



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
Facultad de Periodismo y Comunicación Social

Especialización en Comunicación y Salud

PLAN DE TRABAJO
Trabajo Final Integrador

HERRAMIENTAS COMUNICACIONALES PARA LA ACCION
PARTICIPATIVA
PROGRAMA NACIONAL MUNICIPIOS Y COMUNIDADES
SALUDABLES

Autora: Lic. Patricia Rossi

Director: Dr. Gustavo Marín

INDICE

Título

1. Introducción	1
El Tema 1.1	1
Planteo del Problema 1.2	1
Justificación de la elección del tema 1.3	2
Antecedentes y descripción del Programa 1.4	2
Estado del Arte 1.5	6
Hipótesis 1.6	9
Objetivos 1.7	9
2. Marco Teórico	10
3. Marco Metodológico	12
4. Cronograma de Actividades	14
5. Resultados Obtenidos	14
6. Curso Virtual comunicación y Salud –Descripción y resultados obtenidos luego de su aplicación	17
7. Discusión	23
8. Conclusiones	25
9. Bibliografía	26

TÍTULO

Herramientas Comunicacionales para la Acción Participativa Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables

1. INTRODUCCIÓN

1.1 El Tema

El Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables (PNMCS) se enmarca en las políticas sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación destinadas a fomentar la promoción de la salud y los ambientes saludables en los municipios del país y a empoderar la población en ese cambio. La comunicación con las autoridades y referentes locales es pues un punto fundamental para el programa.

La elaboración de herramientas comunicacionales destinadas a la formación de recursos humanos que contribuyan a estrategias de promoción de la salud desde una perspectiva participativa a nivel territorial, resulta un tema crítico para garantizar el éxito del programa.

1.2. Planteo del problema

El programa PNMCS cumplió ya más de 10 años de vida. No obstante, las expectativas de logro luego del tiempo transcurrido son sub-óptimas según la evaluación externa realizada por los organismos internacionales. Aun cuando el programa plantea numerosos beneficios sanitarios para la comunidad y políticos para las autoridades locales que adhieren al mismo, lo cierto es que las metas planteadas en los inicios del programa, han sido pobremente cumplidas hasta el momento.

Una evaluación realizada desde el nivel central por el PNMCS identificó que existe un déficit de compromiso de los integrantes de la mesa de gestión para con los objetivos del programa y una falta de apropiación de la comunidad respecto al PNMCS. El análisis realizado por los integrantes del programa a través de una instancia de autoevaluación solicitada a los municipios y posterior evaluación externa,

focalizó a la estrategia comunicacional como la principal responsable de los resultados obtenidos en materia de comunicación (Fuente: Informe interno del PNMCS, Municipios con Autoevaluación 2013.-).

La insuficiente formación de recursos humanos en estrategias de comunicación para salud elaboradas por el PNMCS para cumplir con los objetivos del mismo, se trasunta en una falta de internalización del programa en la comunidad destinataria.

Resulta necesario pues, alternativas que aporten una solución al problema identificado.

1.3. Justificación de la elección del tema

El Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables (PNMCS) tiene como objetivo estimular la promoción de la salud en las comunidades. Los municipios que adhieren al PNMCS y recorran los caminos de acreditación poseen beneficios económicos y políticos.

Los gestores locales del Programa, utilizan recursos provenientes del PNMCS para la implementación de proyectos de gobierno enfocados a la promoción de la salud. No obstante, estos proyectos rara vez involucran a la comunidad en la etapa de planificación y toma de decisiones, aspecto que se solicita desde la Coordinación Nacional del PNMCS, señalándose esto como un problema para la apropiación del programa por parte de los destinatarios.

El Programa sienta entonces sus bases en la participación activa de la comunidad en los proyectos a ejecutar, pero la realidad muestra que el manejo de los gestores locales se contraponía a esta idea.

Resultó necesario pues, desarrollar herramientas que permitan involucrar a la comunidad en la toma de decisiones como las que se presentan en este trabajo.

1.4. Antecedentes y descripción del Programa

El PNMCS nace como estrategia conformándose como Red de Municipios Saludables en el año 2001, y se acredita como Programa Nacional en el año 2008.

Los lineamientos estratégicos del Programa mencionan como:

Fin: Modificar los factores que determinan y condicionan negativamente la situación actual de salud colectiva y desarrollar aquellos que inciden en ella positivamente, para reducir las brechas de inequidad existentes.

Propósito: Promover y fortalecer en los municipios el desarrollo de políticas públicas que aborden de manera integral los determinantes y condicionantes de la salud.

Foco Estratégico: Los determinantes y condicionantes de la salud en las variables: hábitos y estilos de vida, socioeconómicos, ambientales, y sistemas y servicios de salud.

En su estrategia de trabajo, el Programa pretende lograr la articulación entre los niveles de gobierno que concurren en el ejercicio de competencias de salud en pos de cambios en los modelos de gestión y en la propia cultura organizacional (Nación, Provincia y Municipios/Comunas).

Sistema de acreditación de los Municipios para su ingreso al PNMyCS:

El Programa propone un modelo de gestión por resultados, a través de un sistema de acreditación continuo que implica para el nivel central de gestión, asumir una intervención progresiva en materia de asistencia técnica, capacitación, monitoreo y evaluación, que haga posible el diseño e implementación de políticas públicas eficaces y sustentables con el fin de fortalecer las capacidades de los equipos técnicos municipales para la gestión local de la salud, abordando los factores que determinan la situación de salud de la población en cada territorio.

Los municipios comienzan por conformar una Mesa de Trabajo Intersectorial (MTI) para desarrollar el Análisis de Salud Local, con este conocimiento de la realidad local fundado en indicadores de salud, elaboran en la Sala de Situación, Proyectos que pretenden influir sobre los hábitos o factores que condicionan la salud de la comunidad.

Este trabajo pretende conocer los mecanismos de comunicación que se ejercen el proceso de elaboración de estrategias de promoción de la salud para poder diseñar herramientas de capacitación que fortalezcan la participación comunitaria en la toma de decisiones y en el conocimiento de su propia salud. Entendemos que cuando los miembros de una comunidad no se apropian del conocimiento y no son parte de un proceso que busca dar a conocer o revertir un problema de salud, es posible que no logre la incidencia deseada.

Estrategia de Comunicación del PNMyCS

La estrategia Municipios y Comunidades Saludables se conforma en el año 2001 en Red Argentina de Municipios y como ya se mencionó, se constituye en Programa Nacional en el año 2008. Si bien su denominación ha cambiado, lo acompaña la idea de trabajo en red entre los distintos actores de gobierno que lo componen. En el mes de julio del año 2015 se alcanzó la cifra de 1017 municipios miembros en todo el país.

El PNMyCS cuenta con un pre-plan Integral de Comunicación (PIC), no consolidado, que define líneas de acción 2011-2014 a nivel institucional interno y externo (no existen planes anteriores ni posteriores).

El concepto de comunicación con el que se vincula el Programa queda explicitado en la afirmación: “El PNMyCS comprende la comunicación como diálogo, como intercambio y negociación de sentido entre las partes implicadas y no como la mera transmisión vertical de mensajes o contenidos”.

Los desafíos planteados en la estrategia comunicacional toman en cuenta la heterogeneidad de los municipios miembros y propone:

- Generar mensajes claros y diferenciados según destinatario, discriminando canales y medios según las capacidades de los municipios.
- Sistematizar la información interna y externa
- Difundir e intercambiar experiencias municipales
- Desarrollar contenidos para la promoción de la salud

A partir de ello, podríamos decir que el Programa tiene sus bases en el concepto de comunicación participativa/educativa, pero elabora estrategias comunicacionales solo con una mirada difusionista (transmitir un dato, de cuya utilización había que

persuadir a los futuros usuarios. Esta teoría se confundía con las del marketing del producto, se olvida del contexto y los interlocutores).

Juan Díaz Bordenave (1998), entiende que la comunicación debe tender "... a disminuir su énfasis en la difusión de mensajes informativo-persuasivos e incrementar el apoyo al desarrollo del poder comunicacional de la comunidad organizada". Es decir que una comunicación participativa debe dar lugar a que la gente tome autónomamente las decisiones.

Y este sentido, el rol del comunicador debe ser el de guiar acciones para el cambio, insertándose en la población, aprendiendo y participando. Prieto Castillo habla de un nuevo rol de la comunicación en su teoría de comunicación educativa, se basa en "... la participación de la gente en la generación y apropiación de conocimiento, en el intercambio de experiencias, en el reconocimiento de su propia situación social, en la recuperación de su cultura y de su pasado..." (Prieto 1998). Piensa, que pasar de la comunicación persuasiva a la educativa requiere de un proceso de aprendizaje, en el que el rol del comunicador es acompañar esos aprendizajes.

Sin embargo, el Pre-Plan de Comunicación del Programa Municipios Saludables plasma un concepto de comunicación, que a mi entender, no se contempla en las estrategias propuestas para su abordaje cuando describe "Desde la conformación de la Coordinación Operativa de la Red en el Ministerio de Salud en el año 2003, la comunicación institucional ha sido pensada principalmente para autoridades y equipos técnicos municipales, y con el objetivo de fomentar el intercambio de los mismos con la Coordinación Nacional y entre ellos de manera horizontal. Al mismo tiempo, otro objetivo ha sido la difusión de los alcances, resultados y lineamientos del Programa".

En Alma-Ata la comunidad internacional había entendido en 1978 a la participación como el proceso por el cual individuos y familias asumirían la responsabilidad de cuidar de su propia salud y de la de los demás, así como la de contribuir al desarrollo individual y comunitario. El PNMCS sienta sus bases en esta estrategia, pero no refleja en su Pre- Plan Integral de Comunicación la implementación de acciones tendientes a reforzar y fomentar la participación comunitaria.

El instrumento conceptual se separa del operativo en lo comunicacional. La lógica del programa persigue un trabajo interdisciplinario e interjurisdiccional que se aplica correctamente en la conformación de una mesa de trabajo donde están presentes

todos los actores de la comunidad, y donde la Provincia y la Nación asisten con datos y recursos para la toma de decisiones (MTI). Esta es una estrategia de participación social por sí misma, sin embargo, en las metas comunicacionales del Pre-Plan Integral de Comunicación no se plantean acciones para trabajar con estos sectores para garantizar la plena participación y la correcta comunicación.

La necesidad que inspira este proyecto es la de brindar nuevas herramientas a los municipios para que puedan trabajar la salud desde su aspecto comunicacional, como se argumenta en los lineamientos estratégicos del programa, la promoción de la salud tiene una de sus bases en la comunicación.

1.5. Estado del Arte en las estrategias de comunicación de programas de promoción de la salud

El concepto de promoción de la salud, comenzó a formularse a principios del siglo XX, pero es a partir de los años 70 que su teoría y práctica ocupan un rol importante en la salud.

Ya la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 definía a la salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad o dolencia”.

En 1978, en la ciudad de Alma-Ata (URSS) se realiza la primera conferencia sobre Atención Primaria de la salud y 134 países adoptan como lema “salud para todos en el año 2000”, se sientan las bases por la que cada individuo asumiría la responsabilidad del cuidado de su propia salud y los Estados deberían garantizar las condiciones para que pudieran ejercerlo.

Posteriormente en 1986, en Ginebra, se constituye la Carta de Otawa para la Promoción de la Salud donde se definió como “el proceso de facultar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y mejorarla”. La carta establecía además que los medios de comunicación son actores claves para la promoción de la salud.

En 1997 la declaración de Yakarta, define la manera de guiar la promoción de la salud hacia el siglo XXI y establece entre sus prioridades la participación de las personas tiene que ser el centro de la acción de la promoción de salud y de los procesos de toma de decisiones para que estos sean eficaces.

Al término promoción de la salud, se sumaron educación para la salud y comunicación para la salud. Este último término también ha ido evolucionando. Según un documento de la OMS (Healthy People 2010, volumen I) “la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud”.

Según Mosquera (2003), la evolución de las definiciones en comunicación para la salud, ha incluido cambios sustanciales en la planeación y la conceptualización utilizada en su desarrollo, "...se ha observado un desplazamiento cualitativo en el pensamiento de la salud y la comunicación en salud... de un enfoque efectista, individualista y bio-médico hacia un enfoque en donde las culturas, las relaciones sociales y la participación activa de las personas... se constituyen ahora en referentes esenciales para el diseño de programas de comunicación en salud."

En este sentido la comunicación en salud debe fortalecer los procesos locales que permitan que los individuos ejerzan el control sobre su salud y participen en la toma de decisiones que puedan modificar su estado de salud.

Este enfoque estratégico es el que han seguido organizaciones como la OPS, UNICEF, Ministerio de Salud de la Argentina, Universidades Argentinas, entre otras, para la elaboración de herramientas de fortalecimiento de los recursos humanos y miembros de la comunidad de los gobiernos locales. Este enfoque fue utilizado para diseñar algunos instrumentos propuestos en el marco del presente trabajo, que a posteriori fueran incorporados por el equipo de comunicación del Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables, para adoptar una comunicación bajo una perspectiva de derechos.

A la fecha, se han implementado instrumentos de capacitación dentro del PNMCS, cuyo objetivo es el fortalecimiento institucional en comunicación.

Instrumentos comunicacionales tenidos en cuenta

Para el desarrollo de materiales se realizó previamente una exploración de los instrumentos existentes a considerar.

El Manual de Comunicación para la Salud (Gobierno de Córdoba, 2007) es una herramienta pensada desde el gobierno Provincial, a través del Programa la Reforma

de Atención Primaria, cuyo destinatario fueron los Equipos de Salud Familiar. El propósito del mismo es brindar herramientas a los equipos de salud para poder hacer partícipe a la comunidad en los procesos de toma de decisiones y en el conocimiento de su propia situación de salud.

El manual se encuentra dividido en dos partes, la primera consiste en la explicación de cómo elaborar un diagnóstico y una planificación en comunicación; y la segunda consistente en guías de elaboración de materiales de comunicación.

Asimismo, otro instrumento interesante es el Manual de Periodismo y Comunicación para el trabajo comunitario” Abrojos (2008), de la Universidad de Tucumán. Pensado como un proyecto de inserción de la escuela en la radio, aunque no abarca la dimensión salud, delinea pedagógica y estratégicamente el uso y aplicabilidad de diferentes soportes comunicacionales, contemplando información específica de este recurso mediático y focalizando en que se deberá realizar una tarea de investigación previa sobre el grupo destinatario al que irá dirigida la información, para propiciar una buena recepción del mensaje. Promueve, reconocer y utilizar los códigos culturales propios de cada grupo y hace partícipe a los grupos destinatarios en la elaboración de la información que se pretende difundir.

Este manual, relaciona los conceptos de comunicación-educación, no desde una lógica dissociativa sino unificadora, lo que se contrapone con la noción de (Prieto 1984) quien afirma que “el esquema vigente en la escuela es el funcionalista, con la disociación entre emisor y receptor, que no existe en las relaciones sociales concretas, salvo cuando se trata de un proceso de comunicación signado por cierto autoritarismo”. Atribuye esta cuestión a la separación en la formación de comunicadores y docentes, sin embargo, la “comunicación educativa, en tanto realidad, ha existido y se desarrolla a pesar de esa separación” subraya.

Llevando esta discusión hacia la comunicación/educación en salud, Beltrán (1998), menciona que para evitar la “indeseable confusión” entre los términos, comunicación, educación e información, los que muchas veces son usados indistintamente y bajo mismas acepciones, es pensarlas como funciones especializadas dentro de la comunicación para la salud como un todo. Así dice que se puede llegar a distinguir las bajo ciertos criterios prácticos: propósitos, canales, públicos y competencias requeridas.

Retomando la mención de los instrumentos comunicacionales que tomamos como eje de nuestro trabajo, cabe mencionar a la Guía de Comunicación para equipos de salud, (Ministerio de salud de la Nación Argentina, 2010). Este manual busca fortalecer las competencias y capacidades en comunicación y salud.

De este trabajo nos interesó rescatar la perspectiva de derecho desde la que se inscribe a la comunicación en la salud. Pensar e intervenir desde una perspectiva de derechos implica considerar que, independientemente de su edad, su sexo, su orientación sexual, su situación social, económica, familiar, su nacionalidad, su religión, las personas son sujetos de derechos con capacidad de opinión, decisión y acción, con derecho a recibir información, atención oportuna y apropiada, acompañamiento para decidir en todo lo relativo a su salud.

Ahora bien, los trabajos mencionados han sido pensados como instrumentos de consulta, sin embargo, ninguna de las alternativas presentadas logra adecuarse a las necesidades específicas del PNMCS. Es por ello que se pensó en desarrollar una herramienta interactiva, donde revisar conceptos comunicacionales y de promoción de la salud en un plano de construcción colaborativa.

1.6. Hipótesis

Las estrategias de promoción de la salud desarrolladas en los municipios miembros del PNMCS involucran deficientemente a la comunidad en el proceso de planificar acciones debido al desconocimiento de cómo desarrollar este proceso y al liderazgo vertical que acompaña la comunicación institucional. Un cambio en la estrategia comunicacional podrá mejorar la comprensión e internalización del programa entre los destinatarios y optimizar su participación activa en el PNMCS.

1.7. Objetivos

Objetivo General:

Brindar herramientas de capacitación a los equipos municipales para la elaboración de estrategias de promoción de la de salud, con una visión participativa/educativa de la comunicación del PNMCS a fin de propiciar la participación de todos los actores de la comunidad.

Objetivos Específicos:

- Conocer los diferentes recursos y herramientas de comunicación utilizadas por los referentes y las Mesas de Trabajo Intersectoriales del PNMCS en los municipios miembros.
- Identificar soluciones posibles al problema comunicacional existente.
- Fomentar la comunicación horizontal para el intercambio de ideas sobre el mejoramiento de la salud. Propiciar la participación comunitaria garantizando el acceso a la información, para la apropiación de conocimientos, el intercambio de experiencias y la comprensión de su propia situación social, para hacer efectivos los procesos de toma de decisiones.
- Elaborar instrumentos de capacitación que favorezcan la participación de la comunidad en la planificación y en la toma de decisiones sobre acciones y cambios saludables que surjan desde los municipios miembros.

2. MARCO TEÓRICO

Hay dos modelos de pensar una determinada problemática, desde un paradigma “verticalista”, que establece una función pasiva del destinatario, y otra “democrática” que enfatiza el compromiso activo de todas las personas que intervienen en la construcción del conocimiento. ¹

Teniendo en cuenta que una política pública de salud es un conjunto de principios, normas y aspiraciones institucionales sobre el comportamiento de la población, en materia del cuidado de la salud pública, será indispensable pensar en la elaboración de estrategias desde una perspectiva participativa, democrática que contemple los derechos de las personas.

¹ Notas

1. El paradigma de promoción de la salud se viene conformando desde hace más de tres décadas, enfrentándose con el modelo médico hegemónico desde los siguientes ejes:
 - Tener una visión integral de la salud, incluyendo las dimensiones del bienestar y la equidad;
 - comprometerse con la salud, en tanto derecho humano fundamental;
 - considerar las influencias sociales y medioambientales, además de las personales, sobre la salud;
 - promocionar la responsabilidad social de la salud, es decir, alentar la acción de los sectores público y privado en torno al objetivo de evitar daños a la salud;
 - propiciar el incremento de las inversiones en desarrollo de salud, mediante un enfoque multisectorial;
 - fomentar la consolidación y la expansión de la cooperación entre actores sociales en torno a la salud;
 - propiciar el aumento de la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos en temas de salud (es decir, concebir a la promoción de la salud por y con las personas, y no hacia ellas);
 - asegurar una infraestructura para la promoción de la salud (en particular, trabajando en ámbitos como municipios, cárceles, escuelas y otros lugares) (Kornblit y Mendes Diz, 2004).

Tomando como eje de este trabajo la noción antes mencionada de comunicación educativa (Prieto 1998), “aquella que tiene por protagonista a la gente del pueblo, refleja las necesidades y trasunta las demandas de ella, se familiariza con su cultura, la acompaña en los procesos de transformación que se impulsan para el desarrollo, facilita al pueblo vías para expresarse, y busca contribuir a la democratización de la enfermedad”.

Es por ello que este trabajo, contemplará a la salud como un derecho. Como ya dijésemos, ser sujetos de derechos significa que todos nosotros merecemos estar atados a reglas de juego y leyes que nos protejan - Art 75, Constitución Nacional-.

La comunicación es una puerta de acceso para el ejercicio de otros derechos humanos. Al estar informados es posible debatir, tomar decisiones, relacionarse con otros y organizarse. Esto implica adquirir poder a través del conocimiento y de la acción que inspira ese conocimiento.

Hoy sabemos que la información promueve conductas adecuadas para prevenir y controlar enfermedades, pero que esta sola acción no es suficiente si no se producen intercambios y acuerdos sociales para lograr el objetivo.

Sin embargo, contemplaremos la idea de Ramiro Beltrán (1998) para diferenciar entre participación genuina, como aquella en la que la gente del pueblo interviene protagónicamente, sostenida y autónomamente en la toma de decisiones; de aquella participación pseudo-participativa, en que la gente interviene subalterna, ocasional y parcialmente en la toma de decisiones, en la evaluación y ejecución de las acciones.

En este sentido no debemos olvidar que nuestro destinatario son los municipios, y que por tanto instituciones de gobierno, funcionan con una lógica organizacional estructurada, que muchas veces puede verse reflejada en los procesos comunicativos. Para Gerald Goldhaber (1994) la comunicación organizacional, es el flujo de mensajes dentro de una red de relaciones interdependientes. Los flujos de los mensajes pueden cumplir la función de informar, persuadir, integrar y regular dependiendo del objetivo. Asimismo, la dirección del flujo de los mensajes puede ser ascendente, descendente, horizontal y transversal.

Teniendo en cuenta ello, el desafío será tratar que los equipos de salud, que contemplen una mirada de la comunicación participativa, integradora y horizontal, para

la toma de decisiones, elaboración, ejecución y difusión de proyectos del programa PNMCS.

3. MARCO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: descriptivo, analítico. Con una propuesta de intervención.

Abordaje: cualitativa-cuantitativa.

Herramientas para la recolección de datos: observación, entrevista a actores clave y encuestas (instrumentos tomados del componente de Autoevaluación y Evaluación externa del PNMCS, documentos de circulación interna).

Delimitación del objeto de estudio (Muestra): teniendo en cuenta el universo de los 1017 municipios de la República Argentina que se encuentran bajo el Programa Nacional Municipios Saludables, se utilizó la siguiente fórmula para el cálculo muestral (RUBIO TERRES 1996) para la selección de las unidades de análisis a utilizar en el estudio:

$$n = \frac{2 (Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \times S^2}{d^2}$$

Donde:

- n : municipios necesarios para la muestra
- Z_{α} : valor Z correspondiente a la falta de internalización detectada
- Z_{β} : valor de Z correspondiente a la potencia
- S^2 : varianza de la variable cuantitativa "municipio"
- d : valor mínimo de la diferencia en el cambio participativo que se desea detectar.

De la muestra que surja de dicho cálculo se realizaron y aplicaron las herramientas para relevar los datos necesarios para el presente trabajo.

Se exploraron los mecanismos de comunicación que ejercen los referentes municipales del PNMCS con el resto de los integrantes de la Mesa de Trabajo Intersectorial y la comunidad relacionado con el proceso de Análisis de Situación de Salud Local.

Variables del estudio: categoría de municipio según la cantidad de habitantes (>100.000 hab/<100.000) ; grado de participación de la comunidad en las actividades (muy activa, activa, poco activa, pasiva) ; tipo de comunicación establecida desde el municipio (vertical / horizontal); instrumentos de comunicación utilizados por el municipio (mesas de trabajo; campañas de difusión; talleres); integrantes de las actividades planificadas por el municipio (autoridades; ONG, representantes de instituciones de salud; sociedad civil, comunidad en general).

Instrumentos de Recolección de datos:

Encuesta de autoevaluación de los municipios y evaluación externa del PNMCS, con lista de chequeo semi-estructurada (se adjuntan los resúmenes abstraídos de la encuesta como Anexo I).

Intervención:

Diseño, elaboración y aplicación de un Curso Virtual para optimizar el mecanismo de comunicación en los procesos de participación de acciones de promoción de la salud llevadas a cabo en el PNMCS.

Aportes y limitaciones:

Aportes: Conocer los mecanismos de comunicación existentes entre los referentes municipales y los miembros de la MTI y la comunidad. Asimismo, se espera poder brindar herramientas a los equipos municipales orientadas a promover el trabajo participativo, la comunicación horizontal, integrando a los miembros de la comunidad en la toma de decisiones sobre los temas relacionados a la promoción de la salud.

Limitaciones: La muestra que se obtuvo para el abordaje exploratorio del diagnóstico situacional del presente estudio no contempló las nuevas incorporaciones de los municipios que adhieren al Programa.

4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES REALIZADAS

El Plan de trabajo se realizó en 24 meses, según consta en el siguiente detalle:

Etapas	Meses																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1 Etapa diagnóstica	■	■	■	■	■	■																		
2 Etapa diagnóstica							■	■	■	■	■	■												
Etapa de análisis de resultados.											■	■	■											
Etapa de propuesta de intervención														■	■	■	■	■	■	■				
Redacción del Trabajo final																			■	■	■	■	■	■

5. RESULTADOS OBTENIDOS

El Plan de trabajo se ejecutó durante el periodo julio 2013- julio 2015.

La selección aleatoria de la muestra de los municipios incluidos en el estudio se realizó de acuerdo a la metodología ya descrita, quedando seleccionados diecinueve distritos: Calingasta, Centenario, Feliciano, General Alvear, Gualaguaychú, Guaymallen, La Francia, Las Heras, Maipú, Miramar, Morrison, Oro Verde, San Juan, San Martín, San Martín de los Andes, Santa Lucía, Tolar Grande, Valle Fértil, Villa Santa Cruz del Lago.

Seis de los municipios elegidos tenían más de 100.000 habitantes al momento de ingresar al estudio y los restantes trece tuvieron menos de 100.000.

Los mencionados municipios realizaron una autoevaluación del proceso de trabajo, paso obligatorio, para los miembros del PNMCS que culminan su Análisis de Situación de Salud y disponen de Salas de Situación municipal. De la misma participaron los siguientes actores considerados como clave: el referente municipal del programa; el Intendente o el jefe de gobierno de cada distrito, al menos 2 integrantes de la mesa de trabajo intersectorial del PNMCS y dos vecinos identificados al azar que no fueran integrantes de la mesa intersectorial. En algunos casos, también se le realizaron entrevistas al intendente Municipal, y al referente del programa a nivel local.

Un equipo de evaluadores externos, verificaron en cada municipio los datos autoevaluados y elaboraron informes de los cuales se desprende el material utilizado para el análisis de este caso.

En el Anexo I se podrá observar el modelo de informe de autoevaluación. Para este trabajo sólo se tuvieron en cuenta las devoluciones realizadas por el equipo de evaluadores externos, sobre los puntos que incumben a los procesos de comunicación que se sucintaron en cada municipio.

Los resultados de este análisis arrojaron los siguientes datos:

El grado de participación basal medido en la comunidad estudiadas, y de la organización de actividades gestadas por la Mesa de Trabajo Intersectorial fue escaso o inexistente.

De un total de 19 municipios, 16 tenían mesas de trabajo intersectorial formadas, pero no se reunían asiduamente ni tomaban decisiones en relación a planificación de proyectos (*participación pseudo-participativa*), los otros 3 municipios argumentaron haber invitado a sectores de la comunidad a participar de una mesa intersectorial, pero no habían tenido respuesta positiva de ellos.

El problema percibido, es que al momento de pensar acciones para la promoción de la salud los referentes municipales del PNMCS no involucran a los sectores destinatarios de estos proyectos en la planificación. Suelen proponer en el seno de la mesa intersectorial, mayormente actividades de promoción que en pocas o nulas oportunidades, están consensuadas por los destinatarios de esas acciones.

En la mayoría de los casos evaluados, las acciones de comunicación de un proyecto de promoción de la salud, fueron pensadas solamente como acciones difusionistas, sin tener en cuenta el contexto en el que se van a desarrollar o las particularidades que los actores destinatarios puedan aportar al proyecto, no considerando el solo hecho de construcción de un proyecto colectivo como una acción de promoción de la salud y desestimando la capacidad de multiplicadores que puedan tener los sectores destinatarios dentro de su propio círculo de intervención.

Los miembros de la comunidad que integran la Mesa de Trabajo Intersectorial (MTI) participan diferenciadamente según la temática de la actividad a desarrollar. Es decir que no todos se enteran ni participan, de la totalidad de proyectos desarrollados en el seno de la MTI.

Es limitada la utilización de información generada por el Análisis de Situación de Salud Local (ASSL) para la toma de decisiones en la gestión municipal. Esto obedece principalmente a la ausencia o deficiencia de mecanismos de difusión de estos resultados en las áreas de gobierno.

El tipo de comunicación interna del municipio es prioritariamente vertical, mientras que en la MTI es horizontal.

Del análisis de estos datos surge, que solo aquellos municipios en los que la comunicación interna y de la MTI en relación con la comunidad en general, fue horizontal, el grado de participación de la comunidad fue activa.

Evaluación Basal del Tipo y Grado de Comunicación en los Municipios estudiados

Municipio	Tipo de Comunicación	Grado de Participación
1. Centenario	Horizontal	++++
2. Calingasta	Vertical	++
3. Feliciano	Vertical	+
4. General Alvear	Horizontal	++++
5. Gualaguaychú	Horizontal	++++
6. Guaymallen	Horizontal	+++

7. La Francia	Horizontal	+++
8. Las Heras	Horizontal	+++
9. Maipú	Horizontal	++++
10. Miramar	Vertical	++
11. Morrison	Horizontal	+++
12. Oro Verde	Horizontal	++++
13. San Juan	Horizontal	++++
14. San Martín	Horizontal	+
15. San Martín de los Andes	Horizontal	+
16. Santa Lucía	Horizontal	+++
17. Tolar Grande	Horizontal	++++
18. Valle Fértil	Horizontal	+++
19. Villa Santa Cruz del Lago	Horizontal	+

Muy Activa +++++; Activa +++, Regularmente Activa ++, Pobremente activa +

La intervención realizada consistió en un curso virtual que tenía las siguientes características.

6. LA INTERVENCIÓN: CURSO VIRTUAL COMUNICACION Y SALUD. DESCRIPCION Y RESULTADOS OBTENIDOS LUEGO DE SU APLICACIÓN

Herramienta pedagógica elaborada:

El Curso virtual se elaboró en el marco de la presente propuesta:

El curso está dirigido a referentes de la gestión municipal y/o provincial en las áreas vinculadas a la salud, responsables de comunicación y gestión sanitaria, pedagogos/maestros vinculados a programas especiales, integrantes de equipo de salud, integrantes de la Mesa de Trabajo Intersectorial.

Justificación y objetivo del curso:

En la búsqueda de políticas sanitarias más integrales y equitativas, la comunicación social puede aportar al fortalecimiento de los equipos de trabajo (provincial, municipal y comunitario), mejorando la calidad de los procesos de gestión y la capacidad institucional para el desarrollo de proyectos. La comunicación social puede generar recursos para la resolución de problemas interpersonales, la construcción de significados colectivos y la generación de dispositivos que aporten a la circulación y acceso a la información.

En este sentido, se trabajó en dos dimensiones principales: el aporte de herramientas técnicas para el logro de objetivos y funciones previstos por el PNMCS y el abordaje de la dimensión sociocultural de los procesos de promoción de la salud en el territorio.

El objetivo general del curso es generar un *espacio de formación y capacitación en comunicación y salud*. Se propuso trabajar sobre los nudos comunicacionales que resultaban un obstáculo para el logro de los objetivos sanitarios que cada equipo se ha propuesto.

Objetivos específicos:

- Fortalecer a las Mesas Intersectoriales de Trabajo en conocimiento y práctica, sobre los ejes de la comunicación social.
- Poner en debate las cuestiones que obstaculizan la promoción de la salud desde la dimensión comunicacional.
- Brindar herramientas para la elaboración de planes y estrategias de comunicación orientadas a la promoción de la salud en el seno de la Mesa Intersectorial de Trabajo desde una perspectiva participativa.
- Brindar información sobre las características de los diversos soportes comunicacionales, particularidades y diferencias.

Modalidad pedagógica:

- Duración: 6 semanas.
- Se desarrollan en un total de 3 módulos.
- Utilización del soporte de educación a distancia moodle.

El soporte Moodle permitió los interesados participar e interactuar en un espacio común, pese a que residan a grandes distancias. Las capacitaciones a distancia, permitieron que cada estudiante realizara las actividades en el horario que lo dispusiera.

Esta tecnología, además de su flexibilidad, también permitió utilizar soportes propios de la plataforma como las wikis, el chat o los foros, y admitió que se pudieran presentar productos en formato escrito, sonoro o video.

Características del curso virtual:

La modalidad virtual requiere de ciertas características como la precisión que necesita la elaboración de materiales especialmente diseñados para la lectura en pantalla, la importancia de la expresión escrita, así como la variedad y complejidad de las interacciones entre docentes y alumnos.

Predomina como rasgo de la educación virtual, la atención individualizada que brinda cada profesor tutor y el acompañamiento que proporciona, al mismo tiempo, que ejerce un rol de moderador en el grupo.

Dentro de esta modalidad, se podrá contemplar también la intervención de docentes especializados o expertos para la formación de algún módulo específico.

Las herramientas disponibles en el aula virtual son:

Foro, Chat, Taller, Wiki, Diario, Tarea, Cuestionario, Correo, Mensajería interna (correo y chat integrado), Blog, Biblioteca, Encuesta.

Modalidad de evaluación:

Cada módulo tuvo una instancia de participación obligatoria y se evaluó el aprendizaje a través de la entrega de trabajos individuales o grupales, y de la participación en los foros de discusión.

Módulos:

Se contempló una semana introductoria, para conocer el uso de la plataforma virtual.

Con respecto a los contenidos, se definieron 3 ejes de principales:

- El concepto de salud y comunicación. Los factores socioculturales.
- El trabajo en equipo. La comunicación interna en la Mesa Intersectorial de Trabajo. Sistematización de acciones.
- El trabajo con la comunidad Gestión y participación. La comunicación externa.

Los contenidos propuestos están atravesados por la mirada de la educación popular, entendida como una propuesta que concibe el conocimiento como una construcción dialéctica, que parte de la práctica real de las personas, para profundizar en su análisis crítico y volver a ella con otras herramientas de análisis que permiten prácticas más creativas y transformadoras.

	UNIDADES / MÓDULOS	CONTENIDOS	DURACIÓN Y EVALUACION
1	Comunicación Social y Salud	Derecho a la salud. Derecho a la Información. Derecho a la comunicación. Comunicación Social. Medios de comunicación. La comunicación en salud	1 semana Cierre: consigna + foro
2	Comunicación en el equipo de trabajo	Comunicación interpersonal. Comunicación para el desarrollo de proyectos y logro de objetivos. La comunicación interinstitucional. El desafío de la articulación y el trabajo colectivo. La comunicación para la resolución de conflictos.	2 semanas 1. individual Cierre: consigna de elaboración individual dejada en el foro 2. grupal Cierre: Consigna a elaborar en wiki

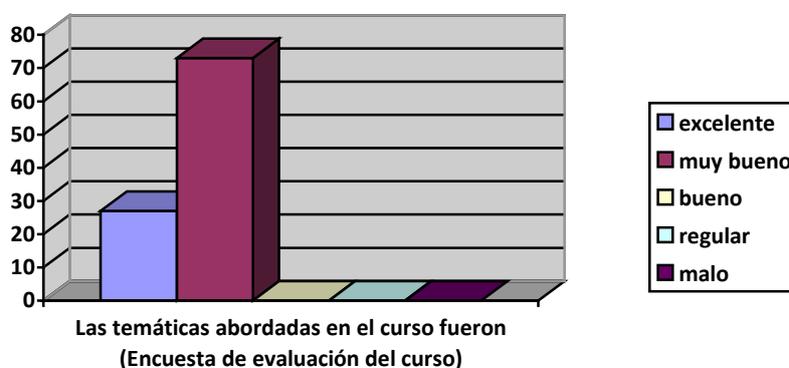
3	Comunicación en y con la comunidad	El barrio, la ciudad, el municipio como escenario de comunicación Mapeo de actores y espacios Características de cada soporte / medio.	2 semanas 1. Mapeo comunicacional Cierre: Googlemap o mapa papel escaneado en función de espacios y públicos. 2. Soportes Pensar los soportes para un espacio y público
---	---	--	---

(Se adjunta en el ANEXO 2 Contenido de los módulos 1, 2 y 3)

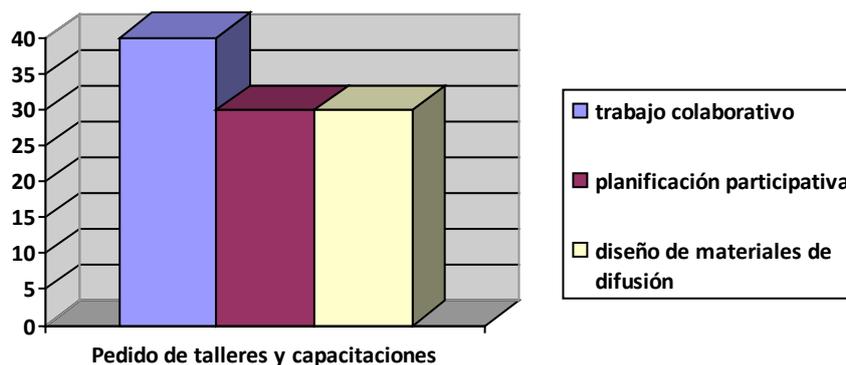
Resultados del Curso de Capacitación realizado

A la fecha se desarrollaron dos cohortes del Curso Virtual en Comunicación y Salud que involucraron a los municipios incorporados a este trabajo de tesis.

El Curso Virtual aportó herramientas útiles para el mejor desempeño de los miembros de la MTI en conocimiento y práctica, sobre los ejes de la comunicación social. Este hecho se pudo comprobar en las entrevistas sobre satisfacción realizadas al finalizar el curso. (Ver resumen encuestas Anexo III).



Luego de la implementación de este curso, un 65% de aquellos municipios en los que la evaluación inicial fue negativa lograron aplicar estrategias que fomenten la participación comunitaria, contemplen las particularidades de la comunicación y la promoción de la salud. Este dato se desprende de la demanda recibida por el Área de Comunicación del PNMCS sobre colaboración en el armado de talleres participativos, consultas sobre confección de herramientas comunicación, y sobre estrategias para fomentar la participación y el trabajo colaborativo en las MTI.



Evaluación del Impacto del Curso en términos de interacción con el PNMCS

Municipios total:	Evaluación Inicial	Luego de la Intervención (Curso)	Valor estadístico
19	3 Deficientes 16 Regulares 16 Activos	0 deficientes 2 regulares 19 activos	P < 0.001

7. Discusión

La comunicación fue históricamente concebida en su carácter más instrumental, como “canales” o “formas” más o menos acertadas para difundir innovaciones, propiciar hábitos saludables o dar a conocer noticias relevantes. Estas concepciones tradicionales, hoy van cediendo paso a otros modos de concebir la comunicación. Se empieza a pensar que el lenguaje “construye el mundo”; lo recrea, lo sostiene e incluso prefigura “otros mundos posibles”. La comunicación deja de ser un “instrumento al servicio de”, para convertirse en una “dimensión estratégica” en la promoción de la salud.

La comunicación entre autoridades municipales y la comunidad es habitualmente vertical y se desarrolla de forma no planificada. La comunicación en la MTI se presenta como horizontal, pero es deficiente pues no involucra a la totalidad de sectores representativos de la comunidad y no contempla la participación de todos los actores en todas las reuniones. Con respecto a la toma de decisiones, en la mayoría

de los casos, los representantes municipales tienen la última palabra con respecto a cuáles serán las acciones a desarrollar.

La intervención realizada en este trabajo demostró que es posible modificar la condición verticalista de impulsar acciones para la promoción de la salud, invitando a participar de la planificación, a distintos sectores de la sociedad, que resulten directamente involucrados en la temática a tratar.

El grado de aceptación de las prácticas propuestas para promover la buena salud, fue superior en los casos donde se desarrollaron acciones participativas.

Este hecho va en concordancia con lo expresado en la Carta de Ottawa donde se manifiesta que se necesitan estrategias como la “abogacía”, la participación y la acción política para lograr que las necesidades de la salud sean conocidas y promocionadas. Asimismo, destaca la importancia de los procesos de empoderamiento de los grupos y las personas para que puedan desarrollar su máximo potencial de salud (Restrepo, 2001).

La salud de las personas y los grupos sociales deviene el producto de las distintas intervenciones que llevan a cabo los actores sociales y políticos sobre las condiciones de vida de las poblaciones. Razón por la cual el concepto de participación social resulta un elemento central. Nos referimos a la importancia de favorecer procesos por los cuales las comunidades puedan reconocer sus problemas, tomar decisiones y medidas para solucionarlos y evaluar las acciones llevadas adelante.

Debido a esto, en las MTI donde se trabajó con la planificación de acciones de promoción de la salud a mediano y largo plazo, con la participación de diversos representantes de la comunidad, se ejecutaron mejor los recursos humanos y económicos y se logró un mayor grado de involucramiento de los destinatarios.

A partir de este trabajo, queda instalada una herramienta de fortalecimiento de la comunicación (el Curso Virtual) que podrá generar mayor participación comunitaria empoderando así a la población de los municipios bajo programa de elementos para su desarrollo individual y del propio distrito.

8. Conclusiones

Este trabajo demostró que la implementación del PNMCS era insuficiente en términos de participación comunitaria y toma de decisiones colectivas en los municipios participantes. El diagnóstico situacional mostró una falla en la comunicación interna entre los miembros participantes de las mesas intersectoriales y los responsables locales del programa. Se propuso al PNMCS un curso virtual para mejorar la comunicación entre los miembros de las Mesas de Trabajo Intersectorial, de estos con la comunidad y de los municipios con sus propias áreas de gobierno y con la comunidad en general.

El Curso Virtual concibe a la comunicación como espacio de producción, intercambio y negociación de sentidos. Lo comunicacional se expresa como una dimensión básica de la vida y de las relaciones humanas, que se desarrolla en el espacio social donde siempre existen diferentes unos que, con distintas visiones del mundo e intereses, se vinculan con un otro o varios otros/as.

En este sentido, la propuesta del Curso Virtual para los municipios incorporados al presente trabajo de tesis, logró brindar herramientas para la elaboración de contenidos de salud, incorporar una visión estratégica que implicó crear nuevos significados comunes, poner en cuestión prácticas que resultan un obstáculo para la promoción de la salud, lograr que los ciudadanos sean más sensibles a ciertos temas e impulsar la participación de los excluidos de la conversación pública.

Como consecuencia de lo expresado, y en vista a los resultados obtenidos, el PNMCS ha adoptado el Curso Virtual, utilizado como herramienta de intervención en municipios argentinos seleccionados en la muestra del presente trabajo de tesis, como un elemento clave del programa y por ello, se aplicará en el resto del universo de municipios que integran la red de municipios argentinos del Programa Nacional de Municipios saludables.

9. BIBLIOGRAFÍA

ANDERSON, Benedict (1993). Comunidades imaginadas. Reflexiones sobre el origen y la difusión del nacionalismo. Fondo de Cultura Económica, México.

BELTRAN S, Luis Ramiro (1998). Exposición en el IV Foro de Salud Comunitaria. Comunicación para la salud del Pueblo,

BELTRAN Luis Ramiro, Chasqui, vol.51, julio 1995, Salud pública y comunicación social.

CARTA DE OTAWA. (1986) I conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud.

DECLARACIÓN DE ALMA-ATA (1978).

DIAZ BORDENAVE, Juan (1998), Relación de la Comunicación con los procesos de movilización comunitaria para la salud. En: Universidad Johns Hopkins- Save the Children, Movilización Comunitaria para la salud: dialogo multidisciplinario.

MOSQUERA, Mario (OPS) Comunicación y Salud: conceptos, teorías y experiencias, 2003

MS-CORDOBA (2007) Manual de comunicación para la salud- Herramientas para la producción de materiales y acciones comunicativas en las prácticas comunitarias. Área de comunicación Programa Reforma de Atención Primaria, Gobierno de Córdoba, 2007.

MSAL (2010) Guía de Comunicación para equipos de salud “Comunicación y Salud desde una perspectiva de Derechos”, Subsecretaria de salud Comunitaria Ministerio de salud de la Nación Argentina, 2010.

PRIETO CASTILLO, Daniel (1998), En torno a la comunicación y la movilización comunitaria. En: Universidad Johns Hopkins- Save the Children USAID, 1998 pp. 51 - 75.

PRIETO CASTILLO, Daniel (1998), La Comunicación Educativa como Proceso Alternativo. Perfiles Educativos.

RUBIO TERRES Carlos (1996) Diseño Estadístico de ensayos Med Clin 1996; 107:303-9.

UNT (2008) Manual de Periodismo y Comunicación para el trabajo comunitario” Abrojos, Universidad de Tucumán.

WHO (2010) Organización Mundial de la Salud. - pág. web: <http://www.who.int/es/>; publicación OMS (Healthy People 2010, volumen I).