

**LINEAMIENTOS DE UNA PROPUESTA COMUNICATIVA PARA OPTIMIZAR LA
APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA EL CONTROL DEL
CÁNCER EN PROYECTOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. HUILA 2009.**

**DIANA MARCELA VILLEGAS DÍAZ
CIRO ÁNGEL BAUTISTA SÁNCHEZ
MARIO AUGUSTO PORTILLO CERQUERA**

**PROGRAMA COMUNICACIÓN SOCIAL Y PERIODISMO
FACULTAD CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
NEIVA
2009**

**LINEAMIENTOS DE UNA PROPUESTA COMUNICATIVA PARA OPTIMIZAR
LA APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA EL CONTROL DEL
CÁNCER EN PROYECTOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. HUILA 2009.**

**DIANA MARCELA VILLEGAS DÍAZ
CIRO ÁNGEL BAUTISTA SÁNCHEZ
MARIO AUGUSTO PORTILLO CERQUERA**

Monografía presentada como requisito para optar al título de Comunicador Social
y Periodista

Director
CARLOS ARTURO MONJE
Antropólogo y Magíster en Comunicación

**PROGRAMA COMUNICACIÓN SOCIAL Y PERIODISMO
FACULTAD CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
NEIVA
2009**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Director

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A Dios, nuestro principal motivador.

A nuestros padres, que nos dieron su amor y fortaleza.

A Fanny Andrade Valderrama, Directora ejecutiva de la Liga Contra el Cáncer Seccional Huila, por la valiosa oportunidad de desarrollar esta investigación y sus aportes teóricos en Promoción y Prevención.

A Danny Quintero de Perdomo, Coordinadora de Salud Pública Departamental, por sus aportes teóricos en Salud Pública, Sexual y Reproductiva.

A Ruth Díaz Sánchez, Ex jefe de Promoción y Prevención de la Liga Contra el Cáncer Seccional Huila, por su tiempo, dedicación y aportes teóricos en Educación para la Salud.

A la población de los municipios de Suaza, Tello y Yaguará, quienes colaboraron con la investigación y nos permitieron compartir varias experiencias que fueron enriquecedoras para nuestra formación profesional.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO	17
2. METODOLOGÍA	25
2.1 ESTUDIO DEL CASO	26
2.2 UNIVERSO Y MUESTRA	26
2.2.1 Universo temporal	27
2.2.2 Universo geográfico	27
2.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	38
2.3.1 Guía de Actividades	38
2.3.2 Guía de planeación de actividades	39
2.3.3 Guía de realización de actividades	39
2.3.4 Entrevista en profundidad	39
2.3.5 Entrevistas a grupos focales	40
2.3.6 La observación	42
3. RESULTADOS	44
3.1 CATEGORIZACIÓN DE GESTORES	45
3.1.1 Tipificación de los resultados de estudio	49

3.1.2 Descripción de los resultados	50
3.1.3 Análisis de los resultados	51
3.2 CATEGORIZACIÓN DE FACILITADORES	54
3.2.1 Tipificación de los resultados de estudio	58
3.2.2 Descripción de resultados	59
3.2.3 Análisis de los resultados	61
3.3 CATEGORIZACIÓN DE BENEFICIARIOS	62
3.3.1 Tipificación de los resultados de estudio	68
3.3.2 Descripción de los resultados	69
3.3.3 Análisis de los resultados	72
4. PROPUESTA COMUNICATIVA	75
5. CONCLUSIONES	84
BIBLIOGRAFÍA	88

LISTA DE IMAGENES

	Pág.
Imagen 1. Esquema lineamientos propuesta comunicativa	75

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Guía de planeación de actividades	90
Anexo B. Guía de realización de actividades	91
Anexo C. Guía de preguntas entrevistas en profundidad	92
Anexo D. Guía de temas entrevista grupo focal	94
Anexo E. Guía observación entrevista grupo focal	96
Anexo F. Categoría gestores	97
Anexo G. Categoría facilitadores	98
Anexo H. Categoría beneficiarios	99

GLOSARIO

Considerando la presencia de áreas como la Comunicación, la Educación y la Salud en la presente investigación, se proponen los siguientes planteamientos de conceptos fundamentales para el abordaje temático respectivo.

CÁNCER: Se conoce como "cáncer" al desarrollo anormal de los tejidos, producido por el crecimiento constante de células anormales que poseen la capacidad de invadir y destruir a otros tejidos, alterando su anatomía y función respectiva. El cáncer puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido y no constituye una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y célula de origen. Existen distintas formas de presentación, siendo tres los principales grandes grupos: El primer grupo lo forman los *sarcomas*, que proceden del tejido conectivo tales como el hueso, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo. El segundo grupo son los *carcinomas*, que proceden de tejidos epiteliales como la piel o de los epitelios que revisten las cavidades y órganos, y los tejidos glandulares de la mama y próstata. En el tercer grupo se encuentran las *leucemias* y *linfomas* que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas. Producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras.

GENERALIDADES DEL CÁNCER: El cáncer puede ser consecuencia de muchas causas, algunas de las cuales son externas al cuerpo, y otras internas. Los factores externos que pueden causar el cáncer incluyen el estar expuesto a determinados productos químicos como el benceno y el asbesto (amianto), la exposición a agentes contaminantes ambientales, a las radiaciones del sol y electromagnéticas, a niveles altos de rayos X, al igual que hábitos como: dieta con gran cantidad de grasas y poca fibra, consumo de tabaco, sea en forma activa o pasiva y el abuso de las bebidas alcohólicas o de determinadas drogas.

Los factores internos que pueden causar cáncer incluyen la obesidad, las infecciones causadas por virus como el papiloma virus con respecto al cáncer de cuello uterino o la hepatitis B crónica y un historial familiar en el que exista el cáncer. Hay cinco formas de tratar el cáncer: cirugía, es decir, la extirpación de las partes del cuerpo afectadas y, en algunos casos, de partes adyacentes que se supongan en riesgo de haber sido invadidas, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal y terapia biológica. El cáncer está catalogada como una enfermedad de alto costo.

ENFERMEDADES DE ALTO COSTO: Son aquellas patologías de alta complejidad que por su costo, frecuencia e impacto social y económico, requieren ser reaseguradas mediante pólizas y manejadas a través de equipos interdisciplinarios e interinstitucionales.

SALUD: Se concibe la salud como el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad. “La salud es básicamente una estructura social: se crea a través de la interrelación entre la gente y sus entornos en el proceso de la vida diaria: donde la gente vive, ama, aprende, trabaja y juega.”¹

SALUD PÚBLICA: Es una rama de la medicina cuyo interés fundamental es la preocupación por los fenómenos de salud en una perspectiva colectiva, es decir, de aquellas situaciones que, por diferentes circunstancias, pueden adoptar patrones masivos en su desarrollo. Posee un enfoque multidisciplinar, que direcciona su objetivo principal hacia la salud de la población. La salud pública es compromiso de los gobiernos, desde donde deben planificarse y ejecutarse todas las actividades comunitarias que directa o indirectamente contribuyan a la salud de la población. Son actividades de la salud pública: la Protección de la salud, Promoción de la salud, Prevención de la enfermedad, Educación para la Salud y Restauración de la salud.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: Es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud. La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas, por lo cual, profesionales de distintas áreas del conocimiento participan en la concepción y ejecución de los programas de promoción.

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD: Es el conjunto de acciones que se pueden realizar con el fin de disminuir la incidencia y/o mortalidad por distintas patologías.

¹ Quinta Conferencia Internacional de Educación de las Personas Adultas CONFITEA. Tema 6: Educación de adultos – medio ambiente, salud y población. Promoción y educación para la salud. Pág. 6. Hamburgo. 1997.

Existen tres niveles de prevención en los cuales deben participar los sistemas de salud donde quiera que operen. Estos niveles se definen de la siguiente manera: Intervenciones de prevención primaria (vacunaciones), Prevención secundaria o detección precoz de enfermedades y Prevención terciaria o de contención y/o rehabilitación de las secuelas dejadas por el o los daños de las funciones físicas, psíquicas y/o sociales.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Es uno de los pilares fundamentales de la Salud Pública. Comprende las oportunidades de aprendizaje que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria de los pueblos. La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye tanto la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, como también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo.

COMUNICACIÓN: Entendemos la comunicación no solo dentro de un modelo informacional, sino como un proceso individual y social, fundamentalmente humano, en el que se ponen en común, ideas, pensamientos, ideologías, emociones, sentimientos, historias, necesidades, exigencias, etc, y a través del cual se posibilita la construcción colectiva de sentido. En un orden más puntual, podríamos decir que la comunicación es un proceso por el cual se crean condiciones estables para que los diferentes sentidos y formas de ver el mundo que producen los diversos grupos, sectores y comunidades de la sociedad, interactúen en torno a determinados eventos o fenómenos sociales.

Contextualizando el término a esta investigación, se reconoce la comunicación, como un proceso social de construcción, interacción y difusión de sentidos, capaz de generar, a escala multitudinaria, influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables, en este caso, al cuidado de la salud pública.

COMUNICACIÓN PARA LA SALUD: Se entiende como el proceso y efecto de emplear medios persuasivos éticos en la toma de decisiones para el cuidado de la salud humana. También, como el arte y la técnica de informar, influir y motivar audiencias a nivel individual, institucional y público acerca de asuntos de salud importantes. Su alcance influye temáticas como: Prevención de la enfermedad, Política de los cuidados de salud y Aumento de calidad y salud de los individuos dentro de la comunidad.

La comunicación para la salud, según la Organización Mundial de la Salud es: una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública.

ENFOQUE DIÁDICO: Al teorizar sobre la comunicación es conveniente distinguir entre los que pueden llamarse enfoques *monádico* y *diádico* de un análisis. Si definimos un concepto en forma monádica, lo hacemos con respecto a una persona, a un objeto, sin referencia a relación alguna entre gente u objetos. Por otro lado, una definición diádica pone énfasis en las relaciones y lo quita de las características de una sola persona.

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: Constituyen en una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, que resultan beneficiosos para el individuo o la colectividad. Estos patrones pueden estar determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las *condiciones de vida* socioeconómicas y ambientales.

RESUMEN

La articulación de los conceptos de salud y comunicación se ha hecho evidente en el planteamiento de políticas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, tras la búsqueda continua de las instituciones por informar, explicar y educar. De allí, surge la comunicación para la salud como mecanismo que orienta a los individuos y comunidades, sobre las ventajas y recursos necesarios para prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida, situación que se presenta como punto clave para el desarrollo de esta investigación.

La aplicación de la estrategia de promoción y prevención en los 37 municipios del departamento del Huila, es el escenario donde se desarrolló rigurosamente este estudio, enfocado particularmente en la percepción que tienen los diferentes actores que intervienen en cada fase del proceso, acerca de la aplicación de la misma. También realiza un acercamiento al componente comunicativo inmerso en la estrategia educativa, cómo se manejó y cuáles fueron las insolvencias presentadas en la estructuración de los mensajes, así como en los niveles de eficacia reflejados en la asimilación por parte de la población beneficiaria.

A partir del estudio de caso de 12 madres pertenecientes a hogares FAMI (Familia, Mujer e Infancia) a través de entrevistas a grupos focales, en los municipios de Suaza, Tello y Yaguará, se logró determinar el papel de la comunicación en la aplicación de la estrategia y el grado de empoderamiento de la salud producido desde este elemento.

Lo anterior, se presenta como preámbulo para trazar los lineamientos de una propuesta comunicativa que permita la implementación eficiente de las acciones de comunicación en salud, en el caso específico de estrategias educativas de promoción y prevención. Constituye el planteamiento de una metodología adecuada donde el enfoque comunicativo es una parte vital en la planeación y ejecución de estos proyectos.

Los hallazgos apuntan a la necesidad de un diagnóstico poblacional que sirva como base fundamental para la estructuración de las estrategias educativas, donde se conozcan las características propias de las comunidades beneficiarias, además de la falta de continuidad de las estrategias educativas y las fallas específicas en el componente comunicativo, que definitivamente se traducen en la ineficacia de las mismas.

INTRODUCCIÓN

Este documento contiene el informe de investigación requerido para concluir los estudios de pregrado y optar al título de Comunicador Social y Periodista. La investigación se propuso la formulación de los lineamientos para una propuesta comunicativa que optimice la eficacia de las estrategias educativas a partir del proyecto “Prevención del Cáncer: Estrategias Educativas para la promoción de estilos de vida saludable” desarrollado por la Gobernación del Huila. A pesar de no ser un fin marcado para esta investigación, se advirtió la pertinencia de la participación directa del campo de la comunicación, en proyectos concernientes al área de la Salud, en este caso, dentro de las dinámicas locales.

Las distintas experiencias recogidas a lo largo de los espacios de práctica, han demostrado la pertinencia de los aportes, que como comunicadores, se pueden realizar a estas iniciativas y, la revisión bibliográfica, ha facilitado herramientas para intervenir desde el campo comunicativo en áreas como la salud. Algunos autores rotulan este diálogo de saberes como “Programas Globales”.

“El calificativo **globales** significa que los programas cubren diversas actividades y estrategias. Se apoyan en una unión amplia y en un enfoque intersectorial con la intervención de colaboradores que no pertenecen al área de la salud”²

La aportación del componente comunicativo al proyecto, se basó en la formulación de unos lineamientos que permitan reforzar los contenidos propuestos en la estrategia. De esta manera, se enfocaron los distintos conceptos que desde la comunicación fueron aplicables a este proyecto del área Salud, basado en la promoción de estilos de vida saludable y la prevención de la incidencia del Cáncer.

Precisamente, las estrategias para la prevención del cáncer y la detección temprana de esta enfermedad, se han convertido en uno de los puntos más importantes en lo concerniente a la salud pública, no solo a nivel nacional, sino también mundial. Por esta razón, es necesario tener en cuenta que la aplicación de estrategias educativas tiene como objeto, intervenir en los principales factores de riesgo social, cultural y medioambiental del cáncer como (dieta, actividad física, alcohol, desigualdades sociales, infecciones, entre otros), para lograr un cambio en el aspecto individual y del entorno.

² BIEDEMANN, Andreas - SANCHO-GARNIER, Hélène - DE SABATA, Maria Stella – MUSÉ, Ignacio Miguel. Prevención del Cáncer: Estrategias basadas en la evidencia, una guía de la Unión Internacional Contra el Cáncer para América Latina. UICC. Cáp.13. Recomendaciones. Pág. 242. Ginebra. 2006

De esta manera, es imprescindible articular la comunicación dentro de los procesos de la salud, específicamente, en la aplicación de estrategias educativas de promoción y prevención, ya que “ la comunicación se presenta como una herramienta activa en la promoción de salud y la prevención de la enfermedad que genera determinadas actividades; segundo, porque es un instrumento social que promueve el cambio de comportamiento y actitudes, al cumplir un rol fundamental para que las personas mejoren sus conductas de salud; tercero, porque la comunicación se torna como un proceso social, que busca la presencia y participación individual y colectiva desde una práctica consciente basada en el ejercicio de la ciudadanía de construir conjuntamente ambientes saludables”³.

Estos planteamientos, dan lugar a la necesidad de enunciar los ejes de una propuesta comunicativa para optimizar la aplicación y desarrollo de este tipo de proyectos con miras a prevenir la enfermedad y promocionar hábitos saludables. Esta propuesta comprende la integración de conceptos básicos como la *información-comunicación-educación*, para viabilizar la construcción de lenguajes adecuados que le permitan a la comunidad reflexionar acerca de sus prácticas en materia de salud.

Lo anterior, se concibió a raíz de un análisis de las diversas percepciones de los actores inmersos en la ejecución de esta estrategia educativa (gestores, ejecutores, facilitadores y beneficiarios), además de indagar acerca de cada momento, desde el diseño, hasta la aplicación y recepción de los mensajes por parte de los beneficiarios, todo desde la mirada de la comunicación entendida no solo dentro de un modelo informacional, sino como un proceso individual y social, fundamentalmente humano, en el que se ponen en común, ideas, pensamientos, ideologías, emociones , sentimientos, historias, necesidades, exigencias, y a través del cual se posibilita la construcción colectiva de sentido.

Para ello, se perfiló una línea metodológica asentada en la investigación cualitativa que determinó percepciones acerca de la comunicación y el manejo de la misma en cada una de las fases de la estrategia. Una vez puntualizado este método, el diseño perteneciente al estudio de caso, contribuyó al estudio detallado de la muestra representativa, conformada por tres grupos de Hogares Comunitarios de Bienestar FAMI, cada uno de 12 participantes, beneficiarios de la estrategia de prevención del cáncer y promoción de estilos de vida saludable de los municipios de Suaza, Tello y Yaguará. El estudio seleccionó informantes homogéneos, de gran relevancia; madres de hogares FAMI pertenecientes a los estratos 1 y 2 y, en edad fértil, entre los 13 y 55 años.

Después de aplicar el componente metodológico en esta investigación, la categorización de la información recogida, supuso el análisis articulado con la

³ WIESNER, Carolina. Modelo de comunicación educativa para el control del cáncer en Colombia, Ministerio de Protección Social-Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. 2005, pág11

parte comunicativa que influyó significativamente en la interpretación de lenguajes, experiencias, actitudes y percepciones, acerca de los temas planteados para este estudio.

En ese sentido, el papel como Comunicadores Sociales y Periodistas, consistió en la formulación de los lineamientos de una propuesta comunicativa para este proyecto. Dichos lineamientos se fundamentaron en los aportes que desde la comunicación, se interrelacionaron con este proyecto del área de la Salud.

El informe contiene una fundamentación teórica concerniente a la comunicación, salud y educación. Luego se presenta el aspecto metodológico en el que se basó este estudio, la utilización de técnicas e instrumentos. Seguidamente se muestran los resultados de la tipificación, a través de la cual se organizó y analizó la información para el posterior planteamiento de los lineamientos de una propuesta comunicativa para las estrategias de promoción y prevención en salud y, por último, las conclusiones de la investigación.

1. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

Las audiencias han representado el aparte más significativo de los estudios de investigación en el campo de las comunicaciones, porque la integran individuos y colectivos y, porque intervienen conceptos sociológicos y metodológicos más globales donde todas las áreas del conocimiento científico y social empiezan a intervenir para posibilitar su entendimiento y reacción. Es de ésta manera que el interés por los individuos, sus comportamientos, hábitos y universos socioculturales le han permitido a la comunicación social aliarse con fines económicos, sociales e investigativos con otros campos de estudio para implementar estrategias de intervención e impacto.

Las teorías y modelos creados alrededor de la comunicación le han permitido fortalecerse al punto de la integridad e interdisciplinariedad al momento de “comprender y explicar todos aquellos procesos de índole comunicativo que tienen lugar en la sociedad”⁴. Un fenómeno que le ha permitido a la comunicación convertirse en un proceso cambiante, capaz de adaptarse a las necesidades de interpretación de la sociedad en cualquier época, e imposible de encasillar en una disciplina en particular; teniendo en cuenta la gran transformación y expansión en todos sus niveles y dimensiones a lo largo de los últimos setenta años.

Iguales desarrollos y alcances ha logrado en su campo, la medicina, desde sus orígenes mágicos y religiosos pasando por los notables avances en los S. XVII y XVIII, con Pasteur en el S. XIX, convirtiéndose en un estandarte en el mundo contemporáneo con la detección de enfermedades infecciosas y parasitarias que transformó los modos de vida de la humanidad de cientos de naciones; propició progresivamente la investigación científica de nuevos padecimientos humanos y agilizó el desarrollo de tecnología sofisticada creada en torno al tratamiento de enfermedades de alto riesgo. Sin embargo, los adelantos en salud se han distribuido por el mundo de manera inequitativa debido en gran medida: a los altos costos, porque aún no responde a las necesidades masivas y por una endeble política en salud que existe en los países tercermundistas que pone en riesgo inminente el bienestar de sus poblaciones.

Entre los factores mencionados, el que enfatiza la disparidad de los beneficios de la salud y la contradicción entre sus avances con las crecientes estadísticas de morbimortalidad en las sociedades, se encuentra un factor que retrasa en gran medida el avance integral que se proponen las organizaciones médicas, y es precisamente el desconocimiento que experimentan los individuos frente a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud; “Existe una disparidad

⁴ LITTLEJOHN, S. Theories of Human Communications. Wadsworth California. 1989, pág 34

entre los avances logrados por la medicina y el conocimiento y la aplicación de estos por el público... mientras los profesionales de la salud tienen grandes conocimientos, no saben necesariamente cómo comunicar efectivamente esa información tan vital para la sociedad”⁵

Éste inconveniente logró constituirse en una política de desarrollo mundial en 1989 con La Carta de Ottawa: “La prevención de la salud es una estrategia fundamental para lograr la salud pública”⁶; una conferencia que comprometería a los organismos médicos privados y estatales a difundir los mecanismos que propician la salud pública para el bienestar de las comunidades, salud pública entendida como “el proceso de habilitar a la gente para aumentar su control sobre la salud y mejorarla”⁷. De igual manera la promoción de una adecuada salud no sólo se limitaría a la enseñanza de estilos de vida saludables sino a las condiciones y recursos fundamentales que la generen y la sostengan “La paz, el albergue, la educación, el alimento, el ingreso, un ecosistema estable, recursos sostenidos, la justicia social y la equidad”.

Con éste precedente y con el interés mismo de hacer efectivo la implementación de los planes de salud, a partir de los 80’ y mediados de los 90’, se evidencian resultados en las campañas de salud, detección temprana de enfermedades, tratamientos de las mismas y estilos íntegros de vidas saludables para el desarrollo de un bienestar individual y colectivo. Resultados que marcaron la diferencia con décadas anteriores luego de redireccionar la alianza que se venía trabajando entre la comunicación y la salud; ya no se trata de poner al servicio los medios de comunicación para ejecutar una labor informativa con resultados inmediatos. Las estadísticas empiezan a variar considerablemente con la inclusión de una dimensión más amplia de la comunicación donde los lenguajes, los canales, el intercambio, las prácticas socioculturales y los universos de los individuos adquieren un protagonismo imprescindible para crear campañas de conocimiento y concientización entre los pueblos.

La comunicación se convirtió en la herramienta de estudio de la naturaleza donde la función de los medios necesarios se enfocó en hacer que los temas de la salud no solo llegaran, sino que produjeran un efecto en las audiencias objeto. Ésta última entendida como “Un público participativo del acuerdo o del pacto social

⁵ ALCALAY, Rina. La Comunicación para la Salud como Disciplina en las Universidades Estadounidenses. Revista Pan American Journal of Public Health 1999 ; 5(3) : 192-196). Salud Public Vol. 5 N.3. Washington. Marzo 1999.

⁶ First Internacional Conferencia on Health Promotion. Realizado en Ottawa. Canadá, Bajo la promoción de la Organización Mundial de la Salud.

⁷ ALFARO, Rosa María. Proyectos Fortalecimientos de las Capacidades Nacionales de Comunicación en Salud. Programa Consorcio de Universidades en 8 regiones. Perú, Noviembre 2004.

sobre salud, previa discusión, planteo de críticas y aportes, confrontación de información y opinión”⁸; una población que no sólo reaccionaría cuando los temas de interés pasen por los medios, sino que deben convertirse en una necesidad y una responsabilidad compartida y visible para que se genere la respuesta y el intercambio necesario.

La presente investigación se articuló con el propósito de responder a una preocupación que en las últimas décadas se ha convertido en el foco de interés, inversión e investigación entre la comunidad científica: el cáncer, una enfermedad progresiva que ha elevado las estadísticas de morbilidad en la salud, propiciando la creación de organismos dedicados al tratamiento de éste padecimiento con el impulso de campañas de promoción y prevención, mientras se logra desarrollar el soporte tecnológico para responder al arrasador paso de la enfermedad entre las comunidades propensas a sufrirla.

En un orden más puntual, podríamos decir que la comunicación es un proceso por el cual se crean condiciones estables para que los diferentes sentidos y formas de ver el mundo que producen los diversos grupos, sectores y comunidades de la sociedad, interactúen en torno a determinados eventos o fenómenos sociales.

De esta manera, se ha acudido a los planteamientos expuestos por David Berlo, para determinar qué elementos dentro del proceso de comunicación, es necesario tener en cuenta, y así mismo, los factores que determinan la fluidez o no de la interrelación de estos.

“Hemos enumerado seis elementos básicos de la comunicación: fuente, codificador, mensaje, canal, decodificador y receptor. Cuando nos referimos a una comunicación de persona a persona, la fuente y el codificador pueden ser agrupados, como pueden serlo asimismo el receptor y el decodificador. En esta versión truncada del modelo, la fuente codifica un mensaje y lo coloca en el canal, de manera que pueda ser decodificado por el receptor”.⁹

Para un fin analítico, a cada uno de los elementos mencionados, se les evaluó teniendo en cuenta aspectos que aporta Berlo, y entre los cuales se incluye, para la *fuentes – codificador*, sus habilidades comunicativas, sus actitudes, su nivel de conocimiento y la posición que ocupa dentro de un determinado sistema sociocultural. Estos mismos aspectos serán determinantes para evaluar el otro extremo del proceso, el *decodificador- receptor*, teniendo en cuenta para este caso, que este actor es la razón de ser de todo proceso de comunicación efectiva, es el blanco hacia el cual se dirige todo.

⁸ *Ibíd.*

⁹ BERLO, David K. El proceso de la comunicación: introducción a la teoría y a la práctica. 3 Ed. Buenos Aires, El Ateneo, 2002. Cap. 3, pp. 37-64.

El *mensaje* ocupa una gran parte del interés de esta investigación, y para evaluarlo se tendrán en cuenta los siguientes factores: el código, el contenido, y la forma en que es tratado el mensaje, los cuales a su vez se considerarán desde dos ópticas: los elementos de cada uno y la forma en que estos elementos se hallan estructurados. De igual manera, se hará una revisión de los *canales* utilizados en la estrategia educativa examinada, teniendo en cuenta que sin ellos la fuente y el receptor no podrían comunicarse.

Todos los componentes y factores mencionados se hallan entrelazados y es esto lo que no permite la exclusión de alguno de ellos a la hora de analizar el proceso de comunicación, pues de hacerlo se desmoronaría la estructura que los reúne como un todo.

La formulación de esta propuesta comunicativa para proyectos de promoción y prevención, se responde a las necesidades de educación, información y motivación sentidas por una audiencia específica para “apoyar y facilitar la adopción de nuevos productos, servicios y comportamientos en beneficio de la salud del individuo y su comunidad”¹⁰. Con ésta postura de María Cevallos, se habla de la comunicación para la salud, no puesta al servicio, sino convirtiéndola en un componente de intercambio científico para el bienestar de las poblaciones.

En la primera fase de la investigación se recurrió a los estudios culturales como producto de las nuevas sociologías, que nos permitieron analizar la manera más viable en que las culturas de tres poblaciones específicas, donde se aplicó el proyecto, generaban la conformación de procesos de comunicación concretos. Estudiar el paisaje social para hacer posible la desjerarquización del conocimiento en salud, gracias al carácter “democratizador de los estudios culturales... donde se produce un nuevo saber más plural y flexible, que permita comprender las realidades híbridas”¹¹ en éste caso relacionados a la prevención del cáncer y promoción de la salud.

Se interpretó la estructura cultural de los pueblos mencionados que debe estar sustentada en las expresiones populares de la cultura, con el objetivo de determinar la experiencia obtenida en años anteriores por el proyecto a nivel comunicativo y proponer el nuevo componente basado en los resultados del estudio. De esta manera, se instauró una nueva dialéctica y un aprendizaje acerca de los cuidados frente a los cuatro tipos de cáncer señalados (mama, cérvix, testículo y próstata) un componente que deberá interactuar entre “el

¹⁰ CEVALLOS, Mercedes. Plan de Información, Educación y Comunicación de los Programas de Salud y Programa de Salud Básico para Todos. Ministerio de Salud. 1998

¹¹ RICHARD, Nelly. La Intersección de los Estudios Culturales y de la Crítica Cultural: Saberes Académicos y Texto Crítico. Tomado de la Revista Periferia N .01 Pág. 16-21. editorial Gente Nueva. Neiva, 1997

sistema social, la continuidad y las transformaciones del sistema cultural o el centro social”¹²

La investigación se apoyó en la “Teoría Culturoológica” para interpretar los elementos antropológicos más importantes y la relación que se instaura entre el consumidor y el objeto de consumo. Se determinó dicho objetivo revisando los archivos del proyecto de prevención y promoción de la salud en los últimos cuatro años, se elaboró un mapa general de la cultura de la sociedad de los 37 municipios inscritos en el proyecto, para determinar la manera en que éstos han incluido el tema de la salud con en el conjunto de símbolos, valores, mitos, imágenes e imaginarios que los constituyen como un sistema de culturas. La inclusión de la “Teoría Culturoológica” fijó el público al que se destinó la campaña y las variaciones requeridas para desarrollar el componente comunicativo.

Los modos de recepción en los pobladores frente a la prevención del cáncer y promoción de la salud, ocupó una fase considerable en el estudio, ya que la investigación de las audiencias vislumbró la estructura clara del componente comunicativo que se definió. Los estudios de recepción le conceden “el carácter activo a la audiencia, la capacidad de actuación que se le conoce en su relación con los medios”¹³, indicando que la efectividad y avances del proyecto estuvieron radicados en la forma en que fueron recibidos por los individuos y sus libres interpretaciones: “las audiencias tienen la capacidad de asignar su propio sentido a los medios de comunicación... y éstos últimos satisfacen una fama de intereses y placeres legítimos de la audiencia”.

Los estudios de la comunicación se orientan en el plano de la recepción, a determinar la influencia de los medios masivos en la percepción del riesgo de enfermedades, postulado clave para la ejecución de campañas de promoción de la salud, son los casos de las universidades de Northwestern, South Florida, Maryland, Kentucky, Texas, Míchigan, Minnesota, Renó y California Davis; con investigadores como Mike Motley, Charles Berger y Robert Bell quienes se han dedicado al estudio de las audiencias para la planificación de las campañas que promueven el bienestar en poblaciones multiculturales¹⁴.

¹² WOLF, Mauro, La Investigación de la Comunicación de Masas, Críticas y Perspectivas. Paidós 2da reimpresión, PP. 163-200. Buenos Aires, 1994

¹³ COROMINAS, Maria i Piulats. Estudios de Recepción. Departamento de Periodismo y de Ciencias de la Comunicación Instituto de la Comunicación. Universidad Autónoma de Barcelona. Marzo de 2001, pág 17

¹⁴ ALCALAY, Rina. La Comunicación para la Salud como Disciplina en las Universidades Estadounidenses. Revista Pan American Journal of Public Health 1999 ; 5(3) : 192-196). Salud Public Vol. 5 N.3. Washington. Marzo 1999

Estado del arte

Los estudios de la comunicación dedicados al fortalecimiento de las campañas de la salud lograron un gran avance en el contexto norteamericano con el fin de disminuir las estadísticas en enfermedades y problemáticas sociales de alto riesgo (enfermedades de transmisión sexual, cifras de aborto, drogadicción, etc), que propician la creación de organismos de seguimiento investigativo encargados de monitorear el comportamiento de estos fenómenos entre la población con condiciones de vida específica.

Igualmente los países latinoamericanos en vía de desarrollo han adoptado modelos de campañas que promuevan el cuidado de las condiciones de vida; luego que en 1986 se estipulara entre las naciones Latinoamericanas “La Promoción de la Salud como un dominio ya no sólo exclusivo del sector de la salud, sino también de otras organizaciones estatales”. De ésta manera proliferan en el continente las investigaciones para el fortalecimiento de las campañas dedicadas a los estilos de vida saludables entre las poblaciones consideradas de alto riesgo. Entre ellas, los jóvenes, considerados los integrantes de la población más vulnerables luego del estudio que se emprendió en América Latina y el Caribe a inicios de los 90's, donde se diseñaron estrategias de abordaje del tema de la salud concretamente en una clase de individuo que no debía homogenizarse como actor receptor. Pese a los positivos avances que se dieron con los años, se lograron evidenciar problemáticas de fondo que planteaban nuevos retos investigativos a otro nivel, y eran las amenazas y los problemas enfrentados por los jóvenes durante su paso a la adultez; donde muchos eran los interrogantes que persistían en el proceso de transición que requerían total atención por parte de los organismos estatales para evitar que se desencadenara una problemática mayor a la estudiada; que trasgrediera con el paso de las generaciones.

Los resultados de las investigaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), le permitieron determinar un renglón importante en los modos de vida de los jóvenes, y era precisamente el factor que estaba sujeto a ellos, qué determina los proyectos de vida de los jóvenes: la crisis económica, los sistemas democráticos, los modelos educativos, los cambios institucionales y los valores culturales debido a la globalización de las comunicaciones. Variables que empezaron a determinar las políticas de salud de las naciones latinoamericanas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha sido el primer organismo en abordar las problemáticas de la salud en jóvenes de poblaciones con bajos índices económicos; casos como los de 1996 donde lograron esquematizar los riesgos en los hábitos de vida del individuo cuando éste se encuentra entre los 10 a 19 años y 15 a 24 años¹⁵. La finalidad del estudio fue identificar los riesgos en su salud a

¹⁵ MADDALENO, Matilde, COE, Gloria y otros. Manual de Comunicación Social para programas de promoción para la salud de los adolescentes, División de Promoción y Protección de la Salud

los que estaba expuesta dicha muestra que representaba el 30% de la población de América Latina en ese entonces. La investigación no sólo arrojó resultados inmediatos en cuanto a la concientización y formación de los jóvenes frente al tema, sino que también permitió prever el recargo en los sistemas sanitarios, educacionales y laborales generados en los años venideros cuando la población empezara a incrementarse, un fenómeno que encendió las alarmas en todos los países.

La creación de sus diagnósticos en poblaciones determinadas, la OPS, le permitió aliarse con otras organizaciones para impulsar planes enfocados al desarrollo de políticas claras y efectivas en salud (al menos tenían el soporte de la resolución CD36.R18, que insta a los gobiernos a establecer planes nacionales para promover la salud integral de los adolescentes, XXXVI Consejo Directivo realizado en septiembre de 1992, los Estados *Plan de Acción sobre la Salud del Adolescente en las Américas*); con el respaldo de la resolución y su alianza con otras organizaciones la OPS, le presentó a los distintos gobiernos un mecanismo efectivo para mejorar la capacidad científica, técnica y administrativa para el inicio de los programas íntegros de salud.

Luego de la aprobación de la resolución CE120.R8 del XL Consejo Directivo que le expresa a los estados miembros a promover la inclusión del tema de adolescencia y juventud en la agenda política y pública, con miras a mejorar la capacidad de los países para satisfacer las necesidades de los adolescentes, la colaboración intersectorial entre gobiernos, ONGs, universidades y medios de comunicación se evidencia progresivamente con la inclusión de campañas provenientes de distintos sectores y con el estudio paralelo realizado a las mismas.

En el país, el respectivo Ministerio de Salud, convertido en Protección Social, se ha mostrado interesado en los parámetros latinoamericanos para investigar y promover la salud ejemplo de ello son los convenios establecidos con las universidades públicas y privadas para fortalecer el estudio y la creación de las Políticas en salud de las distintas regiones del territorio nacional. Un mecanismo que le facilita en gran medida la implementación de sus proyectos en el sector salud; sin embargo, las investigaciones han mostrado que es urgente superar los niveles de precariedad que éste sector muestra en algunos sectores poblacionales.

Carolina Weisner es un referente nacional idóneo de investigación donde la alianza establecida entre la Comunicación y la Salud vislumbra más respuestas acerca de los efectos proporcionados por las políticas saludables en los casos de

Programa de Salud Familiar y Población. Unidad Técnica de Salud y Desarrollo de Adolescentes, Department of Health and Human Services, Organización Panamericana de la Salud, 2001. Consultado el 2 de septiembre de 2007.

enfermedades de alto riesgo. Más exactamente el cáncer, que propició con sus cifras alarmantes para el 2005 una nueva propuesta de Comunicación Educativa para su Control en Colombia. Es de ésta manera como la investigadora Weisner con otros cinco colegas suyos desarrollan el modelo comunicativo desde una explicación detallada del funcionamiento de la estructura de la salud en el país: la manera en la que se ha distribuido para la población, los planes de promoción y prevención y los accesos que a ella tienen los individuos.

Carolina logra determinar tres ámbitos de acción que guiarán el estudio hacia la creación del modelo: Las políticas públicas, los espacios comunitarios y los servicios en salud que tiene como fin la reducción del riesgo, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos para el cáncer. Así logra determinar la vigilancia que se debe realizar frente a los servicios de salud y la forma en que es recibida por los usuarios. Con la información que surge luego del monitoreo y seguimiento de los resultados la educación y la comunicación se convierten rápidamente en los pilares fundamentales de la salud para posibilitar la concientización de los pobladores frente a los cuidados y frente a la creación de sólidas políticas en salud que los empodere y les permitan mejorar su calidad de vida.

En nuestra Alma Matter, desde donde se origina el presente estudio de investigación, también se ha trazado un precedente en cuanto a la Comunicación en la Salud, aunque en niveles todavía básicos. Las monografías que se refieren al tema se centran en la generación de diagnósticos sobre problemáticas o falencias en el campo de la salud (salud sexual y reproductiva, en poblaciones del Caquetá y Huila), tomando como herramienta fundamental la comunicación para crear estrategias de interacción entre la comunidad donde se aplica dicho estudio. De otra parte, se han archivado proyectos donde se fomentan y aplican estrategias educativas con la ayuda de la comunicación, para determinar su efectividad a corto, mediano y largo plazo.

La sistematización de las experiencias en salud, también se han convertido en una opción investigativa para quienes buscan temas de monografías (territorios indígenas y sur del Huila), ya que pueden apoyarse en la comunicación para interpretar sus resultados y evaluar los comportamientos de los individuos frente a la inclusión de las estrategias. Una finalidad que se ha marcó éste proyecto de investigación extendida hacia la formulación de una estrategia comunicativa requerida en un proyecto de promoción y prevención de una enfermedad de alto riesgo.

2. METODOLOGÍA

El método cualitativo es la base de esta investigación porque busca comprender lo que ocurre en cada uno de los elementos de la realidad teniendo en cuenta la relación que hay entre estos y, el contexto espacio-temporal en el que se desenvuelven. Además no busca una aproximación meramente estadística sino que más bien consiste en una aproximación a través de la cual, es posible conocer y reflexionar acerca de los rasgos socioculturales de los actores. Esta comprensión solo se logra en su totalidad en la medida en que se perciba la realidad desde una mirada abierta¹⁶. Esta investigación es de carácter descriptivo debido a que identificó los distintos factores que ejercieron influencia en el fenómeno de la comunicación en la aplicación de estas estrategias educativas.

Para esto, fue indispensable que la investigación se desarrollara a partir de la posibilidad de comprender la esencia de los procesos comunicativos, a partir del reconocimiento de las acciones y experiencias de los actores con relación a la aplicación de la estrategia.

Por ello, el método cualitativo permitió analizar la comunicación desde cada uno los actores del proyecto: gestores, ejecutores, facilitadores y beneficiarios, la manera en la que percibieron la comunicación y cómo fue el manejo otorgado a la misma en cada una de las fases de la estrategia por parte de gestores y ejecutores. De igual forma, permitió establecer cómo fue la integración entre el aspecto comunicativo y educativo, en la fase de aplicación, ejecutada por los facilitadores (coordinadores PAB) en cada municipio y cómo fue la recepción por parte de la población beneficiaria.

Esta investigación enfatizó en la “comprensión de los procesos, pero dando mucha importancia a los puntos de vista de las personas e intentando comprenderlas desde el interior”¹⁷, para conocer como fue concebida la comunicación durante cada fase, desde su origen y planeación, hasta la recepción por parte de los beneficiarios, es decir, indagando a todos los actores, desde la interacción que se produjo durante la aplicación de la estrategia, y desde el sentido que cada uno aporta al proceso comunicativo.

¹⁶MURCIA Peña, Napoleón – JARAMILLO Echeverri Luis Guillermo. La complementariedad como posibilidad en la estructuración de diseños de investigación cualitativa. Revista Cinta de Moebio. No12. Chile. 2001, pág 6

¹⁷ DESLAURIERS, Jean Pierre. Investigación cualitativa y cambio social. Revista de Ciencias humanas UTP. No.17. 2000, pág 12

Entre la población escogida para esta investigación se encuentra los municipios de Tello, Suaza y Yaguará, identificados principalmente por su diversidad cultural y en especial por los diferentes niveles de eficacia en la ejecución de la estrategia.

2.1 ESTUDIO DE CASO

Para esta investigación acerca de la comunicación en esta estrategia de salud para la prevención del cáncer y promoción de estilos de vida saludable, se escogió como diseño el *estudio de caso* con el que se puede estudiar a un individuo, o grupo establecido en un entorno o situación, de la forma más detallada e intensa posible.

A través de la utilización del estudio de caso se obtuvo una radiografía concerniente a la comunicación como elemento indispensable en el diseño y aplicación de estrategias educativas en salud, pero analizada desde los diferentes actores, su interacción y relación con el entorno, teniendo en cuenta las características propias de cada contexto, para tener una comprensión integral de la mismos.

A partir de los anteriores parámetros que planteó este diseño en particular, para este proyecto, el estudio de caso permitió analizar principalmente, el aspecto comunicativo en la aplicación de la estrategia para la prevención del cáncer y la promoción de estilos de vida saludable, desde el momento de la concepción de la estrategia, en la fase inicial de la creación y estructuración de los mensajes que se dirigieron a los beneficiarios, la difusión de los mismos y, su recepción y aplicabilidad, es decir, si hubo una asimilación que forjara cambios en los hábitos, propuestos por la estrategia. El estudio de caso permitió definir la eficacia del componente comunicativo partiendo de estas etapas pero a la vez, tomando todos los elementos del como un todo.

2.2 UNIVERSO Y MUESTRA

El estudio posee una muestra conformada por tres grupos de Hogares Comunitarios de Bienestar FAMI (Familia, Mujer e Infancia), beneficiarios de la estrategia de prevención del cáncer y promoción de estilos de vida saludable de los municipios de Suaza, Tello y Yaguará. El grupo gestor del proyecto conformado por el área de salud sexual y reproductiva de la Secretaría de Salud Departamental; el grupo ejecutor del proyecto, integrado por el área de educación de la Liga Contra el Cáncer Seccional Huila y sus respectivas directivas. Finalmente el grupo facilitador, constituido por los coordinadores PAB (Plan de Atención Básica) y coordinadores P y P (Promoción y Prevención) de los municipios señalados por la investigación.

Los municipios seleccionados para esta investigación fueron Suaza, Tello y Yaguará, una vez se establecieron criterios como la proximidad geográfica en el caso de los municipios de la zona norte (Tello y Yaguará), por sus niveles socioculturales como el grado de participación e interés en la aplicación de la estrategia.

De acuerdo a lo anterior, se establecieron estos tres municipios representativos porque registraron resultados que variaron en cuanto a la participación: en el caso específico del municipio de Suaza, se evidenció un alto grado de participación que favoreció el cumplimiento de las metas trazadas por las estrategias educativas del proyecto. En el municipio de Tello, se mostraron resultados en un nivel medio de participación que propiciaron falencias en el cumplimiento de los objetivos del proyecto. Por último, el municipio de Yaguará, presentó un nivel bajo de participación que afectó considerablemente la ejecución de las estrategias y por ende, el cumplimiento de los objetivos planteados inicialmente.

La selección de los municipios para este estudio respondió a la clasificación de los casos de acuerdo a la incidencia de la participación en la aplicación de la estrategia en cada municipio del departamento, es decir que la escogencia responde a casos típicos (municipio de Tello) y extremos (Suaza y Yaguará).

2.2.1 Universo temporal

La investigación se realizó durante el 2008 y primer semestre del 2009.

2.2.2 Universo geográfico

El estudio se desarrolló en tres grupos de Hogares Comunitarios de Bienestar FAMI (Familia, Mujer e Infancia), de los municipios de Suaza, Tello y Yaguará en donde se aplicó la estrategia educativa para la prevención del cáncer y la promoción de estilos de vida saludable. La selección de la muestra se realizó al azar y además, contó con la participación de los gestores, ejecutores y facilitadores del proyecto en cada municipio.

- TELLO: **1 FAMI** (12 madres gestantes o lactantes)
- YAGUARÁ: **1 FAMI** (12 madres gestantes o lactantes)
- SUAZA: **1 FAMI** (12 madres gestantes o lactantes)

Teniendo en cuenta que lo que se indagó fue la percepción de los beneficiarios acerca de la estrategia para la prevención del cáncer, en cada uno de los tres municipios del departamento del Huila en donde se realizó el estudio, se escogió

un segmento poblacional siguiendo parámetros característicos para la aplicación de las entrevistas a grupos focales.

Los participantes seleccionados fueron las mujeres pertenecientes al Programa Hogares Comunitarios de Bienestar (FAMI), Familia, Mujer e Infancia, de cada uno de los tres municipios escogidos, teniendo en cuenta que la estrategia educativa para la prevención del cáncer y la adopción de estilos de vida saludable, se enfocó hacia este sector de la población de mujeres pertenecientes a los estratos 1 y 2, por esta razón se consideró que son informantes de gran relevancia para la investigación.

Otra variable que se tuvo en cuenta para la selección de la muestra, fue que el grupo estuviera dentro de la población en edad fértil que se estima entre los 13 y 55 años para este estudio. A partir de estos puntos, se delimitaron los espacios de interacción en cada municipio y se consideró la muestra tomando como referencia “las experiencias compartidas y validadas culturalmente por las personas, la cual pueden fundamentar el conocimiento que tienen sobre aspectos que los afectan en tanto colectividad”¹⁸. Es decir las experiencias de este grupo de mujeres en torno a los hogares comunitarios FAMI, sus prácticas y, los conocimientos que comparten acerca del cáncer y los estilos de vida saludable.

Por lo anterior, la muestra trata de ser lo más homogénea y representativa posible, para ello se escogieron grupos de 12 participantes en cada municipio; mujeres en edad fértil pertenecientes a hogares FAMI de cada municipio así:

Características del grupo mujeres gestantes

Características del grupo	Municipio	Número de participantes
Mujeres gestantes y lactantes pertenecientes a FAMI's	<i>Suaza</i>	<i>12 mujeres por sesión</i>
Mujeres gestantes y lactantes pertenecientes a FAMI's	<i>Tello</i>	<i>12 mujeres por sesión</i>
Mujeres gestantes y lactantes pertenecientes a FAMI's	<i>Yaguará</i>	<i>12 mujeres por sesión</i>

FAMI'S

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, es la entidad oficial encargada de velar por el cumplimiento de los derechos de la niñez. De esta

¹⁸ BONILLA Castro, Elssy - RODRÍGUEZ Sehk, Penélope. Más allá del Dilema de los Métodos la Investigación en Ciencias Sociales. Norma, Bogotá 1997. pág 46

manera, adelanta programas para la protección y asistencia de los menores de edad y las madres lactantes.

Fue creado en el año 1966, durante el gobierno liberal de Carlos Lleras Restrepo, que se denominó de “Transformación Nacional”.

Dentro de los programas para la protección y asistencia de las madres lactantes y los menores de edad, se encuentran el “*Programa de Hogares Comunitarios de bienestar*” y el “*Programa Hogares Comunitarios de Bienestar FAMI, Familia, Mujer e Infancia*”. Cada uno de ellos está conformado para brindar atención y asistencia a poblaciones específicas.

Programa de hogares comunitarios de bienestar

Fueron creados mediante la Ley No. 89 de 29 de Diciembre de 1988. El parágrafo 2o de esta ley, dicte de la siguiente manera:

“El incremento de los recursos que establece esta ley se dedicará exclusivamente a dar continuidad, desarrollo y cobertura a los *Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar* del las poblaciones infantiles más vulnerables del país. Se entiende por Hogares Comunitarios de Bienestar, aquellos que se constituyen a través de becas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF- a las familias con miras a que en acción mancomunada con sus vecinos y utilizando un alto contenido de recursos locales, atiendan las necesidades básicas de nutrición, salud, protección y desarrollo individual y social de los niños de los estratos sociales pobres del país”.

Cada hogar de Bienestar recibe alrededor de 15 niños, y es coordinado por una madre comunitaria, escogida previamente por la asociación de padres de familia, y cada día una madre o familiar de los niños que asisten al hogar, ayuda a la madre comunitaria en el cuidado de los niños.

Estos Hogares son rotulados bajo la modalidad 0 a 6 años, pues los niños que asisten allí, se encuentran dentro de este rango de edad. Beneficios como la alimentación, la educación, la estimulación y el cuidado, son recibidos por los menores pertenecientes al programa.

Programa hogares comunitarios de bienestar FAMI, familia, mujer e infancia

Fueron creados mediante el acuerdo 039 de 1990, considerando que “para el desarrollo y el mejoramiento de la calidad de vida de los niños y niñas menores de 2 años desde su gestación, se requiere una alternativa de atención que conlleve al desarrollo de acciones educativas, formativas y de reflexión participativa con las

familias, que involucre procesos de construcción colectiva del conocimiento, actitudes y prácticas referidas especialmente a la convivencia familiar , a cambios y cuidados durante la gestación, la lactancia y etapas de desarrollo infantil y familiar, propiciando el autocuidado y el fomento al fortalecimiento y construcción de valores individuales y familiares , bajo un enfoque de prevención integral apoyado en la autogestión y cogestión familiar y comunitaria”¹⁹. En el Huila, el programa Hogares FAMI, es implementado a partir de 1991, durante el gobierno de Cesar Gaviria.

Cada hogar FAMI, brinda atención a Familias en Desarrollo con niños y niñas desde su gestación y hasta los dos años, con el fin de mejorar la función socializadora de la familia, propiciar el desarrollo integral de sus miembros y fortalecer la responsabilidad de los padres en la formación y cuidado de sus hijos. Se entiende por Familias en Desarrollo, el grupo familiar que vive, participa, y acompaña el proceso de desarrollo armónico de sus miembros, desde su gestación.

El programa involucra familias con mujeres gestantes, familias con madres lactantes y familias con niños y niñas menores de dos años, que se encuentren en situación de vulnerabilidad psicoafectiva, nutricional, económica y social. Prioritariamente de los niveles 1 y 2 del SISBEN, familias en condición de desplazamiento y familias pertenecientes a grupos étnicos.

Esta modalidad, fomenta la cultura de los estilos de vida saludable como eje del mejoramiento de la calidad de vida de las Familias en Desarrollo, en ese sentido, es obligatorio para las madres gestantes que son beneficiarias del programa, estar asistiendo a control prenatal en una entidad de salud y recibiendo orientación en hábitos de vida y en la prevención de VIH/SIDA.

Cada hogar FAMI, está conformado por 1 unidad: Madre comunitaria responsable del hogar. 15 cupos dobles, los cuales representan el número de usuarios que se atienden. Por cada cupo se benefician una madre gestante o lactante y un niño o niña menor de dos años, es decir por cada unidad se atienden 30 beneficiarios.

En los municipios incluidos dentro de esta investigación, se reportan, según cifras del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – Regional Huila, los siguientes hogares FAMI:

YAGUARÁ

- 4 Unidades
- 60 Cupos dobles
- 120 Usuarios atendidos

¹⁹ Fragmento sustraído. Acuerdo 039 de 1990. Ministerio de Salud. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF. Pág. 1. 1990

TELLO

- 6 Unidades
- 90 Cupos dobles
- 180 Usuarios atendidos

SUAZA

- 2 Unidades
- 30 Cupos dobles
- 60 Usuarios atendidos

Descripción general del área de estudio

YAGUARÁ

Yaguará está localizado sobre los valles que forman el río que lleva su mismo nombre y el Río Grande de la Magdalena, más exactamente en el área centro del departamento. Esta localidad enclavada en la vertiente oriental de la cordillera central, se encuentra a 49 kilómetros (vía terrestre) de Neiva, ciudad capital. Su extensión es de 329 km², lo cual representa el 1.6% del área departamental. “Limita al Norte con los municipios de Teruel y Palermo, al sur con Gigante, Hobo y Tesalia, al oriente con Campoalegre y Hobo y al occidente con Tesalia e Iquira”. Su cabecera municipal está situada a 650 mts sobre el nivel del mar, con una temperatura media de 25 grados centígrados y las poblaciones adyacentes se ubican entre los 500 y 1200 msnm.

Según cifras de Planeación Departamental, la población de Yaguará es de 7.865 habitantes, discriminada de la siguiente manera: 6.634 habitantes en la cabecera municipal y 1.231 habitantes en el área rural. La población asentada en el área urbana representa el 84.60% y la población rural constituye el 15.39%. Estas cifras indican que durante los últimos años ha habido un marcado movimiento poblacional hacia el área urbana, atribuido entre otras causas, a la baja comercialización de los productos y en general, al desmejoramiento del sector agropecuario.

Tal como ocurre en buena parte del Departamento, Yaguará es un municipio de gente joven; cerca del 45.13% de su población está representado por niños y jóvenes y el 48.37% está integrado por adultos. Tan solo el 6.4% de la población corresponde a personas que atraviesan la tercera edad. En general, esta localidad demuestra una buena dinámica poblacional, definida por la presencia de habitantes jóvenes, lo que a su vez se postula como un indicador de la demanda de servicios que esta población generará en un futuro próximo.

“En los últimos años, la tasa de crecimiento demográfico ha sido de 0.84%, siendo el área urbana la de mayor aumento, mientras que la rural, por el contrario, apunta a la baja. Las zonas con mayor densidad poblacional son –en el área rural- la vereda Bajo Mirador y –en la zona urbana- los barrios Los Lagos y Guayabal II y III etapas. En el sector urbano, el 17.14% de la población es pobre, mientras que en el área rural este índice alcanza el 30.15%, lo que indica que el bajo potencial de desarrollo en esta zona es todavía más preocupante”

Aunque en Yaguará, la entrada y salida de personas es frecuente, debe anotarse que se trata de desplazamientos motivados por una serie de factores externos y otros internos que han incidido en su aparición y han definido los parámetros de su desarrollo. Aún, esta localidad no ha sido afectada por desplazamientos masivos, ocasionados por fenómenos de violencia. En la actualidad solo se conocen algunos casos aislados de familias que llegaron a Yaguará huyendo de las acciones violentas consumadas por grupos al margen de la ley, que operan en localidades cercanas, como Algeciras.

Yaguará es un municipio agropecuario por excelencia. El eje de su sistema económico está centrado en las actividades que se derivan de este renglón y, en menor proporción, en otras como la minería y la piscicultura, que muestra un alza representativa dado el auge de este arte. “Las tierras se dedican fundamentalmente a pastos para ganadería y para el desarrollo de cultivos comerciales semestrales, convirtiéndose estas actividades en los mayores generadores de ingresos familiares. Yaguará depende de otros municipios como Neiva, Iquira y Teruel por no producir los alimentos de pan coger. Dentro de los productos agrícolas se encuentran: arroz riego, achira, guanábano, cacao, maíz, pan coger. La ganadería es de tipo extensivo utilizando principalmente el cruce de cebú - pardo –suizo – y criollo.

Los pastos en su mayoría naturales, 23.050 hectáreas corresponden al 96.6% del total de tierras destinadas para esta actividad y pastos mejorados (braquiaria) con que además le permite trabajar en la elaboración de derivados lácteos, como el quesillo, los cuales son comercializados en ciudades cercanas, entre ellas, Neiva”.

El municipio cuenta con la prestación de todos los servicios públicos. El servicio de acueducto se alimenta de tres fuentes de abastecimiento, el río Pedernal, y las quebradas Hato Viejo y Jordán, que permiten una cobertura del 98.8% en el área urbana y de 59.81% en el área rural. Respecto al servicio de alcantarillado, emergen algunas preocupaciones, pues no se realiza un control estricto sobre la conducción de aguas negras, que en alto porcentaje son vertidas en el embalse de Betania. De igual manera la sobreutilización de la red de alcantarillado, la cual no fue diseñada pero si está siendo usada para captar, de forma combinada, los desechos líquidos domiciliarios, y de paso, las aguas lluvias que en época de invierno suelen ser acompañadas de residuos sólidos. Aún así el sistema alcanza una cobertura de 92.6% en el área urbana y del 46.73% en el área rural.

En cuanto al manejo de las basuras, la cobertura en el área urbana es de 94.63%, mientras que en el área rural ni siquiera es prestado el servicio de aseo y recolección de residuos. De esta manera, los desechos recogidos en la cabecera municipal, son clasificados, separados y posteriormente enterrados, proceso que no es del todo salubre, pues genera una serie de problemas ambientales como la emisión de gases tóxicos que afectan el aire. En el área rural, la situación también se torna compleja, debido a que los residuos no son enterrados pero si son quemados, lo cual desestabiliza el equilibrio ambiental de la zona.

La energía eléctrica es suministrada por la Electrificadora del Huila, con una cobertura cercana al 97% en el área urbana y al 95% en el sector rural. El alumbrado público llega al 80% de la población, en algunas zonas con deficiencias en materia de voltaje. La telefonía Básica es prestada por la empresa Colombia Telecomunicaciones, la cual garantiza una cobertura aproximada al 80% en el área urbana, mientras la rural logra comunicarse a través de radioteléfonos ubicados en la veredas principales: Letrán, Upar, La floresta, Arenoso, Bajo mirador y Viso.

Cabe resaltar que Yaguará cuenta con distintos ecosistemas estratégicos como el Embalse de Betania, que es catalogado como productivo, pues aporta directamente bienes y servicios ambientales a la población. Tiene a su disposición 7.400 hectáreas en espejo de agua, de las cuales el 77% está incluido en el patrimonio de esta localidad. De igual manera, existen otros ecosistemas estratégicos como la Loma de la ocha, ubicada a una altitud de 1.200 msnm y con una extensión aproximada de 268 hectáreas, de las cuales el 11.64% está poblado por bosques secundarios. Existe, también la Cuchilla de Upar, reserva forestal y la Caja, zona de producción hídrica.

TELLO

Tello, municipio de gran importancia para el desarrollo integral de la región, está localizado en el área nororiental del territorio opita, exactamente sobre una de las vertientes de la Cordillera Oriental. Este municipio conocido como “El viñedo Huilense” se encuentra a solo 22 kilómetros de la ciudad de Neiva, recorrido por vía pavimentada en su totalidad. Su extensión es de 557.19 Km². “Limita al Norte con los municipios de Baraya y Villavieja, al oriente con los departamentos de Meta y Caquetá, al occidente con Aipe y Neiva y al sur, de nuevo con la ciudad Capital” Su cabecera municipal está situada a 575 metros sobre el nivel del mar, con una temperatura media de 26 grados centígrados.

Según cifras de Planeación Departamental, la población de Tello es de 13.553 habitantes, discriminada de la siguiente manera: 5.626 habitantes en la cabecera municipal y 7.927 el área rural. La población asentada en el área urbana representa el 37.60% y la población rural constituye el 62.39%. Lo anterior indica

que el municipio de Tello es uno de los pocos, en donde aún la concentración de habitantes es mayor en el campo.

Aunque por una mínima diferencia, Tello es un municipio predominantemente masculino, cerca del 54.3% está integrado por hombres, mientras que el 45.7% restante corresponde a las mujeres. Al igual que Yaguará, puede decirse que Tello es un municipio de gente joven; pues cerca del 50.1 % de su población está conformado por personas menores de 20 años.

La inexistencia de una infraestructura apropiada para satisfacer las necesidades más básicas de la población, genera el traslado de todos aquellos habitantes que requieren bienes o servicios, tanto educativos y de salud, como bancarios. Neiva, es uno de los destinos escogidos para llevar a cabo esas actividades. Algunos de esos desplazamientos, son definitivos y otros periódicos, sin embargo debe mencionarse que en Tello se presenta el fenómeno de desplazamiento masivo, ocasionado por fenómenos de violencia, con mayor impacto en la zona rural.

Tello es un municipio agropecuario. Su dinámica económica gira alrededor del sector primario, siendo los subsectores agrícola y Pecuario, los más representativos. En lo agrícola, los productos característicos son el arroz, el cacao, el banano, el aguacate y las frutas, entre ellas, la uva. También se encuentran el café, el frijol, el lulo, la arveja y el maíz. En lo pecuario, la explotación de bovinos “doble propósito”, es decir aprovechando su carne y su leche, es la actividad más representativa, porque acoge al 34% de los productores y aporta el 50% de la producción local. Cerca de 25.475,6 hectáreas, el 45.72% de la superficie municipal, son dedicadas a la ganadería. Con un mínimo grado de tecnificación y una producción a baja escala, las actividades agroindustriales e industriales, no alcanzan un porcentaje significativo en el sistema económico local. No obstante, se cuentan una fábrica de insumos agrícolas y unas pocas microempresas que se han constituido sobre estructura familiar, y están dedicadas a la producción de artesanías.

Tello, cuenta con todos los servicios públicos. El suministro de agua depende del funcionamiento de los acueductos rurales y urbanos con que cuenta el municipio. En el casco urbano, la red de captación y distribución toma el agua del río Villavieja, de donde se dirige a la plana de tratamiento para luego ser consumida por el 80% de la población. En el área rural operan sistemas colectivos e individuales, alimentados por el río Villavieja y varias quebradas, entre ellas, Romero, La Tafura, Las Juntas, Guadaleja y El tigre, que permiten satisfacer las necesidades de la comunidad, a pesar de no recibir tratamiento alguno. Solo sectores como Anacleto García y San Andrés, tienen a su disposición acueductos domiciliarios, que funcionan conectados a una planta de tratamiento, lo que garantiza la calidad, más no la cantidad del agua.

La red de alcantarillado solo beneficia al 36% de la población, lo que demuestra que en esta materia existen serias deficiencias que perjudican a los habitantes del área urbana, pero también a los habitantes de la zona rural, pues allí solo los sectores Anacleto García y San Andrés, cuentan con un sistema de evacuación, aunque sin planta para el tratamiento final de los residuos.

En cuanto al servicio de aseo, la población urbana tiene cobertura del 80%; se puede decir que existe un buen mecanismo de recolección, aunque no de disposición, pues los desechos sólidos son acumulados sin seguir ninguna estrategia de reciclaje. Algo similar ocurre en el área rural, donde solo los sectores Anacleto García y San Andrés, han resuelto la problemática en alguna medida, a través de contratos de aseo, que sin embargo, tampoco contemplan un manejo integral de los residuos. La energía eléctrica es suministrada por la Electrificadora del Huila, alcanzando en el área urbana una cobertura del 100%. En el área rural, el servicio es prestado con algunas deficiencias, relacionadas con la insuficiente capacidad de la red, lo cual genera irregularidades en el voltaje.

La telefonía básica es prestada por la empresa Colombia Telecomunicaciones, con una cobertura del 80% en la población urbana. Entre tanto, en el área rural, tan solo los habitantes del sector Anacleto García tienen acceso a él, pues permanecen conectados a la red telefónica de Vegalarga. Mientras que los habitantes de San Andrés pueden comunicarse a través del único centro de atención que funciona allí. A este municipio llega el servicio de gas, gracias a la existencia de una planta administrada por la empresa Alcanos de Colombia. Solo el área urbana se ve beneficiada con este servicio.

Tello cuenta con un centro de salud localizado en la cabecera municipal, y que a su vez, atiende pobladores de Baraya y Colombia, razón por la cual, en ocasiones, se hace insuficiente la atención. Los habitantes de la zona rural tienen a su disposición un puesto de salud de primer nivel que presta atención básica a quienes residen en San Andrés, La Urraca, Gramal y Bolivia, mientras que los habitantes del sector Anacleto García, reciben servicios del centro de salud de Vegalarga.

Una de la problemáticas que afronta el municipio está relacionada con el campo de la salud, pues no existe la infraestructura necesaria para atender a los grupos poblacionales más vulnerables, como lo son los ancianos y los niños. Los equipos humanos y técnicos con los cuales funcionan los centros de salud son insuficientes. “Al hecho de que el 100% de la población, en especial la rural, no recibe los beneficios de un sistema de salud, debe sumarse la falta de programas de prevención y promoción orientados a satisfacer las necesidades que, en esta materia, registran los lugareños. La ausencia de campañas de promoción y prevención se ve reflejada en la forma como los asentamientos humanos poco a poco han venido convirtiéndose en focos de contaminación, enfermedades e infecciones”.

Otra de las problemáticas que debe afrontar Tello es la presencia de grupos al margen de la ley, entre los que se cuentan, pandillas de delincuencia común y guerrilla. Esto constituye una amenaza contra el desarrollo integral de la población, pues impide la inversión social y favorece la proliferación de formas de vida como las que giran en torno a las dinámicas propias de esos grupos.

SUAZA

Suaza, municipio conocido como “La ciudad de los sombreros de Iraca”, está localizado sobre la vertiente occidental de la cordillera Oriental o corredor transamazónico. Su extensión total es de 336 km². “Limita por el norte con los municipios de Altamira y Guadalupe; por el sur, con Acevedo; por el occidente, con Timaná; y por el oriente con el departamento del Caquetá”. Su cabecera municipal está situada a 990 metros sobre el nivel del mar, con una temperatura promedio de 23 grados centígrados.

Según cifras de Planeación Departamental, la población de Suaza es de 14.356 habitantes, discriminada de la siguiente manera: 3.264 habitantes en la cabecera municipal y 11.092 habitantes en el área rural. El área urbana abarca un total de 71,41 hectáreas Km², y el área rural un total de 3.288.59 hectáreas. Km². La localización geodésica del municipio es 1° 59´ latitud Norte y 75° 48´ longitud oeste, y se encuentra a 155 km de Neiva.

“La topografía del Municipio está conformada típicamente por interandinos y por las cumbres de la cordillera Oriental o corredor Transamazónico, lo que hace que se presente gran variedad en el relieve y en la topografía. El Municipio hace parte de la subcuenca del Río Suaza, y a él tributan sus aguas todas las quebradas que tiene el territorio: Margen derecha: Quebradas Jacué y sus tributaria El Name, Aguas claras, El Tigre y sus afluentes, Mantagua; y quebrada Emayá y su afluente la Pioja. Margen Izquierda: Quebrada la Singa, Satía, Quebrada Seca; Las Tapias y sus afluentes, Agua Fría, Picuma, Gallardo y El Queso”.

La población masculina es predominante, cerca 7.660 habitantes corresponden a este sexo, mientras que 6.957 habitantes se ubican en la población femenina.

El municipio de Suaza cuenta con los siguientes servicios: en el campo de la salud, se encuentra el Hospital local, Nuestra Señora de Fátima, el cual forma parte de la regional Centro – Garzón. Presta servicios de consulta médica general, odontológica, exámenes de laboratorio y rayos x. Además, un médico rural y una enfermera comunitaria que desarrollan campañas de promoción y prevención. En el sector existen cinco puestos de salud, ubicados en las dos inspecciones de policía y en las veredas Avispero, Salados y Picuma, respectivamente.

En cuanto a la recolección y disposición final de las basuras, debe decirse que en el área urbana, el servicio es prestado por el municipio. Actualmente, se realizan dos rondas por semana, con una cobertura del 96%. Semanalmente, el área urbana produce 11 toneladas de basuras, las cuales son trasladadas a él botadero municipal, ubicado sobre la vía Guadalupe, a 4 km del casco urbano, y se realiza a cielo abierto. Aunque el nivel en cobertura es alto, el manejo de los residuos sólidos no se lleva a cabo de manera integral, situación que fomenta la problemática ambiental. En el área rural, todavía se utiliza con frecuencia la quema de residuos, procedimiento que también ocasiona daños al medio ambiente y a la salud de los pobladores.

El suministro de agua para el consumo en el área urbana, se lleva a cabo por medio de dos acueductos, los cuales se abastecen de la quebrada Emaya, con una cobertura del 70% de la población. El acueducto es administrado por el municipio. El alcantarillado vierte sus aguas directamente en el río Suaza, sin hacer un tratamiento integral a las aguas residuales domésticas, las provenientes de la plaza de mercado y del matadero, esto ocasiona serios daños a las aguas del río.

La telefonía básica es prestada por la empresa Colombia Telecomunicaciones, con una cobertura del 80% en el área urbana, mientras en el área rural este servicio es deficiente. La energía eléctrica es suministrada por la Electrificadora del Huila, alcanzando en el área urbana una cobertura del 100%. En el área rural, el servicio es prestado con algunas deficiencias, relacionadas con la insuficiente capacidad de la red, que es antigua y presenta variaciones en el voltaje.

La agricultura es muy importante en la vida del municipio y ocupa la mayor parte del territorio. Suaza cuenta con variedad de pisos térmicos y climas. Se encuentran los climas “muy Fríos”, “fríos”, y “templados”, los cuales favorecen las distintas actividades que conforman el sistema económico local. “La región se caracteriza por la producción Agrícola y Ganadera; los principales cultivos son: café, maracuyá, ahuyama, cítricos y madera. Se desarrolla principalmente en los sectores primario y terciario, y se fundamenta en la actividad agropecuaria, artesanal y de servicios.

Sector Primario. La agricultura es muy importante en la vida del municipio, ocupa el 73.1% del territorio cuyos cultivos son minifundios y en su gran mayoría los predios tienen menos de 15 Has, los cuales carecen de tecnología; el café ocupa primer renglón de producción, seguido del cacao, maracuyá, lulo, caña panelera, maíz, plátano, yuca y hortalizas. El sector pecuario está representado principalmente de ganado bovino ceba, porcino ceba, porcinos cría y equinos; actividad que se realiza con prácticas tradicionales y sin tecnificación, razón por la cual genera bajos niveles de producción.

El sector piscícola es básico en la alimentación de la población con especies como la mojarra y carpas, cuya producción es de consumo diario. Sector Secundario. Está representado por la actividad de la construcción que ocupa una pequeña, pero significativa parte de la población económicamente activa, y por las artesanías. La actividad artesanal está representada en la pintura artística, alfarería y la elaboración del sombrero suaceño. Sector Terciario. Representado por el comercio y los servicios. En el primer renglón predominan pequeños establecimientos comerciales como misceláneas, restaurantes, talleres de ornamentación, carpinterías, graneros, cantinas, discotecas, establecimientos”.

Las fiestas más populares son las patronales y las fiestas ganaderas. Algunos sitios de interés cultural y turístico son los ecosistemas estratégicos como las áreas de reserva forestal. El Vergel, Emaya y la parte alta de la cuchilla de San Isidro, donde nacen las quebradas Satia, La Singa, Picuma, Gallardo, que poseen sectores de la subcuenca del río Suaza. También se encuentran atractivos turísticos como los Petroglifos de la vereda Satia y el Valle de las Orquídeas, las Caídas de agua en Chorro alto, y lugares paradisiacos en El Bosque y Santuario Santa Mariana de Gallardo.

Suaza presenta una seria problemática ambiental. “El deficiente manejo de las basuras, el vertimiento de aguas contaminadas, residuos sólidos y líquidos y las prácticas inadecuadas en algunos sistemas de producción, ocasionan la contaminación de las fuentes hídricas del municipio, que sumada a la presencia de roedores transmisores de enfermedades infectocontagiosas, hacen que se generalicen las de origen hídrico. De ahí los problemas de salud. Un porcentaje alto de niños y adultos (10%) han presentado estados de morbilidad con enfermedades como IRA (infección respiratoria aguda): 1.905 casos, diarrea (419), cólera, enteritis, parasitosis, fiebre de tipo epidemiológico e hipertensión (36)”.

2.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Después de establecer el método y el diseño de la investigación, se presentan las siguientes técnicas e instrumentos utilizados en la recolección de información. Para esto, se escogieron algunos acuerdos con la investigación cualitativa como la observación y la entrevista.

2.3.1 Guía de Actividades

Para la recolección de los datos de la investigación entre los cuatro grupos de población identificados se desarrollaron una serie de actividades de campo y revisión bibliográfica, que fueron organizadas mediante guías que permitieron monitorear el curso de cada una de estas actividades y el papel de los integrantes del grupo investigativo en la aplicación de las mismas. Las guías de actividades

comprenden la planeación y realización; cada guía se organizó para registrar información concreta alrededor de ítems como: ubicación espaciotemporal, objetivos de las actividades, metas a lograr, acciones específicas y cronograma, a demás de los instrumentos claves de recolección.

2.3.2 Guía de planeación de actividades

Se trata de una matriz que permite el desglose exacto de la actividad y su programación de desarrollo, que previene la incongruencia y los contratiempos durante la aplicación. En principio, es un formato que organiza desde la búsqueda bibliográfica hasta el mismo trabajo de campo. Con la detección de cuatro grupos de individuos al interior del proyecto, a los que se les aplicaron actividades de distinta naturaleza, la digitalización e interpretación de los datos se convirtieron en un procedimiento fluido. (Ver anexo A)

2.3.3 Guía de realización de actividades

Esta Guía de realización, recepciona en un primer momento el cumplimiento de la actividad y la respuesta de los receptores frente a ella, además de medir el desarrollo de las metas y los imprevistos o novedades que repercutieron en el curso de la investigación. (Ver anexo B)

2.3.4 Entrevista en profundidad

Para determinar las percepciones específicas de Gestores, Facilitadores y Ejecutores de la Estrategia Educativa del proyecto acerca del cáncer, fue necesario identificar una técnica flexible y abierta que permitiera indagar sus formas de vida personal, laboral y profesional que estuvieron inmersas en el proyecto y que develaron sus ópticas frente a la creación de Estilos de Vida Saludables entre la población del departamento, más exactamente en la tres municipios donde los resultados exitosos variaron.

La Entrevista en Profundidad de tipo Cualitativa, es una técnica que permitió entender y profundizar la perspectiva de los actores señalados, al momento de aplicar la estrategia educativa para la prevención de una enfermedad de alto costo; información que no se puede obtener con encuestas y sondeos estructurados y estandarizados; como tampoco de los archivos, evaluaciones y resultados del proyecto institucional.

Por su naturaleza receptiva para recolectar las vidas, experiencias y situaciones en escenarios específicos a poblaciones relativamente amplias en el menor tiempo posible, la Entrevista en Profundidad posibilitó obtener los datos de manera fluida

y concreta para analizarlos y poder emitir resultados alrededor de aspectos comunicacionales que se tejieron en torno a la aplicación de las estrategias educativas, como por ejemplo:

- La disposición y la entrega para aplicar el proyecto entre la población objeto de estudio.
- Las formas de interacción entre los distintos actores de la estrategia.
- Los niveles de comunicación tenidos en cuenta para desarrollar la estrategia.
- La estructuración de los mensajes y la eficacia de los canales utilizados.
- La manera de recepcionar los mensajes por parte de los beneficiarios.
- Los mecanismos para la difusión de las estrategias educativas.
- Los instrumentos de monitoreo y evaluación

La estrategia estuvo enmarcada claramente por objetivos de obtención de percepciones entre los cuatro actores identificados en la investigación; debido a la variedad de contextos y personajes, se hizo necesaria la utilización de una técnica de igual a igual como la Entrevista en Profundidad, a través de la cual se propició un diálogo abierto, en lugar de un interrogatorio escueto. El proyecto de grado se propuso “esclarecer la experiencia humana” tanto de actores encargados de aplicar estrategias, como de los actores beneficiarios, y por su carácter de conversación horizontal, la relación del investigador con el informante, llegó a un nivel casi personal. Sólo así se pudo determinar el tiempo requerido para fortalecer el contacto que se estableció con los actores sociales, la confianza, que es en últimas, la que contribuyó en la agilización para la recolección de información útil. (Ver Anexo C)

2.3.5 Entrevistas a grupos focales

Las entrevistas a grupos focales constituyen una parte importante en la recolección de la información, ya que la investigación plantea conocer la percepción que tienen los actores (beneficiarios) acerca de la eficacia de las estrategias para la prevención del cáncer, por lo que se hace indispensable recurrir a esta técnica que permite hacer énfasis en el contacto horizontal entre las madres de los hogares FAMI y los investigadores, permitiendo que se expresen anécdotas, puntos de vista y experiencias con respecto al tema del cáncer y los estilos de vida saludable.

A partir de estas entrevistas también se puede percibir el efecto que tienen los mensajes contenidos en las estrategias para la prevención del cáncer en las madres de los hogares FAMI de los tres municipios seleccionados para el estudio: Yaguará, Tello y Suaza. Por otro lado, la técnica facilita la exploración de los conocimientos en los diferentes grupos y comunidades con relación al cáncer y los

diferentes comportamientos en materia de salud, así también como las actitudes y el abordaje que tiene el equipo de médico acerca del tema.

Las entrevistas a grupos focales facilitan la recolección de la información porque se puede hacer en poco tiempo, pero con un mayor grado de profundidad, ya que el proceso grupal permite conocer lo que los beneficiarios de la estrategia piensan acerca del cáncer y su prevención, cómo piensan y por qué piensan de tal manera. Además, los participantes se pueden expresar en sus propias palabras, discutir sus propios interrogantes y establecer sus prioridades.

Guía de Temas: Entrevistas a Grupos Focales

Aspectos cognitivos y comportamentales del cáncer

Esta guía contiene los temas a tratar durante las sesiones de las entrevistas a cada grupo focal. Se especifican los objetivos de los temas, párrafos introductorios de los temas y algunos tópicos que estimularán la participación. Además se presenta como un instrumento que permite llevar un orden (sin convertirse en un esquema rígido), es decir, que las entrevistas logren cumplir las metas propuestas para el estudio. (Ver anexo D)

Preparación de las entrevistas a grupos focales: convocatoria de los participantes

La convocatoria de los participantes se realizó con la colaboración de los coordinadores PAB y, P y P de los municipios seleccionados para el estudio, teniendo en cuenta la programación semanal de las líderes de los hogares FAMI de cada municipio, para no interferir con sus actividades. Se realizó la convocatoria a los informantes anticipadamente (con dos semanas de anterioridad), para garantizar que estos pudieran organizar sus labores y asistieran a la sesión, así mismo, los investigadores ordenarán las fechas y lo relacionado al desplazamiento hacia cada municipio. De igual manera, se comentó a las personas acerca de la importancia de su colaboración y la finalidad de las entrevistas.

Estructura de la entrevistas a grupos focales

Para la realización de las entrevistas a grupos focales se tuvieron en cuenta aspectos como la escogencia del lugar (que fuera un lugar agradable, sin perturbaciones), la organización de los participantes (se sugiere que se ordenen en un círculo para garantizar la facilidad de la comunicación) y el manejo del tiempo entre otros.

Las entrevistas a grupos focales, se estructuraron en tres momentos: el inicio, el desarrollo de la entrevista y el cierre de la entrevista. Cada uno de estos contiene unos pasos que permitieron desarrollar las entrevistas de la forma más ordenada posible (sin que se convirtiera en una estructura rígida), pero dando cumplimiento a lo estipulado en cada momento.

Para este tipo de entrevistas de grupos focales, se recomienda que el entrevistador que conducirá la sesión, tuviera el apoyo de un observador-asistente que tomará nota detallada del proceso de la entrevista.

Funciones del observador asistente

1. Tomar nota sobre las características de la comunidad y del grupo
2. Registrar información pertinente del proceso de la entrevista
3. Participar discretamente en algunas de las siguientes situaciones: - Para retomar comentarios que no hayan sido atendidos por el entrevistador. – Para sugerir un tema o una pregunta nueva relevante para el estudio. – Para recordar al entrevistador alguna pregunta de la guía. – Para retomar el control del grupo en caso de presentarse conflictos

Guía de observación Entrevistas a grupos focales

Esta guía es un instrumento que aplica el observador asistente y permite la sistematización de datos concernientes a los participantes como: características del sitio, de los entrevistados, sus conductas, ubicación espacio-temporal, entre otros datos requeridos para el posterior análisis. (Ver anexo E)

2.3.5 La observación

La observación constituyó una de las técnicas más importantes del proyecto. Se entiende como “el proceso mediante el cual se perciben deliberadamente ciertos rasgos existentes en la realidad por medio de un esquema conceptual previo con base en ciertos propósitos definidos generalmente por una conjetura que se quiere investigar”²⁰.

El proceso de la observación requirió de gran cuidado y claridad de los objetivos propuestos con esta investigación, es decir, las percepciones de 4 grupos específicos (gestores, facilitadores, ejecutores y beneficiarios) en torno a la comunicación en la aplicación de estrategias educativas para la prevención del cáncer y la adopción de estilos de vida saludable. Por ello, se definió que lo se

²⁰ VASQUEZ Hidalgo, Isabel. Tipos de estudio y métodos de investigación.

quería observar directamente eran los espacios de interacción social en cada municipio, partiendo de sus experiencias, conocimientos y niveles de participación en materia de salud pública. Además, la participación del investigador en este caso, se enmarcó dentro de la técnica de observación no participante, debido a que se debía obtener un mayor grado de validez y fidelidad en la recolección de información, sin involucrarse completamente con el segmento poblacional de estudio.

Por esta razón, se establecieron como instrumentos de recolección los soportes audiovisuales, magnetofónicos y fotográficos; además de instrumentos que permitan una recolección de tipo cronológica escrita como el diario de campo (digitalizado), guías de actividades (planeación, realización y análisis).

3. RESULTADOS

En el presente capítulo, se da reporte de los resultados compilados a lo largo de la investigación. Primero, se expondrá lo concerniente al diagnóstico realizado con el fin de conocer que papel jugó la comunicación en proyectos anteriores realizados por la Liga contra el Cáncer y la Secretaría de Salud Departamental. Luego, se presentará la información recogida a cada uno de los actores del proyecto, y la percepción de los mismos frente a la estrategia.

Al revisar el archivo de la Liga Contra el Cáncer, se encontró que en los últimos 4 años, solo se ha llevado a cabo en convenio con la Secretaría de Salud Departamental un proyecto educativo, **Instituciones libres de humo**. Este proyecto se desarrolló en los 37 municipios del departamento y estuvo enfocado a la disminución de consumo de tabaco en sitios públicos, abiertos o cerrados. En tal proyecto, no se contó con la presencia de un componente comunicativo establecido como tal. Se puede decir que se desarrollaron actividades de corte educativo comunicativo, como talleres teórico – prácticos, de sensibilización y señalización de espacios libres de humo por medio de stickers. Más que actividades trazadas desde un componente comunicativo, se implementaron como herramientas necesarias para congregarse y capacitar a los coordinadores PAB y luego a la población beneficiaria, pero no pensadas desde elementos propios para lograr una comunicación eficaz.

Por ejemplo, no se realizó un estudio previo de la población para conocer sus necesidades reales, para construir a partir de eso, las estrategias educativas y tener en cuenta la forma de llegar a la gente, utilizando medios y lenguajes adecuados, conociendo su entorno, actitudes, hábitos. Por tal razón, la población se queja de lenguajes técnicos que no les permite un entendimiento inmediato de lo que se les quiere explicar. Lo anterior es una particularidad presente tanto en **Instituciones libres de humo** como en el proyecto bajo estudio.

Para la creación de estrategias y consolidación de la metodología a emplear, las organizaciones involucradas, por lo general, se basan en boletines epidemiológicos; en los cuales se reportan cifras de las patologías que más incidencia presentan en la región. También debe mencionarse que no existe un mecanismo de retroalimentación y esto aplica para los dos proyectos; haciendo la salvedad de que en el caso del proyecto bajo estudio, se da la implementación de un posttest, herramienta aplicada solo al final de la estrategia.

Desde los actores involucrados en el proceso, se asume un concepto de la comunicación, mediado por el rol que cada uno cumple, el entorno y los intereses propios. Para el grupo de Gestores y Ejecutores, la comunicación es tomada como

el mero ejercicio de transmisión de información a través de algunos medios. El mismo concepto manejan los facilitadores, en este caso, las coordinadoras PAB de cada municipio. Con respecto a los beneficiarios, debe decirse que luego de participar las madres FAMI, en cada grupo focal, se recogieron distintas aproximaciones a lo que ellas entienden como comunicación; entre esas, como el espacio de dialogo, enseñanza, discusión, e intercambio de mensajes.

3.1 CATEGORIZACIÓN DE GESTORES

El análisis de los conceptos entregados por el grupo de gestores, permitió conocer las bases fundamentales para la creación y diseño del proyecto, cuáles fueron los principales elementos que se tuvieron en cuenta para el planteamiento inicial del mismo, y qué dificultades se presentaron en el desarrollo de la estrategia. (Ver anexo F)

Concepto de Comunicación

Inicialmente es importante conocer qué concepto de comunicación se maneja por parte de quienes están a la cabeza de la estrategia. Danny Quintero, encargada desde la Secretaría de Salud Departamental para la estrategia, expone: *“Bueno, entiendo la comunicación como el proceso en el cual se transmiten contenidos determinados, a través de ciertos medios de comunicación, que necesariamente no tienen que ser medios masivos. La comunicación es un aspecto fundamental, porque la estrategia se basa en transmitir información, para que las poblaciones beneficiadas se apropien de nuevos hábitos y estilos de vida saludables”*. Un concepto, que de entrada deja planteada una mirada referente, a bajo que óptica se empiezan a construir unos planes de trabajo y el diseño de unas estrategias educativas, en las que se “incluye” la comunicación.

Haciendo mención no únicamente al proceso, sino ubicando también a unos actores que intervienen en el mismo, Fanny Andrade Serrato, Directora de la Liga Contra el Cáncer y representante del grupo ejecutor afirma cuando se le pregunta qué concepto maneja de comunicación: *“Todo proceso en el cual se intercambia información con unos semejantes. En ese proceso se cumplen roles de fuente o receptor. Es importante el papel que juega cada actor, pues de las habilidades que cada uno tenga, depende el éxito de la información o los mensajes que se transmitan”*.

Esto es lo que se encuentra luego de examinar las percepciones de las dos personas que están encargadas, cada una desde su rol, de desarrollar las estrategias educativas. Puede decirse que es una mirada en parte sesgada de lo que es la comunicación y como debe dimensionarse para una estrategia en salud.

Componente comunicativo

La comunicación, para el grupo de gestores se presenta como la acción simple de transmisión de información a través de ciertos medios, por lo que se percibe que no se prestó una debida importancia a la inclusión de este componente dentro de la estrategia, así lo expresa Danny Quintero de Perdomo, Coordinadora de Salud Pública Departamental *“La Secretaría de Salud Departamental, en cumplimiento de sus funciones como la dirección y coordinación de acciones relacionadas con la Salud Pública, crea esta proyecto de estrategias educativas para le prevención de estos 4 tipos de cáncer principalmente en los 37 municipios del departamento, resaltando además, la adopción de estilos de vida saludables, poniendo como objetivo fundamental la aplicación de políticas departamentales en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. De acuerdo a esto, nosotros enfatizamos en la vigilancia y control de factores de riesgo asociados a los hábitos y conocimientos que tienen las personas y su ambiente como tal. Resultado de esto, es el registro poblacional de cáncer que en los tres últimos años nos mostró un crecimiento significativo en estos 4 tipos de cáncer en el Huila. De manera que, cuando se estableció este proyecto pensamos que era muy importante, para su realización, la integración de la comunicación, o mejor dicho, aplicar los parámetros de información, educación y comunicación. Por eso, insistí en todo el proceso de coordinación con la Liga Contra el Cáncer, en la necesidad de desarrollar instrumentos que nos permitieran llegar a la totalidad de la población y además, la utilización de los medios para poder cumplir con los objetivos trazados, para que se hiciera una campaña educativa, masiva, que fuera de alto impacto”*. Como se denota en este testimonio, el proyecto procura cumplir unos requerimientos estatales y, la comunicación, pretende solamente informar a partir de la utilización de los medios, o la creación de campañas que aborden toda la población objeto, sin garantizar el logro de los objetivos trazados inicialmente en el proyecto.

Para continuar con el concepto de comunicación, y la importancia de implementar un componente comunicativo en la construcción y aplicación de la estrategia, se expone el testimonio de Fanny Andrade Serrato, Directora Ejecutiva de la Liga Contra el Cáncer – Seccional Huila *“En el aspecto comunicativo, me refiero no solamente al despacho de información, sino también a que ese proceso sea eficaz. Yo creo que es muy importante manejar este aspecto y aprovechar los medios que están a nuestra disposición para transmitir los mensajes que necesitamos, que la gente los reciba, para así lograr materializar la idea principal que era generar cambios de actitud, de pensamiento, de hábitos de vida frente al cáncer a partir de la información que nosotros aportamos”*. De esta manera, se evidencia la intención de integrar un componente comunicativo hasta ahora ausente, y se refiere a la comunicación como la información que se transmite, desde un emisor activo a un receptor pasivo, por un canal (medio) determinado. Si bien es cierto, la información es uno de los componentes de la comunicación, pero no encasilla todo el proceso, que es una de falencias que se evidencian en la

planeación y ejecución del proyecto. Aunque se nota un interés por adoptar la comunicación como elemento imprescindible para la aplicación y desarrollo de las estrategias educativas, no fue pensada como uno de los ejes más importantes del proyecto, o por lo menos, se evidencia la falta de articulación entre el ámbito de la salud y la comunicación, para la consecución de objetivos propuestos por la iniciativa. De esta manera, debe decirse que tal vez en el desarrollo de la estrategia se dieron algunas acciones en comunicación, pero no enmarcadas dentro de un componente comunicativo como tal, previamente pensado y elaborado.

Estrategias educativas

Por un lado, el tema de la comunicación para el grupo de gestores se presenta como un aspecto relevante, aunque bastante ausente, también lo es el de las estrategias educativas, que encasilla la forma de abordaje de la población de los 37 municipios. Precisamente, el proyecto se ejecutó a través de la implementación de estrategias para educar a la comunidad en el logro de un cambio de actitud, la adopción de estilos de vida saludables y así mismo, posibilitar la disminución de los índices de morbi mortalidad. Al respecto la Directora Ejecutiva de la Liga, Fanny Andrade puntualiza: *“El proceso educativo y comunicativo, se ha ido mejorando y en este momento creo que se están llevando a cabo acciones con un poco más de metodología, con más planeación, donde se busca que la misma comunidad tenga conocimiento sobre los diferentes tipos de cáncer. Así mismo, el abordaje de los hábitos de vida saludable, autoestima, todos estos temas relacionados unos con otros. Y bueno, cuando hemos logrado hacer un trabajo con alguna secuencia, se ha notado que si realmente se impacta y si se genera reacción y por lo menos algún cambio en el comportamiento de las comunidades”.*

En la esfera de las estrategias educativas, cabe mencionar que no basta simplemente con educar acerca de ciertos temas concernientes al cáncer y su incidencia, sino también fomentar la motivación y las habilidades personales, necesarias para mejorar la salud. Se debe contar con el material educativo para dichas líneas de trabajo, así como se cuenta con las piezas que contienen específicamente temáticas en salud. De igual manera, ese material debe ser pensado y diseñado específicamente para la estrategia en cuestión.

Al respecto, Danny Quintero habla acerca de la pertinencia del material y la continuidad de las estrategias educativas *“cuando me refiero al uso de estrategias educativas, hablo de escoger y aplicar recursos de enseñanza, además de implementar ciertas herramientas pedagógicas con los facilitadores y también con la población beneficiaria, para lograr que se cumplan con los objetivos del proyecto que son educar, propiciar un cambio de actitud y seguidamente adoptar uno nuevo. No se trata de quitarlo, hablemos más bien de reemplazar ese hábito por uno saludable. Pero sobre todo, es un mecanismo para llegar a la disminución*

de los niveles de aparición del cáncer, por lo menos a lo que a hábitos se refiere. La continuidad es uno de los factores más importantes, pero lastimosamente a veces se ve interrumpida y eso dificulta el trabajo en materia de estrategias y campañas, desde salud pública se manejan varios programas de los cuales tenemos que estar pendientes del funcionamiento de todos, de una ejecución “buena”, pero tenemos que responder por el abordaje de varios ejes, estar atentos a la vigilancia epidemiológica departamental”.

En este sentido, se puede deducir que el componente comunicativo y el educativo, se encuentran aislados, no se nota una integración de los dos y además, con respecto a las estrategias educativas, el grupo de gestores conoce de qué se tratan las mismas, pero se denota el interés solamente por informar, más no por diseñar unas estrategias que integren la comunicación efectiva y la educación para la aprehensión de contenidos y cambio. Esto quiere decir estrategias con calidad, creadas para alcanzar el éxito en la enseñanza y aprendizaje.

Mensajes y medios de comunicación

Lo mismo sucede con la estructuración de los mensajes y el uso de los medios de comunicación. Es innegable que aunque el grupo de gestores hable de comunicación y estrategias educativas en el planteamiento inicial del proyecto, en la fase de aplicación se evidencia que esto, no se ejecuta a cabalidad, Fanny Andrade enfatiza *“El material que se organizó fueron presentaciones en power point sobre todos los tipos de cáncer, enmarcadas en historias de vida. Se les entregó unos videos que tenemos que son un poco magistrales pero muy didácticos, muy cortos, muy completos; donde se aclara bien cuál es la situación del cáncer, generalidades, posibles factores en todos los tipos de cáncer, se entregaron cartillas ya a los coordinadores PAB, con una información más detallada de esta problemática para que ellos se documentaran y estuvieran mejor capacitados al momento de interactuar con la gente”.* De acuerdo a lo anterior, se habla de la importancia del material educativo de las estrategias, pero no se observa el uso de recursos o herramientas pedagógicas adaptadas a las características de la población. Para ello, no se mencionó un estudio previo de los diferentes municipios, considerando aspectos fundamentales como los niveles de alfabetización o niveles socioeconómicos, entre otros. Los mensajes solo responden a la necesidad de informar, pero no a la de comunicar y educar.

Para profundizar en este aspecto Danny Quintero asume *“la experiencia en la creación de diferentes proyectos, nos da las pautas para conocer a grandes rasgos, las poblaciones de los diferentes municipios, pero los proyectos, por ejemplo como éste, cuentan con un sondeo previo de la población, para ello se plantearon encuestas para ver los niveles de conocimiento, pero un estudio como tal a profundidad de la población objeto, no. Entonces las estrategias se piensan de acuerdo a los ejes del proyecto y se tratan de concertar, en este caso con la*

Liga que tiene experiencia en educación, la forma más apropiada de ejecutar las estrategias. La Liga, se encarga de hacer todo el proceso metodológico, también de acuerdo al tiempo y los demás apartados del contrato, pero es una institución que cuenta con la experiencia para asegurar la aplicación del proyecto, los mensajes se diseñan acorde a las necesidades de aplicación". Lo anterior indica, que la construcción de los mensajes se da luego de indagar solo el nivel de conocimiento, pero no se investiga sobre lenguajes y medios a los que la gente puede tener acceso. La aplicación de las estrategias solo se limita a la información que se da a través de las diferentes actividades planteadas y las dinámicas que se dan al interior de los talleres, pero no existe la enunciación de un seguimiento por medio de herramienta alguna, de las estrategias en el proyecto.

Al igual que el pretest, herramienta utilizada para conocer el nivel de conocimiento de la población antes de aplicar la estrategia, existe una herramienta llamada posttest, la cual se utiliza para saber que tanto aprendió la gente luego de la aplicación de la estrategia.

3.1.1 Tipificación de los resultados de estudio

1. Ausencia de un componente comunicativo, del cual se desprendan actividades y temáticas que en su orden estén pensadas y planificadas, específicamente para la estrategia.
2. Se concibe, por parte de los gestores, un concepto de comunicación, en el que se entiende a la misma como el mero ejercicio de transmisión de información. En este caso, transmitir información sobre prevención del cáncer.
3. Estrategias educativas que no son construidas a partir de estudios previos que develen la realidad de las comunidades, en cuanto a niveles de escolaridad, características socioeconómicas, de salud, entre otros, sino estrategias que se plantean a raíz de cifras oficiales, consignadas en boletines epidemiológicos. (para análisis: el boletín es una aproximación y como eso puede aportar)
4. Al no existir un componente comunicativo, es natural que no haya una interconexión entre las estrategias y este mismo.
5. Los mensajes, al igual que las estrategias como tal, no están siendo construidos a partir de estudios previos o buscando corresponder a las habilidades de los beneficiarios. Tampoco, la utilización de medios ha sido producto de un análisis primario; cuando se usan es porque existe una facilidad para hacerlo, pero no se tiene en cuenta si la comunidad tiene acceso a los mismos, bien sea en radio o tv en cada municipio.
6. El material educativo es herramienta de vital importancia para la estrategia, pero al igual, tampoco se construye luego de un análisis previo de la población a la que estará dirigido.

7. No se evidencia, a excepción del pretest y el posttest, el uso de una herramienta que monitoree durante todo el proceso, la estrategia misma.

3.1.2 Descripción de los resultados

En las entrevistas a profundidad realizadas con Gestores y Ejecutores, se logró encontrar información que saca a la luz, la forma en que estos actores están trabajando en la construcción y puesta en marcha de las estrategias. A partir de la forma en que se ha llevado a cabo la presente estrategia y las percepciones que estos actores manifiestan, se evidencian aspectos a referenciar más adelante.

La implementación de la estrategia, se da luego de revisar lo reportado por las cifras del boletín epidemiológico del Huila. Como tal la naturaleza de la misma, no obedece a un estudio de base que haya proporcionado la información necesaria para construirla, sino a la urgencia de hacerle frente a lo dicho por el informe cuantitativo; que debe decirse, es válido como punto de referencia, para conocer de qué patologías y como, se están viendo afectadas las comunidades de los 37 municipios del departamento. Lo anterior es reconocido por parte de los actores en cuestión, quienes accionan de esta manera, debido a que su metodología de trabajo durante años ha sido idéntica.

El monitoreo de la estrategia, se nota ausente. Los distintos momentos y actividades, carecen de una herramienta que constantemente esté proporcionando información acerca de su desarrollo. Si bien existen el pre y el posttest, estos intervienen en momentos lejanos y se deja de lado, lo que pueda ocurrir por fuera de los mismos, que comprende el desarrollo de la estrategia como tal. Además, un proceso como este debe estar vigilado en forma continua, pues el andamiaje puede necesitar ajustes, para abarcar de la forma más precisa a las poblaciones beneficiarias.

Al indagar sobre la existencia del componente comunicativo, el resultado fue el hallazgo de una serie de actividades que de una u otra forma, involucraron la comunicación para llevarse a cabo. De esta forma se puede hablar de talleres, charlas educativas, tertulias, entre otros; que si bien congregaron a las comunidades beneficiarias, y por medio de los mismos se pudo transmitir un mensaje a la gente, no obedecieron a un engranaje como tal, al que se le pudiera llamar componente comunicativo.

Lo anterior, se deriva del concepto de comunicación que manejan, tanto gestores como ejecutores, y que se encasilla en la mera transmisión de información, dejando de lado características mismas, que hacen de la comunicación algo más que la manipulación y despacho de contenidos, desde un emisor activo a un receptor pasivo, por un canal (medio) determinado. En este caso, contenidos concernientes a la prevención de determinados tipos de cáncer. Ante la ausencia,

es natural que la brecha se haga cada vez más amplia, entre las estrategias educativas y el componente comunicativo.

Una de las grandes dificultades, se presenta a nivel del material educativo utilizado en la estrategia, el cual constituye un pilar fundamental en el andamiaje de la misma, pero al igual que la estrategia como tal, no es pensado y construido, luego de haber realizado un análisis de la población a la que se va a dirigir. A esto hay que sumarle, lo densas que se tornan algunas ayudas, debido al formato en el que están elaboradas, o porque no se ha logrado encontrar un lenguaje sencillo que permita al beneficiario, acercarse y entender las mismas. De igual manera, debe decirse que algunas ayudas como los videos sobre prevención de cáncer, se encuentran en deficiente estado, y son algo densos en su contenido.

Se convierte en una cadena, donde un eslabón lleva al otro; pues el material del que se está haciendo mención, contiene mensajes cargados, que no han sido contruidos a partir de estudios previos o buscando corresponder a las habilidades de los receptores, es decir las comunidades beneficiarias. Lo anterior respecto al contenido de los mensajes. Pero en este punto, también debe mencionarse, que cuando existe la posibilidad de acceder a algún medio masivo en cada municipio, la improvisación sale a relucir, pues en lo proyectado desde un comienzo no se contempla el acceso a los mismos.

Entonces se encuentra con que se pasan mensajes por radio, sin saber si los beneficiarios escuchan las respectivas frecuencias, o por lo menos si tienen un transistor y lo utilizan. Cuando se logran espacios en los canales de televisión local, no se tiene en cuenta si las beneficiarias pueden acceder a este medio o si sus obligaciones de amas de casa y las dinámicas que esto implica, les permiten tener el espacio para sentarse a prestar atención al televisor. De todas maneras, los espacios que se logran en tv, no son más que cintillas o scroll que van a un costado de la pantalla informando sobre alguna reunión o suceso relacionado con la estrategia. Es importante mencionar que como la estrategia en general, en este apartado tampoco existe una herramienta que se encargue de medir el impacto de los mensajes y los medios utilizados.

3.1.3 Análisis de los resultados

Las estrategias educativas implementadas en el campo de la salud, se constituyen en procesos de gran responsabilidad, pues dentro de los objetivos de la implementación se cuentan como tareas el educar, informar y capacitar a comunidades menos favorecidas o alejadas de los grandes centros poblados, o a las comunidades que lo requieran, en temáticas concernientes a enfermedades como el cáncer, ETS, entre otros.

Haciendo mención a la presente estrategia, se debe empezar por referirse a su génesis, a la forma en que se pensó y se estructuró desde el primer momento. Es importante entonces, indicar que uno de los puntos de partida y quizá el que más influyó, fue el boletín epidemiológico del Huila, y las cifras que allí se reportaron sobre aparición y aumento de casos de cáncer en el departamento. El cáncer de seno y cuello uterino, en mujeres y de próstata y testículo en hombres, mostraron un alto índice de incidencia. Por esa razón, desde la Secretaría de Salud surgió la iniciativa de poner en marcha una estrategia que educara a las comunidades de los 37 municipios del Departamento, en formas de prevenir estas enfermedades y los hábitos de vida saludables, que podrían contribuir a lograr ese fin. De esta manera, la Secretaría de Salud realiza convenio con la Liga contra el Cáncer-Seccional Huila, para que sea esta última la que elabore y ejecute la estrategia, claro está con parámetros definidos previamente por la Secretaría.

La estrategia se construye y se implementa. Se desarrolla como históricamente se hace, con unos coordinadores PAB que son involucrados y capacitados para utilizar las ayudas que acompañan la estrategia y con unas comunidades que son localizadas e ingresadas para que hagan parte de la misma. Pero el interrogante de la forma en que se llevan a cabo estas estrategias surge cuando empieza a analizarse detalladamente cada momento de los que se constituyó. Es así como se empieza por exponer que la manera de construir las estrategias presenta falencias. No se está construyendo una estrategia a partir de estudios previos o diagnósticos de las poblaciones. Si bien los datos propinados por el Boletín Epidemiológico, permiten conocer una realidad en cifras y es un punto de partida válido, los actores encargados de hacerle frente desde la salud a estas situaciones, están pasando por alto un punto vital, para que las estrategias impacten de mayor forma a las comunidades a las que están dirigidas.

Los estudios o diagnósticos deben abordar todos los elementos que permitan hacer la mayor lectura de la realidad de las comunidades y así mismo, construir las estrategias. Es cierto que las instituciones pueden llevar años y programas encima, implementando acciones en salud, más específicamente en prevención de la enfermedad, cualquiera que sea esta, pero también es cierto que las estrategias educativas en salud, deben no solamente justificar unos rubros destinados para este campo o servir como evidencia para mostrar metas anotadas en planes de gobierno, deben servir verdaderamente a las comunidades, con el rigor que demanda educar para la prevención.

Educar para la prevención, pero educar conociendo de antemano al público al cual se dirige, las formas en que viven, las situaciones, los contextos, la salud es entendida según la OMS como el más alto estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente tomada como la ausencia de la enfermedad; también los demás determinantes que propician condiciones dignas o no para las poblaciones, deben conocerse, si existen o no, si existen como se desarrollan.

Como tal, la estrategia no presenta una herramienta de monitoreo que haga una inspección constante de la forma en que se desarrolla cada momento de la misma. Existe un pretest que evalúa, según los ejecutores, el nivel de conocimiento de las comunidades acerca de la temática a abordar. Luego de conocida la herramienta, es cierto que solo se indaga sobre aspectos específicos que tienen que ver con la enfermedad. Aparte de esto no se le pregunta nada más a la gente. Al otro extremo del proceso se encuentra el postest, que según los ejecutores, reporta el cambio en los conocimientos de los beneficiarios, el cual se presenta después de haber sido abarcados por la estrategia. Pero no existe una herramienta o instrumento que permita monitorear el proceso en cada una de sus fases, lo que se considera grave, pues se está relegando el proceso a evaluarse al principio y al final, y de resto los otros momentos no pasan por un ojo que evalúe que debe corregirse. Toda estrategia que no esté sometida a un proceso continuo de monitoreo y de evaluación de los cambios inducidos, pone en riesgo el logro de los objetivos planteados.

La inexistencia de un componente comunicativo, es uno de los aspectos relevantes a mencionar. Quienes ejecutan la estrategia, que son los que construyen todo al andamiaje formal han dejado de lado este componente, con el cual se podría dar una solución a los reclamos y manifestaciones de los beneficiarios, quienes se quejan tanto del material educativo al cual han podido acceder, de la forma compleja en que les exponen las temáticas concernientes a la enfermedad, hasta el trato que reciben cuando acuden al servicio de salud y no encuentran soluciones para los males que los aquejan. Un paciente que acude al médico, busca ayuda; en algunos casos los beneficiarios citaron ocasiones en que el trato recibido llegó incluso a la subestimación de sus dolencias por parte del personal médico. Y en este punto es importante mencionar la forma en que el sistema de salud se torna inhumano y hace que la gente se aparte de él, recurriendo a la medicina tradicional, casera o al chaman del pueblo.

La ausencia del componente comunicativo en la estrategia, obedece en parte al concepto que manejan Gestores y Ejecutores de la comunicación, el cual se queda relegado a la trasmisión de información. Debe decirse que si bien es cierto, la información hace parte de la comunicación, no es en sí todo el proceso. Se evidencia un afán por incluir la comunicación como elemento imprescindible al interior de las estrategias; pero es necesario replantear el concepto que se maneja, para entender la comunicación como un proceso, en el que intervienen varias partes de forma activa y por medio del cual, se pueden generar nuevas formas de participación. No es posible continuar asumiendo la comunicación como un ejercicio de simple trasmisión de datos, en el que no se tienen en cuenta las habilidades de las partes para interactuar, de la misma forma, su entorno, sus condiciones sociales y culturales, si lo que en realidad se quiere es hacer de las estrategias, acciones efectivas; que verdaderamente le sirvan a las comunidades.

El material educativo y los procesos de enseñanza, que adelantan los coordinadores con los beneficiarios, son el reflejo de la marcada ausencia del componente comunicativo y sus consecuencias. Comunidades que no entienden los lenguajes en que se expresan los contenidos de salud, coordinadores que replican las estrategias tal cual como se las exponen, sin tomar parte activa ante la realidad que tienen al frente, solo obedeciendo a su formación en salud. Material educativo denso y lenguajes complejos marcados por el tecnicismo, dejan ver que hay falencias que podrían resolverse en la medida en que empieza a verse a la comunicación como dinamizadora de procesos de cambio, que en último, es lo que se busca con la implementación de las estrategias en salud.

3.2 CATEGORIZACIÓN DE FACILITADORES

Los facilitadores fueron quienes finalmente mantuvieron el contacto más cercano con la población beneficiaria. El rol desempeñado por ellos en la aplicación de la estrategia fue decisivo, por tal motivo es importante conocer sus percepciones frente a distintos elementos que hicieron parte del proceso. La entrevista a profundidad, permitió recoger la información necesaria. (Ver anexo G)

- **Cómo contribuyen las estrategias educativas para la promoción de estilos de vida saludable**

En un primer momento, se debe mencionar que como facilitadores tienen claridad frente a lo que se pretende con la implementación de las estrategias educativas; así se evidencia en el testimonio de María Amelia Mindiola Acosta, Enfermera y Coordinadora PAB, Suaza: *“Específicamente es reducir los índices de morbi mortalidad relacionados a enfermedades que tienen que ver propiamente con los estilos de vida no saludables de la población, que en nuestro país son grandemente y Suaza pues no se escapa de eso”*.

De la misma forma pero un poco más entrada en detalles y haciendo referencia a la estrategia en cuestión, Paola Andrea Murcia, Coordinadora de P y P ESE Miguel Barreto López de Tello, expone: *“Primero, la gente se informa acerca del cáncer, que es una enfermedad preventiva, como usted sabe la citología es una de las técnicas utilizadas en los hospitales de primer nivel para detectar los casos de cáncer de cuello uterino; está el autoexamen de mama, todas estas actividades nos ayudan a orientar a la gente, el por qué se deben realizar estos exámenes, cada cuánto, los resultados y, qué hacer, ese es el objetivo de la estrategia educativa”*.

Tal y como se lee en los testimonios anteriores, las funcionarias manejan un concepto preciso al indagarles sobre la finalidad de las estrategias educativas. Estas personas que están a cargo de los programas de P y P o PAB en cada municipio, demuestran facilidad al expresarse sobre este tipo de estrategias, pues

anualmente manejan distintas líneas de acción, en las cuales están contempladas iniciativas enfocadas a la maternidad, la adolescencia, la prevención del consumo de sustancias, entre otras. Ahora, es importante conocer aspectos más puntuales sobre cómo se desarrolló la estrategia en cada municipio y qué percepciones maneja cada facilitadora al momento de examinar la misma.

- **Cómo aplicaron las estrategias educativas en la población**

Los talleres grupales fueron el espacio principal en el que, facilitadoras y madres FAMI, tuvieron contacto para el desarrollo de las temáticas abordadas en la estrategia. En estos encuentros, cada facilitadora contó con herramientas entregadas por la Liga contra el Cáncer, para la capacitación de las mujeres; se trató de un paquete en el que estaban incluidas distintas piezas educativas. Sobre la realización de los talleres comenta Sandra Miled Cavanzo Andrade, Enfermera y Coordinadora PAB, Yaguará: *“Se daban unas presentaciones, con el material que nos habían facilitado para dicho fin. Presentaciones didácticas (en Power point) donde se evidenciaban casos de cáncer en personalidades reconocidas del mundo musical y televisivo para ejemplificar los temas que giraran en torno a la enfermedad. Se recurrieron a las técnicas propias del arte pictórico, como fue el collage, donde las asistentes plasmaban con su creatividad los ítems de los distintos talleres; igualmente era el momento indicado donde ellas exponían sus ideas y experiencias con el trabajo en grupo”*. Debe anotarse que la Liga trazó unos lineamientos para la utilización de las ayudas y el desarrollo de los talleres. Sin embargo, estas directrices no fueron una camisa de fuerza, por tanto cada facilitador tuvo holgura para proponer actividades o formas de desarrollar los talleres, siempre y cuando las acciones contribuyeran a la capacitación acertada de las madres FAMI. En ese sentido, Paola Andrea Murcia, Coordinadora de P y P ESE Miguel Barreto López de Tello, explica: *“Se utilizan varias herramientas, la expositiva, la lluvia de ideas, la de pregunta y respuesta, material educativo sencillo, lenguaje sencillo, folletos sencillos que la gente entienda de una manera fácil lo que se quiere enseñar. También rotafolios, ese es el material que se utiliza y ha dado buenos resultados; las madres participan en forma activa”*

El material educativo entregado por la Liga generó interés al interior de las capacitaciones. Contenidos sencillos y diseños aireados fueron elementos tenidos en cuenta para la elaboración de las ayudas, así lo expone Sandra Miled Cavanzo Andrade, Enfermera y Coordinadora PAB, Yaguará: *“El material impreso no necesariamente tiene que ser más llamativo o impactante, de hecho La Liga Contra el Cáncer, nos envía ese material con unos colores vistosos, una letra legible y lo que yo pienso es que el material estaba bien, no estaba tan cargado, era adecuado, buscaba generar inquietudes”* Es una apreciación compartida con Paola Andrea Murcia, Coordinadora de P y P ESE Miguel Barreto López de Tello, aunque en su testimonio, esta mujer hace una mención sobre ayudas incluidas por la Liga, que presentan cierto nivel de complejidad en el contenido y que pueden

hacerse ininteligibles al momento de exponerlas a la comunidad: *“Bueno, dentro del material que nos entregaron yo considero que era un poco denso sobre el sistema general de seguridad social en salud, que es algo que si uno le menciona esa palabra tan larga a la gente, nadie entiende. Eso de verdad yo no los entregué. Hay otro material que si fue didáctico, unas cartillas sobre alimentación, otros sobre el cáncer, había unos folletos sobre examen de seno, esos sí. El nivel educativo aquí no es muy alto, entonces hay cosas que la gente no entiende. El material me pareció sencillo y fácil de comprender”.*

Se debe mencionar que para el trabajo con las ayudas educativas, las facilitadoras recurrieron a técnicas a nivel grupal y, en ocasiones, a nivel individual, esto determinado por la forma en que las madres FAMI se desarrollaron a lo largo de los talleres, así lo expone María Amelia Mindiola Acosta, Enfermera y Coordinadora PAB, Suaza: *“Siempre se les daba la asesoría a la población cuando se les facilitaba el material, lo que pasa es que a veces lo hacemos grupal, de ésta manera la persona no aflora todas sus dudas, teme expresarse por prejuicios y por la búsqueda de una manera más clara para hacerlo, por eso fue necesario hacerlo también de manera personalizada, como fue para los temas para el control de planificación, tomas de citología, autoexámenes, etc.”.* De la misma manera, expresa Paola Andrea Murcia, Coordinadora de P y P ESE Miguel Barreto López de Tello: *“Se les entregó y se les explicó, se leía en grupo, a medida que se iban leyendo se resolvían dudas e inquietudes, de pronto hubo casos que no entendían, entonces a medida que esto se presentaba, el material didáctico se iba explicando a quien presentara las preguntas”.*

- **Respuesta de los usuarios frente al material educativo**

Todo parece funcionar de la mejor forma dentro de las capacitaciones, sin embargo, es importante señalar que en algunos casos la población beneficiada desecha el material que se le entrega por parte de los facilitadores, así se evidencia en el testimonio de Sandra Miled Cavanzo Andrade, Enfermera y Coordinadora PAB, Yaguará: *“En ocasiones, cualquier tipo de material que usted les de impreso ya sea en el Hospital o en alguna reunión de madres FAMI, finalmente se encuentra en el suelo o en la caneca de basura. Tiempo y plata es lo que están arrojando en las calles”.* Lo anterior llama la atención, pues indica que la población asume una postura al interior de las capacitaciones, y luego muestra otra que difiere totalmente de la participación activa registrada en los talleres.

En este punto es importante conocer qué otras situaciones se presentan con la población beneficiaria y su respuesta a la estrategia, pues esto hace parte de la forma en que se apropian o no de lo planteado. De igual manera, para advertir sobre algunos aspectos que den luces a la hora de formular la propuesta comunicativa. En ese sentido, Sandra Miled Cavanzo Andrade, Enfermera y Coordinadora PAB, Yaguará, comenta: *“Eso se ve de todo, se ven las personas*

que no muestran ningún tipo de interés, otras que si asisten y participan. Yo creo que esto del desinterés se presenta porque la población beneficiada no asiste en forma consciente, es decir, van a las capacitaciones o a los talleres obligadas. Ya sea porque no tienen tiempo o porque simplemente no les importa, eso pasa con todas las estrategias o programas por ejemplo con familias en acción, lo de citología, de las 400 citologías que se hicieron, en mayo, son de esas mismas mujeres en acción, que de una u otra manera son obligadas, no es con conciencia, sino a ver que les van a dar, entonces mientras la gente no se concientice que las estrategias son para su beneficio, esta tarea va a ser muy difícil. Bueno, aclaro que hay señoras que si asistieron y se les vio el interés, participaron, preguntaron, y cuando uno se las encuentra en la calle le cuentan que han compartido la información con las señoras de su comunidad, esto yo creo que es un logro”.

Pero no solamente se le atribuye responsabilidad a la población beneficiaria, Paola Andrea Murcia, Coordinadora de P y P ESE Miguel Barreto López de Tello, va un poco más allá y compromete a otros actores: *“A la gente le faltó interés, ellas como madres comunitarias, trabajan con otro grupo de madres, que son los beneficiarios de los programas que son los niños menores de 5 años, yo pienso que les faltó interés. A la ESE le faltó persistencia en la convocatoria y la entrega del material educativo”.* Este testimonio deja ver, que posiblemente desde las instituciones encargadas de cumplir el rol de facilitadores dentro de la estrategia, se presentaron anomalías; que a la postre debieron repercutir en el desarrollo de la misma. Otra fue la situación presentada en Suaza, así lo indica María Amelia Mindiola Acosta, Enfermera y Coordinadora PAB, de este municipio: *“Aquí la convocatoria tuvo una respuesta positiva, por lo general, de pronto no del 100%, pero si se encontró acogida acá, la gente no fue tan renuente a la asistencia a estas actividades educativas”.*

Haciendo referencia a la convocatoria en cada uno de los municipios, es importante decir que para tal fin se acude, desde la escritura epistolar hasta medios masivos de comunicación. Por ser poblaciones pequeñas causa gran impacto el perifoneo, de igual manera, se recurre a los avisos parroquiales para difundir la información entre la comunidad, al respecto Paola Andrea Murcia, Coordinadora de P y P ESE Miguel Barreto López de Tello, comenta: *“El municipio no cuenta con muchos medios de comunicación, hacemos perifoneo, el sacerdote del municipio nos colabora con los mensajes parroquiales, carteles en las diferentes instituciones, en la alcaldía, en el colegio, nosotros hacemos volantes, pero el fuerte aquí, es el perifoneo, es el medio que nosotros utilizamos para convocar a la gente, para que sepan lo que vamos a hacer, cuándo hacer, para que asistan y se reúnan”.* Sandra Miled Cavanzo Andrade, Enfermera y Coordinadora PAB, Yaguará, complementa: *“Aquí funciona mucho el perifoneo, funciona mucho el folleto, hay un espacio en el Canal Local, mediante el uso de Scroll o crédito, no propiamente con un producto audiovisual. No se tiene un espacio establecido en el Canal”.* Estos mismos medios son utilizados para convocar en el municipio de Suaza.

- **Cómo conciben la comunicación**

Por último, se debe mencionar que las facilitadoras manejan un concepto de comunicación, enmarcado en la transmisión de información, donde se identifican un emisor que emite un mensaje y un o unos receptores que lo reciben. Sandra Miled Cavanzo Andrade, Enfermera y Coordinadora PAB, Yaguará: *“Es una forma de transmitir un mensaje, de determinar que puede ser positiva o negativa en el sentido de que la otra persona me esté entendiendo lo que yo le estoy tratando de transmitir. Que puede ser muchas veces como equívoco por ejemplo que yo digo, digo, digo, digo, y no le doy la oportunidad y no le doy tiempo a esa persona para que me devuelva lo que ella me entendió, entonces en esa parte puede ser un poco errada.* Paola Andrea Murcia, Coordinadora de P y P ESE Miguel Barreto López de Tello: *“Es la forma en que dos o más personas se interrelacionan, dialogan, resuelven dudas y las dos partes se benefician”.*

María Amelia Mindiola Acosta, Enfermera y Coordinadora PAB, Suaza: *“La comunicación es el flujo de información que debe haber no en una misma dirección sino que la comunicación debe ser pluridireccional, entonces no va a ser ni siquiera, en un flujo, que va y viene; sino es desde diferentes puntos hacia diferentes puntos, es lo que pienso yo, es el flujo de información, pluridireccional que debe existir en cualquier medio”.*

3.2.1 Tipificación de los resultados de estudio

1. Falta de apropiación de la metodología y el material de trabajo para la realización de los talleres, por parte de los facilitadores. Es decir, conocen el material y la forma de llevar a cabo actividades, como les ha sido indicado por los ejecutores de la estrategia.
2. Algunas ayudas educativas proporcionadas por los ejecutores contienen material denso, ocasionando dificultades al momento de interpretarlo por parte de los beneficiarios.
3. Una respuesta que varió entre interés y desinterés, de parte de los beneficiarios, frente al material educativo presentado. Una es la actitud al interior de los talleres y otra luego de ellos.
4. Beneficiarios que asisten a la implementación de las estrategias por obligación buscando otro incentivo, más no por poseer la conciencia de la importancia de recibir capacitación frente al cáncer.
5. Falta de persistencia en la convocatoria y entrega del material educativo por parte de algunas personas o instituciones, encargadas de cumplir el rol de facilitadores en la estrategia.

3.2.2 Descripción de resultados

Por medio de las entrevistas a las coordinadoras PAB, quienes cumplieron el rol de facilitadoras en la estrategia, se pudo acceder a información que da luces de lo que fue el trabajo realizado, pero a la vez, deja para revisar varios aspectos. Debe decirse, que los facilitadores cumplen un papel importante, pues mantienen el contacto más cercano con la población beneficiaria; además se destaca en ellos, la habilidad para ajustarse a la metodología de trabajo y el material educativo, que les sea entregado por el grupo ejecutor. Pero de igual manera, es importante indicar que existen situaciones o actuaciones que no redundan en beneficio para la aplicación de las estrategias.

Como primer aspecto, se encontró por parte de las coordinadoras PAB, el manejo preciso del concepto sobre cual es la finalidad de la implementación de las estrategias educativas. Las tres facilitadoras concordaron en describir la utilidad de las estrategias; aunque debe decirse que su mirada frente a estas, está muy ceñida a lo que se plantea en un papel para planificar acciones en salud, es decir manejan el concepto como tal, pero ya en la realidad existen falencias que se registran cuando se llevan a cabo actividades directas con los beneficiarios de las estrategias. Estas falencias tienen que ver básicamente con los lenguajes usados para expresarse ante la comunidad, la ausencia de manejo de grupo y la noción que manejan de la comunicación, entre otros.

Por la experiencia que tienen las facilitadoras, implementando programas y estrategias en salud, logran adaptarse rápidamente a la metodología de trabajo y al material educativo entregado por el grupo ejecutor. Lo anterior, hace que sea una fortaleza para la estrategia contar con este personal preparado para poner en marcha las actividades respectivas. Es decir, se apropian y así mismo, replican con facilidad lo designado; pero, en casos como el presente donde se implementa una estrategia que ha relegado el papel de la comunicación a la mera transmisión de información, donde se han puesto a marchar algunas actividades aisladas en cuanto a lo comunicativo, el papel que juegan las facilitadoras se está desperdiciando; pues si bien conocen el manejo del material, tienen experiencia en implementación de programas de distintas temáticas en salud, se quedan cortas a la hora de transmitir un mensaje de forma acertada, de manejar un grupo y de encontrar lenguajes y canales apropiados para trabajar con comunidades que en su mayoría no poseen un nivel educativo alto o simplemente tienen un desconocimiento total de la enfermedad. Un hecho tangible de lo que se menciona, tiene que ver con lo comentado por las facilitadoras, al momento de describir el material entregado para trabajar con las comunidades. Para su entendimiento y desde su experiencia, resaltaron una parte del material claro, conciso y útil; pero de igual manera, hicieron mención de un material denso, que ni siquiera se trabajó, ni entregó a las comunidades.

Lo anterior, se refleja en las actitudes de los beneficiarios; quienes asumen una posición frente al material educativo, estando al interior de los talleres, y otra totalmente distinta, fuera de ellos. Lo que lleva a pensar, y enfocándose por un instante en los beneficiarios, que se construyen ayudas y material educativo, comprensible y sencillo a los ojos de los coordinadores PAB, que ostentan un nivel académico distante al de la comunidad beneficiaria, y mientras tanto las madres y/o asistentes a los talleres, desechan por las calles un material que no se ha pensado para ellas, que plantea lenguajes técnicos, desconocidos, que muy seguramente no logró ser complementado con el abordaje dado por las facilitadoras. A esto hay que sumarle, los rezagos que ha dejado el asistencialismo en la gente; población beneficiaria que asiste a los talleres esperando algo más que la capacitación que se les pueda ofrecer para que conozcan sobre cáncer, para que alimenten su sabiduría personal conociendo sobre qué es, cómo prevenir y qué hábitos o estilos de vida corregir para no padecer la enfermedad.

Debe hacerse claridad, que el hecho de que se presenten estas situaciones, no es responsabilidad exclusiva de las facilitadoras. El grupo de Gestores y Ejecutores tiene su parte, pues son ellos los que planifican y determinan el andamiaje de las estrategias, desde qué enfermedad se va a abarcar, pasando por qué herramientas se van utilizar, hasta de qué forma se capacitará a quienes van al trabajo de campo.

Pero este es apenas uno de los aspectos a revisar. A lo anterior, se debe sumar la densa carga de programas que se ejecutan por parte de las facilitadoras. En ese sentido, debe mencionarse que manejan programas de atención a madres gestantes, programas de prevención de consumo de sustancias con jóvenes, programas de asistencia y alimentación a madres comunitarias, y cuando la demanda de atención es mayor, hasta la consulta general hace parte de sus ocupaciones. Entonces estamos hablando de Coordinadoras PAB, que cumplen varias funciones, en varios proyectos a la vez. Lo que ocasiona, que tal vez el trabajo en todos los frentes se cumpla, o se ejecuten las actividades, pero las preguntas son: ¿Se hace la tarea por cumplir y de afán? o ¿Se hace una tarea concienzuda?

Otro factor que debe mencionarse y que va totalmente en contravía, de lo que se propone con la implementación de una estrategia educativa como esta, que por demás debe ostentar una continuidad sin reveses, es la sustitución permanente que se da de los coordinadores PAB. Cuando no son las renuncias intempestivas por parte de los coordinadores, son las formas de contratación que no otorgan la continuidad que se necesita para adelantar un proceso de varios meses. El mencionado es un mal que ocasiona dificultades significativas, pues se pierde continuidad en los procesos educativos realizados y se echa a la borda lo que se pueda haber alcanzado con las comunidades beneficiarias, pues el proceso de empalme es complejo y se limita el ritmo de trabajo y los alcances derivados del mismo, a lo que pueda proponer o leer un agente externo que llegue a conducir el

proyecto. Aparte de esto, se tiene la costumbre poco sana por parte de algunos coordinadores PAB, de llevarse consigo el material que se ha entregado para la implementación de las estrategias. Si bien se trata de una cuestión más personal, debe erradicarse de plano pues la afectación es para comunidades enteras que necesitan conocer el material, así mismo quien retoma el proyecto también debe tenerlo a mano para continuar lo que se ha dejado.

3.2.3 Análisis de los resultados

Como estrategias educativas, los programas implementados para trabajar con comunidades, se convierten en escenarios de socialización, discusión y aprendizaje. Por tal razón, se propician unos espacios donde la comunicación es el eje central para conseguir resultados beneficiosos para todas las partes. Por un lado, los gestores y ejecutores que dan inicio y abordan las estrategias, buscando dar soluciones en prevención frente a problemáticas en salud, que crecen gradualmente. Por otro lado, los facilitadores que implementan en cada comunidad la estrategia, y finalmente los beneficiarios, que de una u otra manera se acogen a la iniciativa y participan de la misma.

Como cada parte debe verse beneficiada, y la forma de visualizar esto es por medio de la efectividad que se deriva de lo que cada actor hace al interior de la estrategia, es importante mencionar que el rol designado a los coordinadores PAB es de suma importancia por su cercanía a las comunidades, por su contacto más íntimo con la realidad de cada contexto. En ese sentido, como lo señala Celia Aldana, en la presentación de políticas de comunicación en salud, son tan necesarios los coordinadores, en otros contextos llamados promotores o agentes de salud, porque el estado no da abasto para llegar a todos los ciudadanos y ellos de alguna manera lo representan, pero de igual manera es necesario fortalecer sus capacidades, pero no solo en términos de conocimientos de salud, sino afianzar su capacidad para comunicarse con la población y educarla. Esto implica un cambio de perfil de los coordinadores PAB, que complementarían el rol que cumplen, afianzando sus competencias en comunicación y educación.

Aunque los facilitadores tuvieron holgura para proponer metodologías de trabajo en la implementación de la estrategia, su accionar no sobrepasó en gran medida lo estipulado por ejecutores y gestores para el desarrollo del proceso. Esto evidencia que es urgente capacitar a los facilitadores para que cumplan un papel más activo; para que, primero, no se limiten únicamente a replicar una información que viene concentrada en unos formatos específicos y con unos lenguajes no entendibles para alguien que no conozca las temáticas, sino también para que se afiancen en formas de trabajo e identificación de los lenguajes y canales adecuados, que permitan el entendimiento mutuo cuando interactúen con las comunidades beneficiarias.

En una estrategia como la presente, donde se evidencia la no realización de un diagnóstico previo de poblaciones para la construcción de la misma, los coordinadores podrían ser de gran ayuda al momento de caracterizar a la población y estructurar las estrategias. Tal como lo menciona David Berlo, el receptor o decodificador, aparte de tener unas actitudes, también posee un nivel de conocimiento y se desenvuelve en un sistema social y cultural; en ese sentido, el coordinador PAB, que conoce el contexto de cada municipio y las problemáticas que pueden existir, podría aportar en la construcción de las estrategias, cumpliendo el rol de fuente o encodificador, en compañía de quienes en este momento elaboran el contenido de los proyectos, la Secretaría de Salud y la Liga contra el Cáncer.

Es preocupante y deja abierta la discusión, lo expresado por las coordinadoras PAB, acerca de la carga de proyectos que cada una maneja en sus municipios; puesto que pueden realizarse cientos de programas por cumplir con lo dispuesto en cada administración y cada programa de gobierno, pero los resultados y el impacto tal vez no sean los más favorables para las comunidades. No se trata de implementar programas para justificar la utilización de algunos rubros; es algo que va más allá de lo relacionado con indicadores de gestión y cumplimiento, es beneficiar verdaderamente a las comunidades que lo necesitan y que no por estar lejos de los grandes centros poblados y capitales del país, merecen estar relegadas, violentándoseles sus derechos como si no fueran ciudadanos de primera clase.

Aparte de las dificultades que de por sí representa implementar una estrategia donde no se ha tenido en cuenta la población, ni sus características socioculturales para el diseño de la misma, la sustitución permanente de coordinadores PAB obstruye el desarrollo de los procesos. No es lo mismo llevar a cabo un proyecto donde el facilitador de un municipio conoce a su población y ha logrado desarrollar un ritmo de trabajo, a escenarios donde inicia el proceso un coordinador que a mitad de camino se ausenta y da paso a otro coordinador que viene con su bagaje personal, para nada cuestionable, pero que en cuanto al proceso de la estrategia en particular, si es posible que no rinda igual. Esta es una falencia mayor y muy frecuente en estos programas. Además, un elemento que influye en demasía tiene que ver con la forma en que se da la contratación de los coordinadores PAB; pues estas generan inestabilidad en los mismos, al no permanecer el tiempo correspondiente al frente de los proyectos iniciados.

3.3 CATEGORIZACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

Indagar alrededor del tema de estudio a través del Grupo Focal como herramienta, proporcionó mayor claridad frente a las percepciones de los beneficiarios cuando se les aplicó ésta metodología en sus respectivos municipios; un procedimiento que permitió develar las falencias de las estrategias establecidas por el ente

estatal, su retribución a la comunidad, las percepciones de los beneficiarios y las alternativas eficaces para la promoción y prevención. Los conceptos que permitieron sistematizar los discursos construidos por la población objeto, alrededor del proyecto educativo. (Ver anexo H)

- **Concepto de salud**

La construcción grupal de los conceptos permitió una mayor fidelidad de la percepción de los beneficiarios frente a las estrategias aplicadas, que en las tres muestras correspondientes a los municipios de Suaza, Tello y Yaguará, se lograron elaborar a través de sus experiencias y de la relación con otros conceptos en comunicación y salud. Es así como “La estabilidad de la condición física y mental de un individuo mediante prácticas de hábitos saludables” responde al concepto de Salud. Según los mismos beneficiarios, se trata de una condición de “alto vigor” que se mantiene con pautas de los profesionales en la medicina o con la iniciativa del individuo cuando recurre a la automedicación.

El taller permitió en este concepto de Salud, develar la claridad y resolver las incongruencias que se presentaban para entenderlo como una necesidad básica del individuo; sin embargo, en el ejercicio los Sistemas de Salud, el personal médico con el que cuenta la población, la infraestructura para tratar el tema, las exiguas campañas y la automedicación entre otras razones, desvirtúan la práctica sana de la salud en sus respectivas comunidades, evidenciando progresivamente una problemática de fondo que impidió una ejecución satisfactoria de las estrategias educativas del proyecto ejecutado.

El taller de Grupo Focal en el Municipio de Tello registró desinterés entre sus asistentes cuando se les interrogó sobre el significado de bienestar y salud; una circunstancia corroborada en sus respuestas: “...Muchas veces nuestros actos van en contra a la hora de tener buena salud”, según las beneficiarias, ésta posición es propiciada por la escueta metodología de exposición y la inapropiada pedagogía para tratar los temas por parte de los profesionales, quienes no generan mayor atención entre las mujeres, simplemente propician un proceso de escucha momentáneo entre ellas.

Para el Grupo Focal de Yaguará, son constantes una serie de términos técnicos, que a su modo de apreciar, pueden ser más sencillos de comprender en un lenguaje básico y concreto para entender temáticas relacionadas con la salud, “...no recurrimos al médico, ni nos preocupamos por la enfermedad sólo hasta cuando se pone grave la persona. Pero si es un hijo, ahí sí nos preocupamos”. Se evidencia una tergiversación del concepto Salud en la práctica, donde la prevención queda relegada a un segundo plano para dar paso a una necesidad curativa, independientemente de la gravedad de la patología.

Con el taller desarrollado en el Municipio de Suaza, fue común la ejemplificación de una situación cotidiana para llegar al concepto base de una buena o mala salud, o para describir sus reacciones ante un familiar enfermo. Mediante la construcción de recuerdos y anécdotas las asistentes en Suaza reconocen la importancia de tener una condición saludable, con prácticas y hábitos que respondan a condiciones sanas en su totalidad; pese a lo contradictorio que se muestre en el ejercicio de sus vidas diarias.

Los grupos focales de Tello, Yaguará y Suaza lograron construir su propio concepto de Salud, que se inclina por las necesidades básicas familiares, mayoritariamente sin resolver por las instituciones encargadas. A ello, se debe el desinterés que tiene para la población estudiada, la práctica de hábitos preventivos y saludables.

- **Las estrategias educativas son útiles para el trabajo de promoción y prevención**

Luego de la implementación de la Estrategia Educativa y su posterior evaluación por parte de gestores y facilitadores, el Grupo Focal con los beneficiarios develó otros conceptos relacionados a la efectividad del proyecto estatal para establecer mecanismos de prevención y promoción de estilos de vida saludables, como propósito central de este programa de la Secretaría de Salud Departamental.

Los gestores y facilitadores del proyecto recurrieron a las organizaciones comunitarias de cada municipio para difundir el contenido de las estrategias, entre ellas, los Grupos FAMIS, quienes se convirtieron en un enclave de difusión estratégico. Estos organismos incluyeron en sus actividades habituales los “Talleres de Promoción y Prevención”, un tema que despertó el interés de las madres cabeza de hogar porque respondían a las necesidades del cuidado para sus familias. Sin embargo, la continuidad y rigurosidad de estas reuniones impidieron resultados satisfactorios para la estrategia.

“Muchas veces no podíamos acudir a los talleres porque vivíamos ocupadas o sólo asistíamos a los temas de aprendizaje y manualidades por interés”, una apreciación de las asistentes que se generalizó en los tres municipios, para evidenciar el interrumpido seguimiento al desarrollo de la estrategia que efectuaron los facilitadores y ejecutores. Mientras avanzó la fase de aplicación de la estrategia, muchos vacíos e inconsistencias se formaban con el paso de ésta etapa, debilitándose el aprendizaje y el carácter multiplicador del mensaje.

Para los beneficiarios de Yaguará, Tello y Suaza era novedosa la implementación de una estrategia de Salud alrededor de una enfermedad tan mencionada y de alto costo como el cáncer, circunstancia que despertó en un primer momento la atención de las madres cabeza de hogar, quienes paulatinamente disminuyeron

en número cuando los especialistas no mantuvieron la rigurosidad del taller y la continuidad de sus asistentes además del intermitente seguimiento a los conceptos desarrollados para medir la recepción de la estrategia entre los beneficiarios.

Las madres de los FAMIS enfatizan en lo aprendido acerca de los estilos de vida saludables, a partir de los talleres, "...las reuniones se convirtieron no sólo para explicar el cáncer, sino también, para hablar de nuestros estilos de vida habituales y del cuidado que tenemos con nuestra salud y la de los integrantes del núcleo familiar". Ésta conciencia de la que hablan las asistentes se refiere al cuidado por los suyos, aunque el carácter preventivo y más el de ellas mismas, quede relegado para dar paso a la protección de los hijos, compañeros, familia materna y paterna primeramente.

Aunque el objetivo de la estrategia educativa fue formar a la población en la práctica de estilos de vida sanos, preventivos que promovieran el bienestar, fue una meta que se cumplió sólo en las fases de elaboración y aplicación del proyecto, ya que en las etapas de seguimiento y evaluación la estrategia reconoce a través de la población beneficiaria, los vacíos evidenciados en la asimilación de conceptos, iniciativa y continuidad de los receptores en el ejercicio de hábitos básicos e idóneos para la preservación de una buena calidad de vida.

- **Cómo conciben la comunicación**

Definir qué percepciones tienen los actores acerca de comunicación y establecer su importancia no sólo en la aplicación de la estrategia educativa sino en la vida de las asistentes, fue lo que conllevó a lanzar la pregunta en el Grupo Focal, luego de explorar entre las beneficiarias los conceptos en torno al proceso de "intercambio y retroalimentación de información", para empezar a discutir el rol desempeñado por la comunicación en el desarrollo del proyecto.

El concepto fue construido con ideas que describen acciones: "Dialogar, intercambiar palabras, informar, hablar sin prejuicios, enseñar, discutir sobre un tema o responder al otro"; cada integrante del grupo buscó más que una descripción del proceso de comunicación, sinónimos que respondieran al concepto y a su práctica convencional. En ese punto, el taller se enfocó a indagar cómo se propiciaba la comunicación en las labores diarias de las asistentes para entender su interacción con familiares, amigos, vecinos, personal médico y profesional. En estos últimos, se puntualizó para determinar el grado de efectividad en el intercambio de mensajes durante la aplicación de la estrategia.

Las asistentes evidenciaron "interés y entendimiento" cuando se habló de comunicación, y en ambos casos se interpretó como una necesidad que debía resolverse en vista de que "el intercambio de mensajes" no era claro por parte del

equipo médico cuando se discutía sobre salud: “La comunicación es regular, porque cuando preguntamos sobre nuestras dolencias o cuidados, no encontramos respuestas concretas, además del poco interés por parte del médico”. Antes de discutir un concepto claro de comunicación y después de vislumbrar términos relacionados, las beneficiarias señalaron falencias en el intercambio de mensajes y fueron precisamente estos inconvenientes, los que propiciaron una comunicación deficiente durante la aplicación de la estrategia educativa.

Medios, mensajes, lenguajes y contenidos son los elementos de la comunicación que se pueden identificar en la implementación de la estrategia que describen las beneficiarias en los talleres: “yo siempre escuché del proyecto a través de comerciales en la radio, volantes que le daban a uno en los talleres o en las citas con los médicos” señala una de las beneficiarias en el municipio de Tello, en donde fue poca la disposición de recursos para la fase informativa y de convocatoria de beneficiarios para la estrategia, a diferencia de los otros dos municipios en los que se evidenció una mayor utilización de medios de comunicación como la radio y televisión, además de material impreso. En cualquiera de los casos los usos y las razones para recurrir a los medios, los mensajes, los lenguajes y contenidos marcaron la efectividad de la comunicación en la implementación de la Estrategia.

- **Cómo se difundió la información de las estrategias**

Los medios radiales e impresos se convirtieron en el fuerte de la difusión para los tres municipios, sólo en el caso de Yaguará la televisión local fue una herramienta que aunque innovadora para la trayectoria de aplicación en este tipo de proyectos, no fue determinante en la masificación de la información de la estrategia, puesto que la mayoría de las madres FAMIS no tienen televisión por cable a través de la cual ingresa la señal del canal local del municipio.

Otros de los medios que se suman a la fase informativa son el perifoneo, periódicos, afiches, volantes, folletos y el que se convirtió en un común denominador en los grupo focales fue el conocido “voz a voz”: “alguna vez le escuché a las vecinas de mí barrio o a mí mamá, o por ahí, que se estaban dictando charlas sobre cáncer, sobre hacerse la citología, y luego lo escuché en la radio de acá” especifican los beneficiarios de Suaza.

Aunque la radio es el medio con mayor audiencia, no es propiamente el canal al que dediquen mayor tiempo, por sus actividades diarias o cuando asisten a los talleres de grupos FAMIS. Las beneficiarias señalan que en ningún momento se les indagó, entre sus prácticas habituales, el uso de un medio de comunicación específico por el que se difundiera información sobre cáncer, dejando entrever que

el impacto mediático de la estrategia se generó para arrojar información deliberada sin medir ni indagar los consumos mediáticos de sus pobladores.

- **Cómo fue la recepción de los mensajes**

Los mensajes contruidos para difundir a través de los medios son claros y en algunos casos ilustrativos (referentes a los medios impresos), “sí, a veces usted escucha un comercial y le pasan un volante y usted entiende lo que le indican: cómo hacerse una mamografía, cómo alimentar a los hijos o los hábitos buenos”, sin embargo, señalan que algunos mensajes están cargados de tecnicismos o son difusos en las cartillas pedagógicas y además, no comprenden algunos términos del vocabulario médico acerca del tema, generando algunas dudas sin resolver porque no se atreven a preguntar. Incluso en los mismo talleres de capacitación de la estrategia (una charla aplicada de información sobre el tema de cuatro tipos de cáncer), los mensajes manejados llegaban cargados de información que sólo era recibida y no propiamente tratada o retroalimentada con el beneficiario: “En ocasiones, los médicos nos hablaban de muchas cosas que no recordaba o de informaciones que no se entendía; unos dicen una cosa, y otros mencionan otras cosas” señalaban los beneficiarios de Yaguará y Tello.

Los mensajes cortos y concretos se manejaron en medios que limitaron el mensaje a un contenido poco estructurado y demasiado escueto (el mensaje se supeditaba al alcance y rango del medio y no a una estrategia planeada), para el caso de los talleres donde los mensajes se cargaron de variada información, se requería de un tiempo necesario e interpretación indicada para continuar proporcionando mensajes claros.

- **Qué contenidos presentó la estrategia y cómo fue el lenguaje utilizado**

Ilustrativos, concretos, llamativos, pedagógicos y con terminología básica fácil de comprender. Se requería que estos elementos estuvieran presentes en los mensajes tratados en la aplicación de la estrategia, criterios que no fueron tenidos en cuenta para elaborar las cartillas educativas, charlas de aplicación y citas médicas. Frente a este material recibido el beneficiario no logró la iniciativa para resolver sus dudas, “nos da pena o desinterés volver donde el médico para que nos explicara nuevamente lo que nos acababa de comentar, porque tenía afán, o porque los talleres se terminaban” una pérdida de iniciativa de parte del profesional frente al contenido complejo de los mensajes, para tratarlos con el beneficiario. Estos últimos admitieron en el grupo focal, su interés en resolver con mayor detenimiento la comprensión de estos lenguajes y contenidos para el beneficio.

3.3.1 Tipificación de los resultados de estudio

1. Insuficientes y difusas campañas de prevención del cáncer y promoción de estilos de vida saludables durante la implementación de las estrategias Educativas, por parte de los facilitadores del proyecto y posteriormente del personal médico que integra las instituciones del área de la salud en Tello, Suaza y Yaguará.
2. Los lenguajes y tratamientos durante la aplicación de las estrategias fueron complejos, difusos y altamente tecnicistas para la población a la cual estaban dirigidos los talleres de capacitación, las campañas informativas y las charlas de sensibilización. Situación que también suele ocurrir en las citas médicas habituales que cubre el Sistema de Salud Subsidiados en los tres municipios.
3. No se mantuvo un seguimiento riguroso a la continuidad de los talleres, la evaluación a los beneficiarios de los temas expuestos y la asistencia a las sesiones organizadas por facilitadores en cada municipio. Tampoco se registró interés por parte del equipo multidisciplinario de salud por la resolución de inquietudes y dudas, ni en el aporte de sugerencias a los beneficiarios que asistieron periódicamente a los talleres.
4. Pérdida de continuidad y retroalimentación de los ejes temáticos en los talleres formativos, específicamente de aquellos relacionados con los conceptos de promoción, prevención y enfermedad, por falta de planeación de las sesiones con los beneficiarios.
5. No existen hábitos sólidos de estilos de vida saludables entre la población estudiada, que puede tomarse como consecuencia de la desinformación de los mismos y, por una conciencia de preservación que responde más a necesidades curativas en el acto, que a adopción de medidas preventivas (sus condiciones económicas, socioculturales y de formación también son causantes de esa falencia de bienestar).
6. Confusión y desconocimiento generalizados frente a conceptos como: cáncer, salud, estilos de vida saludables, prevención, enfermedad, cuidados, procedimientos, información, comunicación, Sistema de Salud, sintomatología, preservación, derechos y responsabilidades frente al cuidado de la integridad humana.
7. La construcción de los mensajes no responde a las necesidades de comunicación de las estrategias entre la población beneficiaria, porque no se elaboraron los contenidos, la estructura y los códigos idóneos teniendo en cuenta las condiciones socioculturales de los receptores.

8. No se usaron adecuadamente los medios masivos de comunicación como herramienta para establecer un canal efectivo de intercambio de mensajes entre los ejecutores y beneficiarios.
9. Desconocimiento en detalle de los contextos socioculturales de la población objeto, evidenciado en el resultado del estudio de recepción del proyecto, adelantados inmediatamente después de aplicadas las Estrategias Educativas.

3.3.2 Descripción de los resultados

En medio de las discusiones generadas en los Grupos Focales de Yaguará, Tello y Suaza; siempre surgió un debate por tratar de identificar los temas en salud que se adelantaran en los municipios desde estas entidades. Las asistentes no identificaban con claridad la campaña ni los objetivos de las mismas, se remitían a una serie de actividades desarrolladas entorno a ellas para mencionar la presencia de programas de prevención (realización de mamografías, citologías, nutrición, cursos psicoprofilácticos etc.); luego de los exámenes, no se volvía a tratar el tema hasta una nueva temporada de citas para realizárselos.

Aunque aseguraron la realización de campañas como mecanismo de afianzamiento de las Estrategias Educativas del proyecto, las mismas beneficiarias describieron la intermitencia y fugacidad de los programas realizados que se resumían en citas, afiches y pocas charlas informativas. Fueron insuficientes y difusas campañas de prevención del cáncer y promoción de estilos de vida saludable que no fortalecen o complementan la aplicación de las Estrategias Educativas por parte de los Facilitadores del Proyecto, encargados de planearlas, y posteriormente del personal médico que integra el Sistema de Salud, responsable de propiciarlas como actividades cotidianas entre los individuos.

Las campañas, los talleres, las charlas informativas, el material impreso, las citas médicas o las capacitaciones a las madres cabeza de hogar, se construyeron con lenguajes específicos, que según el proyecto: formara e informaran a la población de los beneficios obtenidos al mantener una vida saludable y del significado del cáncer en todas sus instancias.

Cuando se les escuchó hablar de la enfermedad, sus síntomas y mecanismos de prevención, se percibió un grado de desinformación y confusión del tema que responde en gran medida a los lenguajes utilizados por los profesionales para exponer y guiar a las beneficiarias; quienes en su mayoría lograron un nivel de educación básico y se dedican a labores caseras como alternativas de supervivencia; evidenciándose así la baja capacidad de respuesta ante lenguajes confusos y cargados.

Precisamente estos lenguajes utilizados para la implementación de las Estrategias fueron complejos, difusos y altamente técnicos para la población a la cual estaban dirigidos los talleres de capacitación. Situación que también demostraron las asistentes que ocurre en las citas médicas habituales cubiertas por el Sistema de Salud Subsidiados, donde el tiempo de la consulta alcanza medianamente para conocer el estado de salud que las aqueja y las pautas a seguir. No hay espacio para comprender y aprender sobre la dolencia o el estado físico propio y de sus congéneres.

Los resultados de la aplicación del proyecto de prevención del cáncer y promoción de estilos de vida saludables, señala en sus apartes que la única herramienta de seguimiento a la aplicación de las Estrategias Educativas fueron los Pos test, documentos que registraban la respuesta de los beneficiarios ante los talleres, tipo de información recibida, conocimiento de la enfermedad y calificación de las campañas.

Fue una herramienta de seguimiento que sólo se aplicó al final del proceso de implementación de las estrategias; de carácter cerrado, que no permitía identificar inquietudes, sugerencias, dudas y actividad familiar de quienes asistían de manera periódica a los talleres; que no exploraba la recepción de los conceptos entre las beneficiarias y no monitoreaba la actividad habitual de los individuos como método de comprobación del proyecto.

No se registró un seguimiento exhaustivo y constante que permitiera medir la evolución de las estrategias en la población, el impacto en sus prácticas habituales y mucho menos los niveles de recordación y compromiso para acogerse a estilos de vida más saludables que los protegiera de una enfermedad compleja como el cáncer.

Un seguimiento detenido a la trayectoria de las estrategias le habría permitido mayor efectividad, claridad y conservación al proyecto en la conciencia de cada receptor, para postergar sus beneficios como herramienta efectiva de prevención y conservación del bienestar colectivo.

La falta de un seguimiento de aplicación de las estrategias, propició un fenómeno de procedimiento que irrumpió en el aprendizaje de los beneficiarios y fue la pérdida de continuidad y retroalimentación de los ejes temáticos en los talleres formativos, específicamente de aquellos relacionados con los conceptos de prevención, promoción y enfermedad.

Los anexos del proyecto muestran una frágil estructura temática para desarrollar las Estrategias Educativas, se trataba de mucha información sin un orden específico y claro, con lenguajes complicados que imposibilitaron fluidez en los talleres formativos, en la difusión de los mensajes y en los conceptos impartidos.

No se encontró una línea temática que guiara el procedimiento de implementación de las estrategias en la fase informativa y de capacitación.

Cuando intentan describir sus hábitos alimenticios, deportivos y preventivos las beneficiarias recurren a procedimientos caseros, tradicionales o popularmente conocidos para exponer sus “prácticas de bienestar”, que en la mayoría de los casos no son recomendables como métodos de prevención y cuidado; por el contrario, podrían poner en peligro la integridad de cada una de ellas y sus familias.

Se trata de una concepción de estilos de vida que no logró estructurarse con la implementación de las Estrategias Educativas, porque éstas a su vez no respondían a unas necesidades claras y contextualizadas de los beneficiarios. Los estilos propuestos exponían una serie de rutinas y cuidados generalizados, sin tener en cuenta la condición socioeconómica, cultural, geográfica y familiar de los usuarios. Contradicciones que no permitieron inculcar hábitos sólidos de estilos de vida saludables, por la desinformación misma de llevarlos a cabo y por una conciencia de preservación de los individuos, que responde más a intenciones curativas que a medidas preventivas.

A raíz de la poca claridad para establecer estilos de vida saludables, era igualmente un hecho que se presentaran confusiones por parte de las beneficiarias al tratar de entender conceptos bases que integran dicha estructura de actividades benéficas para el bienestar humano: cáncer, salud, estilos de vida saludables, prevención, enfermedad, cuidados, procedimientos, información, comunicación, sistema de salud, sintomatología, preservación, derechos y responsabilidades frente al cuidado de la integridad humana. La confusión y el desconocimiento generalizado ante estos temas, se convirtieron en un común denominador en los tres talleres de grupo focal.

Determinar el tipo de comunicación que establecieron ejecutores y beneficiarios durante la aplicación del proyecto, se convirtió en la prioridad de la investigación luego de haber realizado un recorrido por las prácticas de promoción y prevención que ejercen con sus familias; y adquirió tal importancia precisamente por los vacíos hallados en la recepción que estos beneficiarios experimentaron con la difusión de las estrategias ¿qué falló entre el intercambio de mensajes de los actores mencionados?

Durante la construcción de los mensajes no se tomaron en cuenta contenidos más claros y sencillos; no se definió una estructura fluida y fácil de captar teniendo en cuenta las condiciones socioculturales de las que proceden los usuarios; y mucho menos se establecieron códigos que la gente lograra interpretar en medio de conceptos tan complejos que giran en torno al cáncer. El perfil del receptor no fue tenido en cuenta al momento de elaborar los mensajes educativos y el impacto

que se requería en ellos, se trabajó basados en características poblacionales generalizadas.

Ahora bien, si los mensajes no eran consecuentes con el perfil de los usuarios y no generaban mayor recordación y conciencia de bienestar en ellos, los medios o el canal por los que circularían para la difusión, respondían exclusivamente a un inminente afán de impacto en todo los flancos posibles, porque sólo así se aseguraba la llegada de la información hasta el destino proyectado, de ésta manera lo establecieron el equipo profesional y de ejecutores del proyecto.

Las asistentes a los talleres de Grupo Focal señalaron que en ningún momento se les interrogó por sus consumos mediáticos, ni a cuáles estaban más propensas en su diario vivir; tampoco recuerdan que se les preguntara por el mecanismo más adecuado para recibir y entender temas de salud con densos contenidos como el cáncer; y nunca mencionaron haber consensuado un único discurso con los profesionales, que las formara y preparara para reconocer y enfrentar las mortales consecuencias a las que puede conllevar una enfermedad como la mencionada.

Se demuestra una vez más la imprescindible necesidad de incluir los modos de vida de la población beneficiaria en la elaboración de estrategias de promoción y prevención; más allá de información estadística, de género y netamente cuantitativa, que no es estratégica ni suficiente para efectivizar la implementación de programas en salud como el que es objeto de estudio en esta investigación.

3.3.3 Análisis de los resultados

El análisis, por un lado, de la estructura mental de un individuo, sus comportamientos, hábitos y roles en el hogar y la sociedad y de otro, la relación de este mismo individuo con sus contextos socioculturales para determinar, en ambos casos, los canales que establece con otros semejantes, que pueden llegar a develar sus necesidad como receptor y posteriormente como audiencia. Todo esto teniendo en cuenta que la prioridad del estudio siempre fueron las percepciones que ha elaborado una población determinada frente a un proyecto de salud, que la educaría en torno a una enfermedad compleja y masiva como el cáncer.

Ni como individuos constituidos por un perfil específico, ni como población que requiera un manejo cuidadoso como audiencia para el intercambio de mensajes, fueron concebidos los beneficiarios de las estrategias por parte de gestores, facilitadores y ejecutores del proyecto; evidenciándose no sólo en la baja recepción obtenida en torno a los conceptos aplicados de las Estrategias Educativas; sino también, en los inadecuados estilos de vida que mantienen las beneficiarias, en los deficientes procedimientos que adelantan para la protección integral de sus familias y en las inapropiadas estrategias comunicativas que

difundieron mensajes complejos unidireccionalmente de promoción y prevención entre los pobladores.

La teoría culturológica de la comunicación ha demostrado con los años y el desarrollo de proyectos en ésta vertiente de las ciencias sociales, que interpretar los elementos antropológicos que surgen con la relación entre el consumidor y el objeto de consumo, proporciona guías puntuales para construir mensajes adecuados de difusión y canales efectivos de retroalimentación. Como los ejecutores del proyecto seguían lineamientos de implementación de las estrategias en los que predominaban “el bombardeo de mensajes e información a través de los medios masivos con los que contara el pueblo”; no fue posible establecer las condiciones sociológicas y antropológicas de consumos y comportamientos de la población para crear estrategias comunicativas sólidas, que propiciaran estilos de vida saludables.

Las beneficiarias no identifican con exactitud los contenidos, los procedimientos a seguir y mucho menos los nombres o tiempos en los que se implementaron las estrategias educativas; porque no se marcó una línea temática clara y ordenada que beneficiara las fases de aplicación y difusión de los mensajes que estructuraban las estrategias. Los canales que utilizaron para informar acerca de promoción y prevención, generalmente no respondían a los consumos mediáticos de las madres cabeza de hogar; ya que con sus labores diarias, nivel educativo, desarrollo integral de los sentidos, prácticas habituales y gustos específicos era más efectivo el uso de la radio, el perifoneo, el voz a voz y los talleres formativos como canales masivos, que folletos y cartillas de contenido denso que no acapararon la atención de las receptoras.

Incluir el tema de la salud en la vida de las beneficiarias como herramienta clave para la preservación del bienestar propio y colectivo, obligaba a la utilización de elementos comunicativos en conjunto como símbolos, valores, mitos, imágenes e imaginarios de los sistemas culturales de Yaguará, Tello y Suaza para fijar un proceso de inclusión fiable del proyecto en salud dirigido a los 37 municipios. A falta de ese mapa cultural que guiará los usos mediáticos y el intercambio de mensajes, se debe la desinformación, la tergiversación, la confusión e incluso las prácticas inadecuadas, en muchos casos, en prevención y promoción (la automedicación, remedios caseros, consejos de gentes inexpertas, comprensión errónea de procedimientos médicos).

Tanto los ejecutores del proyecto como los profesionales de la salud en cada pueblo, se encargaron de difundir y promover los contenidos de las estrategias en lenguajes y a través de medios que ellos “consideraban” adecuados y directos para llegar a sus audiencias. Los contenidos y la esencia de los mensajes estaban elaborados con conceptos de políticas en salud y reflexiones de especialistas en la materia con dialectos sencillos y propios del contexto donde se aplicaron.

Los estudios de audiencias les confieren un carácter activo a los públicos que investigan, porque reconocen la capacidad que tienen para actuar luego de recibir mensajes determinados como los impartidos en salud, para el caso en estudio. Las audiencias tienen la capacidad de responder e interpretar libremente sobre lo recepcionado y causar impactos socioculturales en las circunstancias de los universos donde residen. El impacto que se visibiliza y se sigue percibiendo luego de la aplicación de las estrategias, ya no en un grado alarmante pero sí considerable, son las cifras de enfermos de cáncer en estas cuatro clasificaciones en estado avanzado que continúan en ascenso; los reducidos hábitos de cuidado que tiene la población con su cuerpo; la desconfianza para adelantar procesos de prevención y el desinterés por aprender a hacerlo.

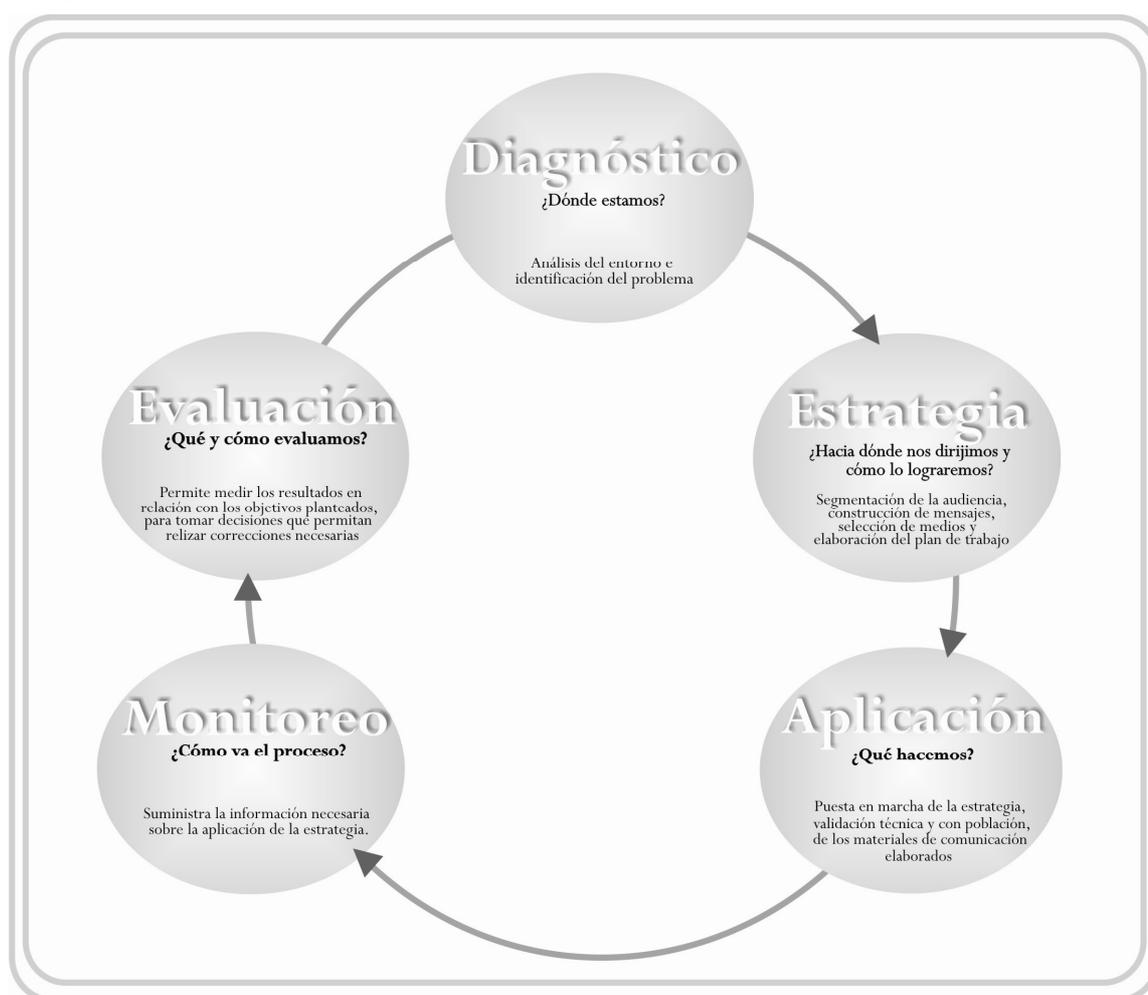
La recepción de las audiencias incluye a la *retroalimentación* como proceso comunicativo que debe desarrollar un rol protagónico en la implementación de campañas en salud y programas de prevención como lo señala Mike Motley, Charles Berger y Robert Bell²¹ quienes se han dedicado al estudio de las audiencias para ésta clase de proyectos. Conocer y entender cómo reciben los mensajes, qué dudas tienen los públicos y qué necesidades surgen con ello, es un inmenso vacío que se percibe en las Estrategias investigadas. No se generó la retroalimentación necesaria para medir la aceptación y asimilación de los conceptos en salud manejados por el proyecto. Para Tello, Suaza y Yaguará la aplicación de este programa se enfocó más al clásico procedimiento de vaciar contenidos en “receptores pasivos” donde no se dio la oportunidad para el intercambio y la reflexión como alternativas de retroalimentación.

Los grupos focales permitieron identificar el grado de influencia, conocimiento y conciencia de cada individuo asistente alrededor de prácticas saludables, prevención, promoción, cáncer y comunicación. Según los resultados obtenidos y por lo anteriormente expuesto, la percepción de los beneficiarios frente al proyecto de prevención del cáncer y promoción de estilos de vida saludables no es satisfactoria, clara ni suficiente como para transformar los actuales estilos que promueven los usuarios y empezar a desarrollar otros más idóneos y benéficos para el bienestar como individuos y como familias. Y no será tampoco una percepción favorable, hasta que los proyectos de esta naturaleza se adapten también a los servicios de P y P y de Salud Básica que ofrece el estado a través de un incipiente y poco integral Sistema de Salud colombiano.

²¹ ALCALAY, Rina. La Comunicación para la Salud como Disciplina en las Universidades Estadounidenses. Revista Pan American Journal of Public Health 1999 ; 5(3) : 192-196). Salud Public Vol. 5 N.3. Washington. Marzo 1999. pág 29

4. LINEAMIENTOS DE UNA PROPUESTA COMUNICATIVA PARA LA ESTRUCTURACIÓN DE ESTRATEGIAS EDUCATIVAS EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Imagen 1. Esquema propuesta comunicativa



Diagnóstico para poblaciones beneficiarias

Luego de revisar el andamiaje formal del proyecto “Prevención del cáncer: estrategias educativas para la promoción de estilos de vida saludables”, se referencia lo siguiente con el objetivo de justificar la naturaleza de la presente propuesta. Es importante hacer claridad, de que aunque la propuesta

comunicativa está construida a partir de la información recolectada en la actual investigación, la estructura y cada momento de los planteados a continuación, deben obedecer a cada problemática o programa en salud en particular. Lo anterior, teniendo en cuenta que pueden existir problemáticas en salud con algunas características en común, pero no se puede pasar por alto el que las poblaciones y las formas en que se afrontan las situaciones y se vivencian las problemáticas están mediadas por diversos factores que distan entre sí, al hablar de la constitución cultural, social, religiosa, entre otras, de cada comunidad.

Las estrategias educativas deben ser efectivas, pues constituyen acciones que abarcan comunidades específicas, en procura del desarrollo de procesos de formación frente a problemáticas en salud, para el caso actual. Por tal motivo es importante que sean construidas a partir de estudios previos o diagnósticos, que permitan conocer el público al que se quiere llegar y los contextos que intervienen, los factores económico y socio cultural, político así como la capacidad de intervención institucional. Así mismo, se deben analizar los conocimientos, actitudes, prácticas, preferencias, espacios y modos de comunicación del público objetivo. No basta con tener en cuenta las cifras compiladas en registros epidemiológicos a la hora de implementar estrategias educativas en salud, pues si bien cuantifican los índices de incidencia de las enfermedades, dejan de lado información cualitativa importante para entender los elementos que originan las enfermedades y que son imprescindibles al momento de formular iniciativas en prevención.

Es el caso particular del proyecto “Prevención del cáncer: estrategias educativas para la promoción de estilos de vida saludables”, que se implementó en los 37 municipios del Departamento y a lo largo del cual, se estableció una estrategia educativa con miras a la reducción de incidencia frente a 4 tipos de cáncer (mama, cuello uterino, próstata y testículo). Los gestores y ejecutores de la iniciativa partieron de las cifras consignadas en el registro poblacional de cáncer del departamento, para la construcción y ejecución del proyecto, sin tener en cuenta la aplicación de un estudio previo de población, que permitiera conocer especificidades de las comunidades a intervenir, antes de formular la estrategia como tal. La aplicación de un pretest sobre conocimientos en salud, implementado en la segunda fase del proyecto, fue el referente que se planteó para conocer aspectos concernientes a las comunidades, mecanismo que no permite un abordaje amplio y además, no incluye aspectos comunicativos.

Teniendo en cuenta lo anterior, se piensa en una propuesta comunicativa que atraviese cada fase de la estrategia educativa, es decir, que intervenga en cada punto que sea necesario. Así, se formula como primer ítem de la propuesta comunicativa, la realización de un diagnóstico que permita describir la situación general de la comunidad a intervenir de cada municipio. Además, con el cual se puedan identificar problemas, necesidades y recursos disponibles; así mismo espacios y modos de comunicación del público objetivo, información valiosa para

empezar a construir estrategias acordes a las características de cada población beneficiaria.

De esta manera, se exponen a continuación las pautas para la realización del diagnóstico:

Diagnóstico para poblaciones beneficiarias

Cuadro 9. Poblaciones beneficiarias

Ubicación contextual y Reseña Histórica	Características Demográficas	Situación Socioeconómica	Problemas generales de la comunidad	Percepción de la comunidad sobre su estado de salud	Estado de salud a nivel individual, familiar y comunitario	Actividades de prevención en salud	Aspecto comunicativo
<p>Conocer la localización de la comunidad objetivo del estudio.</p> <p>Determinar el proceso de constitución de la comunidad, accesibilidad y medios de comunicación y rasgos culturales básicos.</p>	<p>Conocer la distribución de la población por edad y sexo (pirámide poblacional) y la distribución de la población según actividad económica.</p> <p>Establecer el origen y procedencia de los hogares, la composición de los hogares y del núcleo familiar, así como la tipología familiar y ciclo vital familiar.</p>	<p>Determinar:</p> <p>Ocupación e ingresos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ocupación de los miembros del hogar. - Nivel de ingresos familiar. - Empleo, subempleo, desempleo. - Aptitud laboral. <p>Escolaridad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel educativo de los padres. - Tasa de escolaridad. <p>Vivienda</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de vivienda. - Materiales de construcción. - Número de cuartos y ocupantes. 	<p>Identificar la percepción de los principales problemas que afectan a la comunidad, la priorización de problemas e identificación de soluciones.</p> <p>Determinar la organización y participación comunitaria así como la identificación de líderes y tipos de liderazgo.</p>	<p>Establecer los principales problemas de salud percibidos por la comunidad, la morbilidad sentida, hábitos saludables así como la oferta y utilización de servicios no institucionales</p>	<p>Conocer la morbilidad diagnosticada</p> <p>Analizar la situación de salud de las familias: Funcionamiento familiar, familias con problemas de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas sociales que afectan la salud: drogadicción, farmacodependencia, alcoholismo, prostitución, etc. - Cultura sanitaria. 	<p>Determinar actividades relacionadas con la promoción, la protección específica, el diagnóstico precoz, la limitación del daño y la rehabilitación.</p> <p>Establecer indicadores positivos de salud para lograr cambios conductuales en el ámbito de la vida de la población.</p>	<p>Habilidades en comunicación de cada actor.</p> <p>Actitudes.</p> <p>Nivel de conocimientos</p> <p>Sistema Socio Cultural</p> <p>Conocer la comunicación Interpersonal.</p> <p>Determinar prácticas culturales, religiosas, deportivas y modos de compartir.</p> <p>Establecer el uso y apropiación de</p>

		- Conexión domiciliaria con servicios públicos básicos.					los medios masivos. Indagar otros medios por los cuales se difunda la información en los municipios: avisos parroquiales, perifoneo, voz a voz, piezas publicitarias.
--	--	---	--	--	--	--	--

Sumado a los ítems propuestos en el diagnóstico, se sugiere la inclusión de un apartado que indague sobre aspectos comunicativos específicos, como:

La comunicación como eje dinamizador y promotor de cambio y no solo como un proceso de transmisión de información, que fue el enfoque sobre el cual la direccionaron gestores y ejecutores de la estrategia bajo estudio, requiere para hacerse efectiva, tener en cuenta la presencia de actores que juegan roles activos. Es decir, actores que no pueden estudiarse solo en la simple transmisión de datos, sino que por ejemplo, están inmersos en unos contextos específicos, lo cual constituye solo una fracción de los aspectos a incluir para el estudio.

También deben tenerse en cuenta, como lo menciona David Berlo, las *habilidades* de la comunicación de cada actor, en el caso de la fuente o encodificador, hablar y escribir se constituyen en elementos imprescindibles, y de los que su afianzamiento, depende en gran medida el éxito de la comunicación. En el caso del decodificador o receptor, leer y escuchar son habilidades de primer orden. Las *actitudes*, también entran en juego y pueden definirse como las posiciones que pueden tener recíprocamente, varios actores. Lo que piensa el uno del otro en determinadas situaciones, las formas en que actúan dependiendo del concepto que se tiene del otro, sea favorable o desfavorable. También se deben mencionar, las actitudes que se tengan hacia si mismo, esto aplica tanto para el encodificador como para el decodificador. De igual manera, las actitudes hacia las temáticas que se tratan y las actitudes que se tienen hacia el o los otros actores.

El nivel de conocimientos, es muy importante, una vez más, tanto para el encodificador como para el decodificador. Para el encodificador, porque de ese nivel depende en gran parte, los contenidos que le pueda ofrecer a los decodificadores o comunidades. Debe tenerse en cuenta que aparte del conocimiento y el bagaje, es importante manejar un lenguaje no tan técnico, ni especializado; pues es probable que las comunidades a intervenir no manejen ese mismo lenguaje. Es este un argumento más que sustenta la realización del diagnóstico. Sumado a esto, y que las demás pautas del diagnóstico permiten conocerlo, está el *sistema socio cultural*; pues ningún actor se comunica o receptiona como libre agente sin estar influido por la posición que ocupa en un determinado sistema.

Para el encodificador, es importante conocer el contexto cultural dentro del cual se comunican las comunidades, sus creencias culturales y sus valores predominantes, las formas de conducta que son aceptables o no, exigidas o no por su cultura. Esta es labor inapelable para gestores y ejecutores de las estrategias.

Otros aspectos a tener en cuenta en lo que a comunicación refiere son:

- Prácticas culturales, religiosas, deportivas, modos de compartir, reuniones, espacios comunes.
- Acceso a medios masivos de comunicación en cada municipio, localidad o vereda: Radio, televisión (canales nacionales y locales), prensa e Internet. Uso y apropiación de los medios masivos.
- Otros medios por los cuales se difunda la información en los municipios: Avisos parroquiales, perifoneo, voz a voz, piezas publicitarias.

La información debe articularse con la de los niveles educativos, pues es importante tener en cuenta que aún en algunas poblaciones el analfabetismo persiste. De igual manera, se tiene que indagar sobre población con limitaciones o discapacidades a nivel auditivo, visual, etc. Pues esto implica otras formas de comunicar los mensajes, para que esta población no sea excluida de la implementación de las estrategias.

El diagnóstico es una radiografía de la realidad que permite resaltar aspectos relevantes e identificar la problemática en salud, además de la construcción de un análisis situacional a partir del conocimiento del contexto de la población beneficiaria y la caracterización del público al que se dirigirá la estrategia en cada municipio.

Construcción de la estrategia: planeación

El segundo momento que se plantea desde la propuesta comunicativa, es la construcción de la estrategia educativa, teniendo en cuenta los resultados del diagnóstico, para poder segmentar las audiencias objetivo, priorizar los contenidos, formular los objetivos de comunicación, elaborar los mensajes, seleccionar los medios y determinar el plan de trabajo. Este segundo momento, está relacionado con el inminente acercamiento que debe existir entre los Gestores y Ejecutores, a la hora de diseñar y construir las estrategias educativas. Es decir, luego del análisis de la información arrojada en los diagnósticos, la Secretaría de Salud Departamental como ente responsable de propiciar este tipo de iniciativas, debe realizar la convocatoria para que las instituciones que cumplan con experiencia en el campo de la prevención y el tratamiento del cáncer, presenten idoneidad dicha labor.

Luego de que la Secretaría determine qué institución es la seleccionada, las dos partes deben iniciar el proceso de construcción de la estrategia. Se plantea de esta forma, pues una parte (Secretaría), cuenta con una serie de cifras sobre la incidencia de la enfermedad y otro tipo de estudios realizados, y la otra parte

(ejecutores) cuenta con la experiencia en el campo del cáncer; lo anterior representa un conjunto de información necesaria para complementar con los conocimientos sobre la población registrada en los diagnósticos e iniciar una alianza estratégica que permita que estos dos actores unifiquen criterios y construyan, aportando cada uno desde sus perspectivas, estrategias educativas de calidad, que obedezcan a las necesidades de las comunidades beneficiarias en cada municipio. En este proceso, es indispensable el aporte de los profesionales en comunicación, quienes contribuirán de manera efectiva en planeación de las estrategias, construcción de mensajes, manejo de lenguajes adecuados, selección de canales y capacitación de facilitadores, entre otras labores.

En medio de este proceso, los Gestores y Ejecutores deben iniciar la negociación con los coordinadores PIC (Antiguos PAB), que cumplen el rol de Facilitadores, en la ejecución de la estrategia educativa. Esto con el fin de irlos introduciendo en lo que será su labor y a la vez, comprometerlos desde el primer momento de la ejecución de la estrategia.

Para la capacitación de los facilitadores, quienes son los que sostienen el contacto más directo con los beneficiarios, se plantea desde lo recogido en el presente estudio, temáticas concernientes a la comunicación como: técnicas de comunicación, manejo de grupos, comunicación interpersonal, la comunicación como proceso, entre otros. Contenidos que harían parte, con los temas específicos de salud, de una instrucción integral, que le permita a los facilitadores un dominio completo, tanto en salud como en comunicación, a la hora de ir al trabajo de campo con los beneficiarios.

Aplicación de la estrategia: intervención en la comunidad

Una vez construida la estrategia educativa en salud, a partir de la planeación estructurada que deben hacer los diferentes actores sociales (Gestores y Ejecutores), tomando como eje la comunidad beneficiaria, se presenta el tercer momento concebido como aplicación. Este se refiere específicamente al momento de la intervención o puesta en marcha de la estrategia por parte de los (Facilitadores o Coordinadores PAB), que establecen un contacto directo con la comunidad, para socializar el material comunicacional producido en la etapa de construcción o planeación y, ejecutar las actividades programadas. La difusión de la estrategia por parte de los facilitadores, solo se debe efectuar una vez se haya realizado la validación técnica de los contenidos que se propagarán a través de los mensajes y actividades durante la aplicación.

Es importante que la estrategia se aplique teniendo en cuenta componentes de eficacia indispensables como: atracción, comprensión, identificación, aceptación e inducción a la acción.

Para las estrategias que se quieran implementar en el área de la promoción y prevención, es necesaria la articulación de la educación y la salud para constituir una alianza estratégica con el fin de promover la salud y coadyuvar al desarrollo de las comunidades. En este sentido, hay que procurar siempre usar métodos participativos que potencien la adquisición de habilidades sociales, competencias en comunicación y resolución de conflictos; que incidan en la responsabilidad, en la toma de decisiones y que faciliten la práctica de las habilidades aprendidas a través del conocimiento proporcionado por la estrategia.

De acuerdo con lo anterior, para esta fase de aplicación, la “comunicación educativa en salud” a partir de la aplicación o intervención en las comunidades beneficiarias, debe ofrecer herramientas para acoger, fortalecer, enriquecer o modificar de forma positiva, consciente e informada, una diversidad de conocimientos, actitudes y/o comportamientos con el propósito de establecer estilos de vida saludable, que mejoren la calidad de la salud y promuevan efectivamente el bienestar de las poblaciones vulnerables. Lo anterior constituye el objetivo fundamental de este momento de la propuesta, el empoderamiento por parte de la comunidad.

Monitoreo y evaluación: seguimiento y resultados

El monitoreo y la evaluación son un canal de retroalimentación con la comunidad beneficiaria. Para la aplicación de estrategias educativas en salud, es necesario establecer instrumentos de monitoreo que tengan como finalidad la recolección de datos que permitan interpretar la dinámica de la estrategia y verificar la efectividad de los medios, técnicas e instrumentos comunicativos empleados.

El monitoreo se establece como fuente de información necesaria sobre la marcha del proceso y de las actividades. A partir de este, se pueden conocer detalladamente los avances y por menores de la aplicación de la estrategia.

La evaluación permite medir los resultados que se van produciendo en relación con los objetivos planteados, para de acuerdo a ello, tomar decisiones a fin de realizar las correcciones necesarias.

Todas las estrategias deben estar sometidas a un permanente seguimiento (monitoreo) y de medición u observación (evaluación) de los cambios inducidos, de no ser así, se presenta un alto nivel de riesgo en el logro de los objetivos planteados.

5. CONCLUSIONES

Disponer de la comunicación como herramienta traductora de las expresiones socioculturales de una población, como mecanismo difusor de contenidos especializados, como método interactivo y retroalimentador de mensajes en los proyectos en salud, requiere de una estrategia que articule cada una de las vertientes funcionales de la comunicación en las fases de construcción de un programa, que responda a esta necesidad básica de estilo de vida saludable.

Si se tiene en cuenta que las etapas de un proyecto incluyen un estudio o diagnóstico previo y una planeación de estrategias, como fase inicial, una aplicación sistemática de la propuesta establecida, en una fase intermedia; y una medición y evaluación como fase final de aplicación de un proyecto, indiscutiblemente la comunicación debe articularse en cada instancia para responder, desde las teorías que la sustenta, a las necesidades y exigencias de retroalimentación que determine cada fase y, no reducir sus alcances a la instrumentalización mediática. En el caso de la implementación del presente estudio, el grupo de Gestores y Ejecutores, desde el principio, limitaron la comunicación a un rol meramente de transmisión de información, buscando con esto fomentar cambios de actitud en los hábitos de salud de las comunidades. La inexistencia de un componente comunicativo como tal, que estuviera presente en cada momento de la estrategia, dejó como resultado comunidades insatisfechas, sin cambios evidentes que reflejaran la efectividad en la aplicación de la estrategia, con dudas sobre los diversos temas y, con un panorama creciente en cifras de desconocimiento del proceso vital de la enfermedad, según los boletines epidemiológicos departamentales.

Esta situación es el punto de partida para visualizar, las fallas en las que incurrieron Gestores, facilitadores, ejecutores y beneficiarios del Proyecto "Prevención del Cáncer: Estrategias Educativas para la promoción de estilos de vida saludable", quienes percibieron y concibieron la comunicación exclusivamente como un ejercicio de "difusión unidireccional" de contenidos especializados entre receptores potencialmente indicados, de quienes se conocían datos demográficos propios de una estadística cerrada que no permitió construir un proyecto de educación en salud. Receptores, tejidos, canales, mensajes, contextos, necesidades, consumos entre otros elementos propios de la comunicación, que los actores de la presente investigación no relacionaron como integrantes de un proceso complejo que habría permitido resultados más efectivos en la adopción de estilos de vida saludable por parte de la población beneficiaria.

Según una investigación adelantada por el Grupo de Antropología Crítica del Profesor Cesar Ernesto Abadía, del Departamento de Antropología de la

Universidad Nacional en 2009, se señala que los servicios en salud facilitados por las Empresas e Instituciones Prestadoras establecidas por la ley colombiana (EPS e IPS), no satisfacen las necesidades indispensables de los usuarios del Régimen Contributivo quienes con sus cuotas aportan al Régimen Subsidiado, y que en últimas se ven abocados a la tutela para hacer valer sus derechos, que constitucionalmente son obligaciones del Estado y de éstas entidades sin necesidad de recurrir a un segundo instrumento de defensa jurídica (la tercera parte de las tutelas en el país se originan por estas deficiencias)

Si el panorama para quienes medianamente están asegurados al Sistema Integral de Salud estipulado en la Ley 100 del 1.993 es ineficiente, poco diligente y cargado con vicios de ley, la población suscrita al Sistema de Salud Subsidiado, se encuentra en una mayor incertidumbre para garantizar un bienestar integral. En vista de lo anterior, se puede percibir que los programas o proyectos en salud para departamentos y municipios están sujetos poderosamente a una “conciencia social y política de cada administración”, en vez de a una figura legal que los obligue a adelantar estrategias estructuradas y serias de promoción y prevención. Mayoritariamente y basados en los proyectos en salud de esta naturaleza, revisados para la investigación, su aplicación responden más a un incremento en las cifras de morbilidad y mortalidad de cáncer, que a una iniciativa de generar hábitos saludables entre los individuos.

Lo anterior respondería la premisa de la poca efectividad de las Estrategias Educativas que esperaban resultados favorables en menos de seis meses, entre una población en la que se han desarrollado proyectos de salud intermitentes y cortos, no sólo para tratar sus necesidades como usuarios, sino también, para registrar alguna actividad administrativa de las gobernaciones de turno en este renglón de la economía regional.

Esta serie de inconvenientes que de una u otra manera afectan el desarrollo de las estrategias educativas, son percibidas por las comunidades. Por una parte, manifiestan dejar de lado la medicina convencional para tratar sus dolencias o enfermedades cuando se presentan, debido al maltrato al que se someten cuando acuden a un centro de salud u hospital. Mencionan una atención deficiente por parte de cuerpo médico y enfermeras. Las comunidades están cansadas de acudir al servicio médico para recibir nada más que analgésicos y antibióticos para hacerle frente a cualquier dolencia. A cambio, optan por recurrir a la medicina casera, las eternas aguas de cualquier hierba a las que milenariamente se les han atribuido bondades curativas. De igual manera, recurren al curandero del pueblo, otro actor que ostenta validez frente a las comunidades, por medio de preparaciones mágicas que según la tradición, curan y reestablecen la salud de la gente.

Por otro lado, las comunidades están prevenidas frente a la implementación de estrategias educativas, debido a que la experiencia les ha indicado la poca

estabilidad y continuidad que ostentan estos programas. Por lo general, dichas iniciativas llegan, se promocionan, vinculan a las comunidades seleccionadas para hacer parte de las mismas, ofrecen capacitaciones y talleres teóricos, y dan por sentada la apropiación de los contenidos por parte de los beneficiarios. Luego de un tiempo, llega otra estrategia, vincula otras comunidades, desarrolla lo que se tiene planteado y se va. Lo anterior constituye una fuente de falencias para el desarrollo de las estrategias; pues aparte de la inestabilidad, las estrategias no registran en su haber instrumentos de medición de impacto o herramientas de monitoreo, que permitan conocer como se está desarrollando el proceso, qué efectividad están teniendo los mensajes, qué se debe replantear, etc. Además, las mismas no están siendo elaboradas basadas en diagnósticos previos de población, los cuales permitan conocer previamente a las comunidades, sus modos de vida, sus prácticas culturales, sus formas de comunicación, entre otras.

El estudio del profesor Ernesto Abadía propone examinar desde las Ciencias Sociales y las Ciencias de la salud, las condiciones socioeconómicas y políticas que propician la salud pública y los proyectos educativos que la integran para su implementación. Una metodología que les permitiría a los gestores de las estrategias educativas a futuro, vincular elementos individuales y colectivos del individuo como radiografía social de diagnóstico y bitácora comunicacional, para la construcción e implementación de acciones que propicien imaginarios y hábitos saludables contextos determinados, en medio de un panorama adverso de Sistema de Salud.

Para que las estrategias educativas de un proyecto en salud resulten efectivas, y se reflejen en la transformación de las percepciones de prevención y promoción de la población a través de la comunicación, las vivencias, historias y narrativas del entorno social deben ser piezas claves para desarrollar favorablemente dichas estrategias. Son éstas características de la vida de la población beneficiaria y lo que se estipula en materia de salud como necesidades y falencias, lo que significan y aportan al momento de crear e implementar un proyecto en salud, y precisamente la comunicación, permite conocer, entender, traducir y difundir éstas estructuras socioculturales de los individuos; es ésta una visión totalmente opuesta a la que se manejó para la estrategia en cuestión, donde solo los datos del boletín epidemiológico sustentaron la base sobre la cual se implementó la estrategia.

Es bien sabido, que si la salud es un estado que determina la ausencia o presencia de enfermedades físicas y mentales en la persona, la comunicación, como componente de las Ciencias Sociales e indispensablemente de la salud, permite concluir las causales políticas, económicas, culturales, demográficas, familiares o inequidades sociales que generan cambios biopsicosociales en las personas hasta deteriorar su estado de salud, a la vez que se distorsionan los hábitos saludables de los pobladores. A éstas causales son a las que están dirigidas las estrategias educativas para intervenir y replantearlas, con el propósito

de que no continúen incrementando las cifras de afectados y víctimas de una enfermedad de alto costo como el cáncer. Este proyecto evidenció vacíos en torno a la naturaleza y enfoque de las estrategias, que fueron planeadas exclusivamente para difundirlas en el menor tiempo posible como cumplimiento al Plan de Gobierno.

El asistencialismo del Estado, la intermitencia de los proyectos en salud y lo que llamaría un análisis de la Defensoría del Pueblo, la falta de autonomía de los profesionales de la medicina quienes responden a los parámetros de las estrategias y no a la situación que experimente el beneficiario en su comunidad, son entre otras las variables que complican la inclusión de un proceso de comunicación retroalimentado que permita la aplicación de las estrategias. Aunque es contraproducente tratar de controvertir el Sistema de Salud, sí se podrían establecer alternativas educativas – comunicacionales para el bienestar poblacional, que tengan como precedente los mecanismos de realización y ejecución expuestos en los anteriores párrafos.

La importancia de la comunicación en el ámbito de la salud es clara. Es indispensable que desde el programa de comunicación social y periodismo de la universidad surcolombiana, se continúe apostando a la formación de sus estudiantes en esta área, pues es un campo en el que las relaciones humanas y su armonioso funcionamiento, dan pie para que se acorte la brecha que históricamente ha existido entre los adelantos de la medicina y los beneficios a los que los individuos o comunidades pueden acceder.

De igual manera, el campo de la salud necesita comunicadores capaces de estudiar la naturaleza y la función de los medios necesarios para hacer que las temáticas de salud lleguen y produzcan un efecto en las audiencias objetivo. Teniendo en cuenta lo anterior y las crecientes cifras de morbi mortalidad por cáncer en el departamento, la formación de comunicadores en el campo de la salud se hace urgente, pues en una región aislada como la nuestra no es posible seguir derrochando dineros públicos en programas que se quedan cortos por no concebirlos de forma integral, aislando componentes como el comunicativo.

Las siguientes temáticas se exponen como aporte para continuar la formación de comunicadores en salud por parte del programa de comunicación social y periodismo: a) La calidad de la comunicación interpersonal, por ejemplo entre el médico y el paciente; b) la comunicación entre miembros de una organización, por ejemplo en instituciones de salud; y c) el alcance de los medios de comunicación masiva así como el diseño, la ejecución y la evaluación de campañas de comunicación.

BIBLIOGRAFÍA

ALCALAY, Rina. La Comunicación para la Salud como Disciplina en las Universidades Estadounidenses. Revista Pan American Journal of Public Health. Salud Public Vol. 5 N.3. Washington, 1999.

ALFARO, Rosa María. Proyectos Fortalecimientos de las Capacidades Nacionales de Comunicación en Salud. Programa Consorcio de Universidades en 8 regiones. Perú, Noviembre 2004.

BIEDEMANN, Andreas - SANCHO-GARNIER, Hélène - DE SABATA, MUSÉ Maria Stella. Prevención del Cáncer: Estrategias basadas en la evidencia, una guía de la Unión Internacional Contra el Cáncer para América Latina. UICC. Cáp.13. Recomendaciones. Ginebra. 2006

Boletín Epidemiológico del Huila No 1. Gobernación del Huila –Secretaría de Salud Departamental E.S.E. Neiva. 2006.

BONILLA Castro, Elssy - RODRÍGUEZ Sehk, Penélope. Más allá del Dilema de los Métodos la Investigación en Ciencias Sociales. Norma, Bogota 1997.

CALLEJO, Javier. Las Audiencias: un Análisis Cualitativo. Paidós, Barcelona, España. 2000.

CERDA, Hugo. Los Elementos de la Investigación, Cómo reconocerlos, diseñarlos y construirlos. Editorial El Buho, Bogotá D.C 2002.

CEVALLOS, Mercedes. Plan de Información, Educación y Comunicación de los Programas de Salud y Programa de Salud Básico para Todos. Ministerio de Salud. 1998

COROMINAS, Maria i Piulats. Estudios de Recepción. Departamento de Periodismo y de Ciencias de la Comunicación Instituto de la Comunicación. Universidad Autónoma de Barcelona. Marzo de 2001

DIE, Goyanes Alfredo. Manual de Oncología Básica, Asociación Española Contra el Cáncer. Madrid, España.

GARCÍA, González Janet. Comunicación, Calidad de Vida y Evaluación en Programas de Salud. Revista Razón y Palabra. No. 40. México. 2002

Glosario de la Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Sección I. Ginebra. 1998.

IZARZUGAZA, Isabel, LLOMBART-BOSCH, Nadine, LORIA, Dora. Prevención del Cáncer: Estrategias Basadas en la Evidencia, una Guía de la UICC para América Latina. Ginebra, Suiza. 2006

MURCIA Peña, Napoleón – JARAMILLO Echeverri Luis Guillermo. La complementariedad como posibilidad en la estructuración de diseños de investigación cualitativa. Revista Cinta de Moebio. No.12. Chile. 2001

Quinta Conferencia Internacional de Educación de las Personas Adultas CONFITEA. Tema 6: Educación de adultos – medio ambiente, salud y población. Promoción y educación para la salud. Hamburgo. 1997.

REDONDO, Álvaro. Diccionario de Oncología. EOS Ltda. Editores Médicos. 2006.

RICHARD, Nelly. La Intersección de los Estudios Culturales y de la Crítica Cultural: Saberes Académicos y Texto Crítico. Tomado de la Revista Periferia N°01. Editorial Gente Nueva. Neiva, 1997.

SANTISTEBAN, Solidoro Andrés. Cáncer en el Siglo XXI. Acta médica peruana, mayo/agosto. 2006

SERRANO GONZÁLEZ, Maria Isabel. La Educación para la Salud del Siglo XXI: Comunicación y Salud. Editorial Aleseisa. España. 1998

WIESNER, Carolina. Modelo de comunicación educativa para el control del cáncer en Colombia, Ministerio de Protección Social-Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. 2005.

WOLF, Mauro, La Investigación de la Comunicación de Masas, Críticas y Perspectivas. Paidós 2da reimpresión. Buenos Aires, 1994.

ANEXOS A. Guía de planeación de actividades

Actividad:
Objetivos:
Labores específicas y responsables:
Contactos:
Instrumentos:
Fecha de iniciación:
Fecha de finalización:

Anexo B. Guía de realización de actividades

Actividad:
Plan básico a seguir:
Acciones Adelantadas:
Metas cumplidas
Balance general
Novedades:

Anexo C. Guía de preguntas entrevistas en profundidad

Para Gestores:

1 **Objetivo:** Conocer los aspectos técnicos y metodológicos que componen las estrategias educativas para la prevención del cáncer y la promoción de estilos de vida saludables, desde la perspectiva de los gestores del proyecto.

- ¿Cuáles fueron los componentes del proyecto que llamaron la atención para desarrollarlo?
- ¿Cuáles fueron los mecanismos para ubicar la población objetivo del proyecto?
- ¿Qué características cumplía la población a la que se dirigió el proyecto?
- ¿Qué clase de estrategia es la que implementó el proyecto?
- ¿Qué querían con la estrategia?
- ¿Quién las diseñó?
- ¿Qué percepciones tienen de la estrategia?
- ¿Qué entiende por comunicación?

Para ejecutores

2 **Objetivo:** Identificar los componentes que estructuraron la aplicación de la estrategia y cómo se incluyó el componente comunicativo.

- ¿En qué consistió el plan estratégico que propusieron para desarrollar el proyecto?
- ¿Qué elementos integraron el diseño de las estrategias?
- ¿Se incluyeron elementos comunicativos en las estrategias?
- ¿Cuáles fueron los medios escogidos para difundir las estrategias?
- ¿En qué consistieron los talleres de capacitación dirigidos a los facilitadores del proyecto (Coordinadores municipales)?
- ¿Cómo fue la difusión de las estrategias durante los talleres de capacitación?
- ¿En qué consistió el material educativo para difundir e implementar las estrategias?
- ¿Qué criterios se tuvieron en cuenta para el diseño de los mensajes?
- ¿Qué información manejó el material educativo a nivel de temas y conceptos, dirigido a la población beneficiaria?
- ¿El lenguaje utilizado en el material educativo fue claro, concreto y efectivo para la población?
- ¿Radio, Televisión, material impreso, charlas educativas, conferencias, atención personalizada?
- Número de pautas ¿si se pauta?, Radio, televisión.

- ¿Qué cantidad de material impreso se entregó a la población incluida dentro del proyecto?
- ¿Charlas educativas, conferencias? ¿Cuántas por municipio?
- ¿Se presentaron inconvenientes en la convocatoria, difusión y aplicación de las estrategias educativas?
- ¿Cobertura estimada a la que llegaron los mensajes?
- ¿Cuál era el impacto esperado con la difusión de los mensajes?
- ¿Cuál fue el impacto presentado luego de la difusión de los mensajes?
- ¿Cómo se midió el impacto de los mensajes? ¿Herramientas de medición ¿Cuáles?
- ¿Este impacto mostró recepción de los mensajes?
- ¿Hay cambios en los conocimientos de la población objetivo, respecto a los estilos de vida saludable?
- ¿Qué entiende por comunicación?

Para facilitadores

3 Objetivo: Determinar los mecanismos utilizados por los facilitadores para la difusión de la estrategia educativa y, la respuesta de la población objeto de estudio.

- ¿Qué necesidades se resuelven en la población beneficiaria, con la implementación de las estrategias educativas?
- ¿Qué medios se utilizaron para convocar a la población señalada en el proyecto?
- ¿En qué consistían los talleres para la difusión de la estrategia educativa?
- ¿De qué manera se difundió la información educativa, en la población convocada a los respectivos talleres?
- ¿El material educativo generó interés y conocimientos básicos entre la población convocada acerca de diferentes temas?
- ¿Cuáles fueron las actitudes de la población frente a los talleres y material educativos implementados?
- ¿Fueron efectivos los medios utilizados para la difusión de las estrategias educativas?
- ¿De qué manera se usaron las ayudas impresas, audiovisuales e interactivas, facilitadas por los ejecutores del proyecto?
- ¿Qué entiende por comunicación?

Anexo D. Guía de temas entrevista grupo focal

TEMA 1 (Cognición)

Concepto salud/enfermedad

Objetivo: Determinar los conocimientos básicos de las personas acerca de aspectos generales concernientes al tema de salud.

A partir de lo que sucede en nuestra vida diaria, en ocasiones nos enfermamos o algún miembro de nuestra familia o comunidad. Cómo nos sentimos frente a este tipo de situaciones, qué hacemos o qué pensamos al respecto:

Tópicos aclaratorios:

- * ¿Qué entienden por salud?
- * ¿Qué significa para usted tener buena salud?
- * De acuerdo las experiencias propias, con su familia o comunidad, ¿Qué significa estar enfermo?
- * ¿Qué hace usted para recuperarse cuando esta enfermo?
 - Acude al médico
 - Se automedica
 - Utiliza medicina alternativa
 - Prepara remedios caseros
- * ¿Por qué?

TEMA 2 (Cognición)

Aplicación de la Estrategia educativa para la prevención del cáncer y la promoción de estilos saludable

Objetivo: Establecer la percepción de los beneficiarios en cuanto a la implementación de la estrategia educativa para la prevención del cáncer y la promoción de estilos de vida saludable.

Debido al aumento en los índices de cáncer en nuestro departamento, se ha implementado una estrategia educativa para la prevención de esta enfermedad y para incentivar la adopción de estilos de vida saludable, para reflexionar acerca de sus prácticas y hábitos en materia de salud. A partir de ello, cómo han asimilado la estrategia, la información transmitida por parte de los profesionales de la salud fue clara, el lenguaje fue explícito, las ayudas facilitaron su comprensión, qué cosas aprendieron, existieron espacios para el diálogo y la resolución de dudas o inquietudes. Quisiera que alguno hablara acerca de su experiencia de acuerdo a su participación en la aplicación de

esta estrategia

Tópicos aclaratorios

- * ¿Cómo conoce la estrategia de prevención del cáncer y promoción de estilos de vida saludable?
- * ¿Los mensajes expresados por los coordinadores de promoción y prevención acerca de la estrategia, fueron claros?
- * ¿Es útil la información presentada a través del material utilizado en los talleres educativos de la estrategia (folletos, plegables, cartillas, afiches, stickers, presentaciones en video beam y fotografías)?
- * ¿Cómo es la comunicación con el equipo de salud acerca de este tema?
- * ¿Considera importante la implementación de esta estrategia para la prevención del cáncer y la promoción de estilos de vida saludable?

TEMA 3 (Cognición y Comportamiento)

Percepciones y conocimientos a partir de la estrategia para la prevención del cáncer y la promoción de estilos de vida saludable

Objetivo: Conocer el grado de aprendizaje acerca del cáncer por parte de los beneficiarios a partir de la aplicación de la estrategia educativa

Conocimientos sobre el cáncer

La finalidad de la estrategia es que conozcan verdaderamente de qué se trata el cáncer, como es el proceso de la enfermedad y qué cosas podemos hacer para prevenirla. ¿Conoce a alguien de su familia o comunidad que tenga cáncer? ¿Alguno de ustedes podría contar su experiencia? A partir de lo que sabe de la estrategia:

Tópicos aclaratorios:

- * ¿De qué se trata el cáncer?
 - * ¿Qué factores influyen para que a uno le de cáncer?
 - * ¿Qué se puede hacer para que a uno no le de cáncer?
 - * ¿Cómo afecta a los familiares y amigos el que alguien se enferme de cáncer?
- ¿Cómo asume los estilos de vida saludable?

Anexo E. Guía observación entrevista grupo focal

Fecha _____	Hora: _____	Inicia: _____
		Finaliza: _____
		Duración: _____
1. Nombre de la comunidad: _____		
Breve descripción: _____		
2. Lugar de la reunión: _____		
Breve descripción: _____		
3. Número de participantes:		
Nombres y características (edad, sexo, etc.)		
a. _____		
b. _____		
c. _____		
d. _____		
e. _____		
4. Dinámica del grupo:		
• Nivel de participación		
• Interés, cansancio, aburrimiento		
• Lo que hace reír a los asistentes		
• Opiniones más generalizadas		
• Vocabulario local		

Anexo F. Categoría gestores

CATEGORÍAS	GRUPO GESTORES
• Concepto de Comunicación.	<i>La comunicación se entiende como transmisión de información a través de medios.</i>
• Componente comunicativo.	<i>Componente comunicativo, no existe como tal.</i>
• Estrategias educativas	<i>Mecanismos y herramientas creadas para educar a la población y propiciar cambios de actitud, así como la reducción de índices de morbi mortalidad.</i>
• Mensajes y medios de comunicación	<i>Información detallada acerca de estilos de vida saludable y cáncer a través de presentaciones en power point, videos y cartillas. En algunos municipios se logro acceder a emisoras locales</i>

Anexo G. Categoría facilitadores

CATEGORÍAS	GRUPO FACILITADORES		
	PAB SUAZA	PAB TELLO	PAB YAGUARÁ
Cómo contribuyen las estrategias educativas en la promoción de estilos de vida saludables	Reduce los índices de morbimortalidad que tiene que ver con estilos de vida saludable.	La gente se entera del cáncer, que es una enfermedad preventiva, la importancia de la detección temprana.	Es educar para que la gente adquiera buenos hábitos. Esto disminuye índices por muertes a causa de cáncer por año.
Cómo se aplicaron las estrategias educativas en la población	Se aplicaron en forma grupal y se les dio la asesoría, cuando se les facilitó el material.	Se entregó el material y se explicó, se leía en grupo y se iban resolviendo preguntas e inquietudes.	Se hicieron talleres, se trabajó el material de forma didáctica, grupalmente. Trabajamos collages, que luego socializamos y allí se fue dando la información.
Respuesta de los usuarios frente al material educativo	La gente asistió masivamente a la convocatoria, pero aunque se trato de hacer lo más ameno posible, había momentos que la información era densa.	Había un material que era demasiado denso, eso cansa y hace que la gente pierda interés, aún cuando era importante la información para las madres FAMI.	Se encuentran personas que sí mostraron interés en los talleres y otros que no, eso depende con la actitud que asistan a los talleres.
Cómo conciben la comunicación	Concepto enmarcado en la transmisión de información	Concepto enmarcado en la transmisión de información	Concepto enmarcado en la transmisión de información

Anexo H. Categoría beneficiarios

CATEGORÍAS	GRUPO BENEFICIARIOS		
	SUAZA	TELLO	YAGUARÁ
Importancia de la salud	La salud se torna como un bienestar en todo sentido y reconocen que es importante tener hábitos sanos para conservar la salud.	El tema de salud lo atañen a las entidades, pero no demuestran interés y se presenta como innecesaria la práctica de hábitos saludables.	No se preocupan por el tema de la salud, a menos que una enfermedad ataque a algún miembro de la familia.
Cómo conciben la comunicación	La comunicación es dialogar, intercambiar palabras.	La comunicación es informar, hablar sin prejuicios.	La comunicación es dialogar, discutir sobre un tema o responder al otro.
Qué contenidos tuvieron los talleres y cómo fue el lenguaje utilizado	Los talleres se trataron de estilos saludables y cáncer, pero hay algunas cosas que no se entienden, bueno algunas cartillas explicaban, pero uno siempre mejor le pregunta al médico.	Se trataron del autoexamen, cáncer específicamente, pero hay dudas sobre cosas sencillas y como los talleres ya eran sobre temas determinados, uno siempre tiene preguntas.	Bueno los talleres fueron importantes, de pronto era mejor manejar la información más didáctica para entender bien, porque hay cosas que a uno no le quedan claras y se pueden aprender.