decirse que también es muy completo ya que involucra lo sociológico, lo comportamental y ante todo lo dialógico que se constituye a través del diálogo de la comunidad y la acción colectiva en función de lograr cambios sociales en una comunidad para mejorar el estado de salud y de bienestar de todos sus miembros.

Contrastación de los planes de promoción de la salud a partir de las teorías de comunicación indagadas

Variables observadas

A continuación se presenta una matriz que permitió hacer análisis cruzado de las teorías y/o modelos, en los cuales se fundamenta la comunicación en salud, igualmente se evidencian las variables enmarcan estas teorías dentro de sus componentes, a la vez que se presenta los tres planes estudiado para hacer el respectivo cruce.

Primer caso, Bolivia: Plan De Desarrollo Sectorial “Hacia La Salud Universal” 2010-2020

La Propuesta del Gobierno Boliviano de conducir a la población hacia una salud global, interioriza las Teorías de Aprendizaje Social, la de Acción Racionada y los Modelos Transteórico y Socio-ecológico involucrando variables como lo son: Cognición, Autosuficiencia, Motivación, Moldeamiento, Afecto y Comportamiento. Lo que permite ver que si este Plan contempla el componente social, sociológico y de cambio de comportamiento, desde el soporte teórico de comunicación en Salud se estaría frente a un plan de promoción de la salud que resultaría efectivo a fin de lograr cambios perdurables en las poblaciones donde se está interviniendo.

Asimismo, este Plan aborda todas las variables propuestas, lo que permite entender que desde la motivación, autosuficiencia y comportamiento básicamente se lograría el autodesarrollo en las poblaciones donde se está actuando. Más valioso sería que este plan incorporara el Modelo de Comunicación para el cambio social, ya que si se están dando opciones para que se logre autodesarrollo, sería más significativo responsabilizar a esas mismas poblaciones sobre su salud y su propia comunicación; e igualmente, cómo gestionarla y cómo sostenerla.

Segundo caso, Chile: Plan Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020

La propuesta del Gobierno Chileno en función de cumplir con los objetivos sanitarios de la década incorpora la teoría de Creencia en Salud y los Modelos Socio-ecológico y Transteórico o de Cambio, este plan a su vez involucra variables como Motivación, Moldeamiento, Cognición, Autosuficiencia y Comportamiento, de igual forma se identifica que contempla el componente social, sociológico y de cambio de comportamiento y de todas la variables propuestas, excluye la de Afecto, lo que permite inferir desde el soporte teórico que Chile está interesado en promover estilos de vida saludables y en general cambios de comportamiento pero si desde lo cognitivo no se le sensibiliza a que se aferre emocionalmente hacia el cambio, a que reconozca la importancia de estar mejor para lo lograr calidad de vida, como se puede lograr el resto de propuestas. Es aquí donde es necesario revisar la política pública y ver a qué se le está apuntando en términos productivos. En función de este el Modelo de Comunicación para el Cambio Social sería una estrategia que a través de la persuasión podría significativamente influenciar en el logro de las propuestas dentro de las poblaciones donde se está trabajando.

Tercer caso, Colombia: Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

Las intenciones del Gobierno Colombiano de transitar hacia una Salud productiva incorporan las Teorías de Aprendizaje Social y Acción Racionada y el Modelo Socio-ecológico, así como el Plan de Bolivia, Colombia involucran todas las variables propuestas como lo son: Cognición, Autosuficiencia, Motivación,

Moldeamiento, Afecto y Comportamiento. Lo que del mismo modo permite ver que si este Plan contempla el componente social, sociológico y de cambio de comportamiento, desde el soporte teórico de comunicación en Salud se estaría frente a un plan de promoción de la salud que resultaría efectivo a fin de lograr cambios perdurables en las poblaciones donde se está interviniendo.

PLANES	PLAN DE DESARROLLO SECTORIAL “HACIA LA SALUD UNIVERSAL” BOLIVIA	PLAN ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS SANITARIOS DE LA DÉCADA. CHILE	PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA. COLOMBIA
TEORIAS/ MODELOS			
CREENCIA EN SALUD		X	
APRENDIZAJE SOCIAL	X		x
ACCIÓN RACIONADA	X		x
MODELO TRANSTEORICO	X	x	
MODELO SOCIOECOLOGICO	X	x	X
MODELO COMUNICACIÓN CAMBIO SOCIAL			
	VARIABLES	VARIABLES	VARIABLES
	Cognición	Motivación	Cognición
	Autosuficiencia	Moldeamiento	Autosuficiencia
	Motivación	Cognición	Motivación
	Moldeamiento	Autosuficiencia	Moldeamiento
	Afecto	Comportamiento	Afecto
	Comportamiento		Comportamiento

Tabla 2. Contaste Planes Promoción Vs Teoría/Variable

Es necesario reconocer que el Plan de Colombia 2012-2021 se muestra innovador por su intención de apuntar a la Salud Ambiental y esto relacionado con el Modelo Socio-ecológico, permitiría ver cuáles son los determinante que priman para lograr el desarrollo sostenible no sólo de las regiones sino de las poblaciones cuyas necesidades por condiciones espaciales y geográficas son diversas.

Por lo mencionado, para el caso Colombiano, resultaría apremiante emplear estrategias del Modelo de Comunicación para el Cambio Social a fin de que estas poblaciones tenga la intención de manifestar esas necesidades, formular y gestionar las posibles soluciones y asimismo, contribuir a su prolongación.

Conclusiones

El nuevo concepto de salud Pública, permite que directamente se hable de desarrollo humano, donde es necesario dialogar constructivamente con las comunidades y reconocer de acuerdo a sus diferencias, a qué necesidades responden.

Desde los postulados de Comunicación en Salud, cada uno de los Tres Planes estudiados llevan implícito algún modelo o teoría -o ambos- de comunicación en salud y atienden a variables –algunas o en su totalidad- que inciden en el desarrollo humano y en el cambio de comportamientos, pero eso solo desde la teoría.

En efecto a eso, resulta apremiante que nivel de Estatal se revise la política pública concretamente y se identifique si realmente se están formulando acciones que influyan positiva y eficientemente en las comunidades y si ésta incide en su cambio de comportamiento en función de generar estilos de vida saludables.

Desde el soporte teórico, fue relevante identificar que el Modelo de Comunicación para el Cambio social no es abordado en ninguno de los tres planes de estudio. Este por su componente dialógico, resultaría de vital importancia para entender cómo y en función de que se formulan las acciones para con las poblaciones. Lo interesante de la Comunicación en Salud, es que sean esas poblaciones las que manifiesten sus problemas, formulen y gestionen las posibles soluciones, asimismo las evalúen y logren un verdadero cambio de comportamiento; y para ello se requiere que el componente de Comunicación para el Cambio Social actúe como agente dinamizador.

No se presenta a la Comunicación aquí como el fin hacia el desarrollo, pero sí como un medio que empleado como estrategia puede generar metodologías que permitan que las comunidades logren mejorar sus estilos de vida y transitar hacia lo saludable y perdurable, lo que facilita el autodesarrollo.

Es necesario pensar y entender la estrecha relación entre la ciudadanía, la participación y el desarrollo, dado que el primero incide altamente en el segundo y ambos repercuten en el último.

La Salud como un proceso que abarca dimensiones como el propio desarrollo. Asimismo, la Comunicación en Salud interviene en diversas etapas del desarrollo de individuo, lo que genera opciones y respuestas al proceso de salud-enfermedad.

El Desarrollo favorece la orientación de relaciones entre las personas y estructuras o sistemas para generar oportunidades donde, estructuras, sistemas y personas, pongan en práctica todas sus capacidades -intenciones- en función del contexto social.

A modo de recomendación, desde este proyecto, se espera que desde la academia, instituciones y organismos de carácter público o privado del orden nacional e internacional, se continúe ahondando y debatiendo sobre Comunicación en Salud, ya que su accionar se evidencia en el trabajo con comunidades o poblaciones donde se están generando estrategias de Promoción de la Salud.

En últimas, se recomienda que desde la Comunicación en Salud, se propenda por la formulación y ejecución de estrategias de comunicación con enfoque diferenciado y que respondan a necesidades concretas de las comunidades o poblaciones; éstas, a su vez conllevarían a generar el cambio de comportamiento en los individuos a fin de lograr estilos de vida saludables ya que se enfatiza en un cambio estructural, de este modo, se lograría transitar hacia el autodesarrollo.

Referencias

- Atoche M. (2003). Comunicación y Salud: Periodismo institucional y de difusión en la oficina de prensa del Ministerio de Salud. Tesis Licenciatura; publicada, Universidad de Lima, Lima, Perú.
- Ávila-Agüero, M. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. Acta Médica
- Beltrán, L. (1997). Universidad y Comunicación para la salud, acciones y reflexiones sobre comunicación y salud. Documento elaborado en la Primera Reunión Internacional sobre Comunicación y Salud. Lima.

- Campos Vargas, Grettel et al. (2011) Promoción de la salud y estrategias educativas para la prevención contra violencia sexual e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Med. leg. Costa Rica* [online]. 28(1), 39-44.
- Comunicación para el cambio social (2004). *El cuarto Mosquetero: Comunicación para el cambio social. Investigación y Desarrollo.* 12(1), 2-2. Universidad del Norte.
- Comunicación para la Salud (2001). *Comunicación para la Salud: el Reto de la Participación.* [Consultado agosto 11 de 2012] en Portal COMMINIT. Disponible en: <http://www.comminit.com/en/node/150405>
- Costarricense, 51(2), abril-junio, pp. 71-73, Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
- Gomez Marcelo (2006) *Introducción a la Metodología de Investigación Científica*, 1era Ed, Córdoba, Editorial Bruja.
- Gumucio, A. (2001). *Haciendo Olas historias de comunicación participativa para el cambio social.* Fundación Rockefeller. New York.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (1995) *Catálogo de actividades de Acción Comunitaria*, México D.F: IMSS.
- La Hojarasca (2007) *Comunicación y Educación: una deuda recíproca.* La Hojarasca N° 31. Disponible En: <http://www.escriitoresyperiodistas.com/NUMERO31/alfonso.htm>
- Mosquera, M. (2003). *Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias.* [Consultado mayo 20 de 2012] en Portal COMMINIT. Disponible en: <http://www.comminit.com/la/lasth/sld-2915.html>
- Organización Mundial de la Salud. (1983). *Comité de Expertos en Nuevos Métodos de Educación Sanitaria en la Atención Primaria de Salud*, Ginebra, 1982. Informe. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado*, Bangkok. Agosto; 7-11. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010) *Healthy People*. Consultado abril 15 de 2012]. Disponible en <http://www.healthypeople.gov/2010/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2007) *Salud en las Américas Volumen I–Regional*. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Front%20Matter.pdf>.
- Orozco, M. (2012). *Políticas Públicas en prevención de Dengue en Colombia. Estudio de caso de la experiencia COMBI en el Distrito de Barranquilla.* Berlín, Editorial Académica Española.
- Pilon, A. (1986). *Desarrollo de la educación en salud - una actualización de conceptos.* *Revista Saúde pública*, Sao Paulo, 20, 391-6.

- Resende, S. (2008). Promoción de la Salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva*, vol. 4, núm. 3, septiembre-diciembre, 2008, 335-347, Universidad Nacional de Lanús.
- Ríos, I. (2011). Comunicación en Salud: conceptos y modelos teóricos. *Perspectivas de Comunicación*. 4(1), Universidad de la Frontera.
- San Martín, H. (1998). *Manual de Salud Pública y Medicina Preventiva*. Ed. Masson, S.A. 1986. Barcelona. Cap. "El sistema socio-ecológico del proceso salud-enfermedad en las sociedades humanas" pp 189-195.
- Sánchez, E. (2000.) *Todos con la Esperanza, Continuidad de la participación comunitaria*. Venezuela, CEP, FEH.
- Santos, M. (2004). *Por otra globalización. Del Pensamiento único a la conciencia universal*. Convenio Andrés Bello. Título original: *Por uma outra Globalização. Do pensamento único à conciencia universal*. Río De Janeiro: Record.
- Servae y Malikhaose, P. (2007). Comunicación Participativa: ¿El nuevo paradigma? *Redes.com* N° 4, pp. 43-60.
- Tenorio, A. & Plaza V. (2008). Evaluación de Programas de Salud. Disponible en: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/revista/PDF%5c2008%5c100206200806.pdf>