



Universidad de Valladolid

Campus María Zambrano Segovia

Facultad de Ciencias Sociales, Jurídicas y de la Comunicación

Máster “Comunicación con Fines Sociales. Estrategias y Campañas”

Trabajo de Fin de Master

Comunicación y salud en Guatemala

Propuesta de plan de comunicación para ASSADE

Autora:

Greysi Ildoara Calderón Chay

Tutora académica:

María Cruz Alvarado López



RESUMEN

La Comunicación juega un papel fundamental en el ámbito sanitario, por muchos años se han realizado grandes esfuerzos para descifrar, entender, crear e implementar relaciones comunicativas en los procesos de construcción social en países en vías de desarrollo.

El caso de Guatemala, un país que tiene un estado de salud en plena crisis sanitaria, y el panorama cada vez más se oscurece. Es imperativo reconocer que la ausencia y desconocimiento sobre la aplicación y teoría comunicativa, y cómo esta puede repercutir en el mejoramiento de los servicios, estrategias, proyectos, programas, actividades, hasta en el más mínimo detalle que llega hasta esos lugares excluidos de los que poco se conoce, pero que en las comunidades más vulnerables día con día luchan por reivindicar nuevas alternativas sanitarias como ejes principales del cambio social.

Es, ASSADE, una de estas organizaciones que realiza una labor revolucionaria, y su innovador modelo de atención primaria debería de contar con un apoyo a nivel comunicacional que mejore sus procesos internos y postura externa para determinar el rumbo comunitario y, pueda éste convertirse en ejemplo a nivel nacional.

Palabras Claves

Comunicación para la Salud, Promoción de Salud, Atención primaria en salud, modelo de salud incluyente, educación, medios, estrategias, análisis cuantitativo-cualitativo, caso Guatemala.



ABSTRACT

Communication plays a fundamental role in the health field, for many years great efforts have been made to decipher, understand, create and implement communicative relations in the processes of social construction in developing countries.

The case of Guatemala, a country that has a state of health in the midst of a health crisis, and the outlook is increasingly obscured. It is imperative to recognize that the absence and lack of knowledge on communicative theory and application, and how it can affect the improvement of services, strategies, projects, programs, activities, even the smallest detail that reaches those places excluded, those that nobody knows, but in the most vulnerable communities daily they struggle to claim new health alternatives as the main axes of social change.

It is ASSADE, one of these organizations that performs a revolutionary work, and its innovative model of primary care should have a communication support that improves its internal processes and external posture to determine the community course and this may become in an example for all the country.

Key words

Communication for Health, Health Promotion, Primary Health Care, Inclusive Health Model, Education, Means, Strategies, Quantitative-Qualitative Analysis, Guatemala C



AGRADECIMIENTOS

Quisiera iniciar los agradecimientos, citando un párrafo de mi escritor favorito, Ernesto Sábato, extraído de su libro *la Resistencia*; “*cuando somos sensibles, cuando nuestros poros no están cubiertos de las implacables capas, la cercanía con la presencia humana nos sacude, nos alienta, comprendemos que es el otro quien siempre nos salva. Y si hemos llegado hasta aquí, es porque otros nos han ido salvando la vida, incesantemente*”. Por ello mis agradecimientos a:

A ese ser Superior en el que creo y me ha dado la fortaleza, fuerza y sabiduría, para emprender cada proyecto realizado hasta hoy.

A mi familia, en especial a mis padres María Victoria y Albín, que desde que tengo uso de razón me han dado su apoyo incondicional en cada uno de los sueños que he decidí emprender, quiero agradecer su amor y compromiso enseñándome que al emigrar se pierden las muletas que han servido de sostén hasta entonces, hay que comenzar desde cero...” A mis hermanos, Andrea, Estuardo, Henny y a mi Sobrina Génesis, por ser mi motivación en cada paso.

A mi tutora, Mari Cruz Alvarado, por su apoyo y compromiso en cada una de las etapas de este trabajo, mostrándome su atención y generosidad siempre atenta y cariñosa, por creer en mí y en la labor que hemos llevado a cabo.

A mi mejor amigo y compañero de aventuras en la vida, Julio, gracias por tu amor, confianza y apoyo incondicional.

La ONG ASSADE que tanto contribuyó para que yo pudiera lograr mis objetivos de la investigación.

A mis compañeros de Master, que más que ello se convirtieron en amigos y una familia en esta grata experiencia.



ÍNDICE

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN METODOLÓGICA

- 1.1. Justificación del tema elegido – P. 16
- 1.2. Objeto de estudio y diseño de la investigación –P. 18
- 1.3. Marco teórico –P. 19
- 1.4. Objetivos investigación –P. 23
 - 1.4.1. Objetivo general –P. 23
 - 1.4.2. Objetivos específicos –P. 24
- 1.5. Metodología –P. 25
- 1.6. Cronograma, estructura y diseño –P. 28

PARTE I: COMUNICACIÓN Y SALUD.

CAPÍTULO 2: APROXIMACIÓN TEÓRICA Y CONCEPTUAL

- 2.1. Concepto de salud –P. 33
- 2.2. La salud en el siglo XXI –P. 35
- 2.3. Teoría del desarrollo humano: la salud como un derecho y libertad universal; origen, y principios –P. 44
- 2.4. Comunicación, cambio social y buen vivir –P. 48
- 2.5. Comunicación para la salud –P. 54
- 2.6. Comunicación participativa en salud –P. 59
- 2.7. Comunicación organizacional y su importancia en las ONG –P. 61
 - 2.7.1. De la comunicación interna y la imagen –P. 63
 - 2.7.2. De la comunicación externa –P. 66

CAPÍTULO 3. LA SALUD EN GUATEMALA: CONTEXTO, INSTITUCIONES Y COMUNICACIÓN

- 3.1. Marco Institucional de la Salud a nivel mundial –P. 72
- 3.2. Marco institucional de la salud en Guatemala –P. 74



- 3.2.1. Estructura y Cobertura Fuentes de financiamiento –P. 76
- 3.2.2. Hito que cambia la historia y la estructura del sistema de Salud –P. 80
- 3.2.3 Fuentes de Financiamiento –P. 83
- 3.3. El papel de las ONG en el Marco Institucional de Salud –P. 86
- 3.4. La realidad de la salud en Guatemala en datos (brecha indígena) –P. 90
 - 3.4.1. Crecimiento de la población –P. 93
 - 3.4.2. Enfermedades más demandantes y causas de mortalidad –P.94
- 3.5. Investigación e innovaciones en el Sistema de Salud –P. 99
- 3.6. Comunicación y salud en Guatemala –P. 105
- 3.7. La crisis de 2015 en el sistema de salud pública y sus implicaciones –P. 109
- 3.8. El Modelo Incluyente de Salud (MIS), un ejemplo de Buenas Prácticas – P.112

CONCLUSIONES –P. 117

PARTE II. LA ASOCIACIÓN PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO, ASSADE: ANÁLISIS Y PROPUESTA DE PLAN DE COMUNICACIÓN

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE LA ONG ASSADE, SU IMAGEN Y COMUNICACIÓN

- 4.1. Como institución: -P. 122
 - 4.1.1. Misión y Visión –P. 123
 - 4.1.2. Objetivos –P. 123
 - 4.1.3. Recursos y Financiación –P. 124
 - 4.1.4. Estructura de la organización –P. 127
 - 4.1.5. Equipos –P. 129
 - 4.1.6. Gastos diversos –P. 130
- 4.2. Proyectos Desarrollados –P. 130
 - 4.2.1. Relación con la comunidad –P. 131
 - 4.2.2. Relaciones con otras organizaciones –P. 132



- 4.2.3. Otras ONG de atención primaria de la región –P. 134
- 4.3. Comunicación –P. 136
 - 4.3.1. Campañas y acciones de comunicación de ASSADE –P. 136
 - 4.3.2. Análisis y diagnóstico de la ONG ASSADE en relación a la comunicación –P 139
 - 4.3.3. FODA y Diagrama de Ishikawa –P. 139
- 4.4. Trabajo de campo –P. 141
 - 4.4.1. Entrevista aplicada a voluntarios –P. 141
 - 4.4.2. Entrevista aplicada a colaboradores –P. 146
 - 4.4.3. Encuesta a usuarios –P. 151

CAPÍTULO 5. PLAN ESTRATÉGICO DE COMUNICACIÓN ASSADE

- 5.1 Conclusiones del análisis de la organización y del trabajo de campo –P. 164
- 5.2 Ejes del Plan –P.166
- 5.3 Objetivos –P. 168
- 5.4 Fases –P. 169
- 5.5 Programas Estratégicos –P. 170
- 5.6 Evaluación del Plan –P. 186
- 5.7 Ejemplos de desarrollo de algunas piezas del Plan –P. 187
- 5.8 Explicación visual del Plan –P. 192

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS –P. 187

ÍNDICE DE FIGURAS – P. 8

ÍNDICE DE TABLAS – P. 10

ÍNDICE DE GRÁFICOS – P. 11

ÍNDICE DE ANEXOS – P. 12

LISTA DE SIGLAS – P. 12



Índice de Figuras

- Figura 1. Cronograma el estudio (2017) –P. 28
- Figura 2. Mapa institucional de la salud a nivel mundial y nacional (caso Guatemala). –P.75
- Figura 3. Organigrama del sistema de Salud en Guatemala (2009). –P.77
- Figura 4. Cobertura de atención sanitaria según las instituciones que conforma el sistema. – P.77
- Figura 5. Línea de tiempo en salud de Guatemala. –P.80
- Figura 6. Línea de tiempo en salud de Guatemala parte II. –P.81
- Figura 7. Línea de tiempo en salud de Guatemala parte III. –P. 83
- Figura 8. Recursos financieros que reciben las diferentes instituciones de parte del Estado. – P. 83
- Figura 9. Listado de ONG –P. 89
- Figura 10. Peculiaridades de la población guatemalteca. –P. 90
- Figura 11. Indicadores Poblacionales en Guatemala y la Región LAC 2013. –P. 93
- Figura 12. Tasas Globales de Fecundidad y Población Mayor De 65 Años de Edad en Guatemala y la Región Latinoamericana. –P. 94
- Figura 13. Utilización de Métodos Modernos de Anticoncepción en Mujeres en Edad Reproductiva. –P. 96
- Figura 14. Razón de Mortalidad Materna Según Región donde Habita la Madre 2013. –P.97
- Figura 15. Porcentaje de Muertes Maternas por Causa, 2007 Y 2013. –P. 97
- Figura 16. Tasas de Mortalidad en La Niñez, Infantil y Neonatal por Cada 1.000 Nacimientos Vivos. –P.98
- Figura 17. Prevalencia de Retraso de Crecimiento y Sobrepeso Infantiles por Región. –P.99



Figura 18. Instituciones que formar parte de la comisión y la tarea investigativa en materia de salud. –P.100

Figura 19. Campaña Salud: USAID – UNFPA. Spots: Lactancia Materna, Planificación Familiar y Embarazo Adolescente. –P. 108

Figura 20. Propuesta de la Reestructuración de la Salud en Guatemala. –P. 110

Figura 21. Mapa donde opera ASSADE. –P. 123

Figura 22. Estructura de la organización según la cosmovisión Maya. –P. 128

Figura 23. Estructura física de la organización. –P.129

Figura 24. Página Web ASSADE. –P.140

Figura 25. Diagrama de Ishikawa. –P. 140

Figura 26. Ejes del Plan. –P. 167

Figura 27. Propuesta de logo. –P.177

Figura 28. Propuesta de Afiche o cartel para Voluntarios. –P. 187

Figura 29. Ejes y objetivos Plan de Comunicación. –P. 188

Figura 30. Fases Plan de Comunicación. –P.189

Figura 31. Programa 1, Relaciones Internas. –P. 190

Figura 32. Programa 2, Relaciones que Generan Vínculos. –P. 191



INDICE DE TABLAS

- Tabla 1. Beneficiarios del servicio. –P. 78
- Tabla 2. Gasto presupuestario para el sistema de Salud año 2010. –P. 86
- Tabla 3. Enfermedades demandantes. –P. 95
- Tabla 4. Actores que producen investigación. –P. 101
- Tabla 5. Análisis FODA. –P. 140
- Tabla 6. ¿Cómo conocieron la organización? –P. 141
- Tabla 7. La motivación que los llevo a ser voluntarios de la organización. –P. 142
- Tabla 8. Experiencia como Voluntaria. –P.143
- Tabla 9. Lo que más le gusto de esta experiencia. –P.143
- Tabla 10. ¿Qué mejoraría de esa experiencia? –P. 144
- Tabla 11. La comunicación interna y externa de ASSADE. –P. 140 -144
- Tabla 12. Mejoras para la organización. –P.146
- Tabla 13. ¿Qué experiencia les deja ser colaboradores de ASSADE? –P. 147
- Tabla 14. Motivaciones. –P. 148
- Tabla 15. Dificultades. –P. 148
- Tabla 16. Experiencia con voluntarios. –P. 148
- Tabla 17. Comunicación interna o externa. –P. 149
- Tabla 18. Papel como Comunicador para colaboradores. –P. 149
- Tabla 19. Resumen de ejecución Programa 1. –P. 175
- Tabla 20. Resumen de ejecución Programa 2. –P. 185



ÍNDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico 1. Sexo de las encuestas usuarios ASSADE. –P. 152
- Gráfico 2. Edad de los usuarios de ASSADE. –P. 152
- Gráfico 3. Etnia de los usuarios ASSADE. –P.153
- Gráfico 4 y 24. Como se enteraron los usuarios de ASSADE. –P. 153
- Gráfico 5 y 6. Tiempo de espera y atención en consulta usuarios ASSADE. –P.154
- Gráfico 7 y 8. Procesos y horario encuesta usuarios ASSADE. –P. 154
- Gráfico 9 y 10. Conveniencia y ubicación encuesta usuarios ASSADE. –P. 155
- Gráfico 11 y 12. Atención encuesta usuarios ASSADE. –P. 155
- Gráfico 13 y 14. Tiempo y entendimiento encuesta usuarios ASSADE. –P. 156
- Gráfico 15 y 16. Trato y tratamiento encuesta usuarios ASSADE. –P.156
- Gráfico 17 y 18. Comunicación personal sanitario encuesta usuarios ASSADE. –P.157
- Gráfico 19. Participación encuesta usuarios ASSADE. –P.157
- Gráfico 20. Trato encuesta usuarios ASSADE. –P. 158
- Gráfico 21 y 22. Información encuesta usuarios ASSADE. –P. 158
- Gráfico 23. Diferenciación encuesta usuarios ASSADE. –P. 159
- Gráfico 24 y 25. Referiría la clínica encuesta usuarios ASSADE. –P. 159
- Gráfico 26. Mejoras encuesta usuarios ASSADE. –P.160



ÍNDICE DE ANEXOS

- Anexo 1. Imagen del Canal de YouTube ASSADE. –P. 200
- Anexo 2. Formulario de Entrevista a voluntarios –P. 200
- Anexo 3. Transcripción de entrevista aplicada a Voluntarios. –P.201
- Anexo 4. Formulario de entrevista a voluntarios colaboradores. –P.204
- Anexo 5. Transcripción entrevista semiestructurada a colaboradores. –P. 205
- Anexo 6. Cuestionario – encuesta a usuarios. – P. 215
- Anexo 7. Resultado de las encuestas. – P. 218

LISTA DE SIGLAS

- ALC- América Latina y el Caribe
- ALIANMISAR - Alianza Nacional de Organizaciones de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva
- APS - Atención Primaria en Salud
- ASSADE - Asociación para la Salud y el Desarrollo
- BM - Banco Mundial
- BID - Banco Interamericano de Desarrollo
- CEPAL- Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- C.D.O.- Carta de Ottawa
- CONCYT - Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
- ENCOVI - Encuesta sobre Condiciones de Vida
- ENSMI - Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
- FAO – Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación
- IAP - Investigación Acción Participativa
- IGSS -Instituto Guatemalteco del Seguro Social
- INE – Instituto Nacional de Estadística
- INS - Instancia Nacional en Salud



ICEFI - Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales
HFG - Financiamiento y Gobernanza en Salud
ODM - Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS- Organización Mundial de la Salud
ONG - Organizaciones no Gubernamentales
OPS – Organización Panamericana de la Salud
MSPAS -Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
MSPAS DAS - Dirección de Área de Salud
MIS - Modelo de Salud Incluyentes
PEC - Programas de Extensión de Cobertura
PIB – Producto Interno Bruto
ONU - Organización das Naciones Unidas
OSC - Instituciones de la sociedad civil
SIGSA - Sistema de Información Gerencial en Salud
TGF - Tasa Global de Fecundidad
USAID - Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
UNFEPA - El Fondo de Población de las Naciones Unida
UNICEF - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia



***“Solo sirven las conquistas científicas sobre la salud
si éstas son accesibles al pueblo”*** Ramón carrillo

●
wuj jun



CAPÍTULO 1.
INTRODUCCIÓN METODOLÓGICA



1.1. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Para el año 2015 el Índice de Desarrollo Humano de la ONU, que compara países en función de los ingresos, la esperanza de vida, la escolarización, el alfabetismo y el nivel de vida digno, sitúa a Guatemala en el puesto 125 de 188 países del mundo, prácticamente el más bajo de todos los del continente americano. La pobreza, desnutrición, mortalidad materno infantil, violencia de género, desigualdad, exclusión, falta de educación, y atención sanitaria deficiente son mucho más críticas en las poblaciones rurales de los departamentos como Quiché, Totonicapán, Chimaltenango, Sololá y Baja Verapaz, que es donde habita la mayor cantidad de población indígena.

Causas históricas mantienen a día de hoy a Guatemala en este estado grave, cargado de zozobra y vulnerabilidad. En el seno de la adversidad para el año 2007, un grupo de guatemaltecos fundaron la Asociación para la Salud y el Desarrollo -ASSADE-. Una organización sin fines de lucro, no gubernamental y laica dedicada a proveer atención primaria inclusiva en salud a las comunidades indígenas del municipio de San Andrés Itzapa y alrededores del altiplano. Establecen como filosofía que la salud es un derecho inalienable del individuo, y que este juega un papel fundamental en la construcción del desarrollo social. Crearon y desarrollaron acciones enfocadas en la prevención, curación y recuperación de la salud, considerando al ser humano como tal, sin discriminación de raza, credo, nacionalidad o clase social. Todo enfocado en la búsqueda del fin último hacia el *-Utzilaj K'aslem Winakirem-* en idioma Maya Kaqchikel, que describe la interrelación y equilibrio entre la vida, la humanidad y naturaleza.

A pesar que el sistema de salud pública goza de un marco regulatorio bien establecido, instituciones con larga trayectoria, trabajadores de salud dedicados y experimentados, durante las últimas décadas se han ido acumulando más problemas político-sociales. Provocando que el sistema público de salud evidencie mayor desigualdad, fragmentación e ineficiencia, escasa cobertura y reticencia de la población. ASSADE se define a diario para reivindicar y redefinir el acceso sanitario inclusivo a las comunidades en riesgo, y



contrarrestar la problemática postulando un modelo alternativo de atención primaria inclusiva en conjunción comunitaria.

Para lograr su cometido la asociación establece un rol definitorio a la prevención dentro de su estructura de trabajo. Dentro de las acciones que lleva a cabo en materia de salud preventiva se encuentran jornadas enfocadas en la detección de cáncer de cérvix, métodos de prevención de ETS, cuidados neonatales, nutrición, fomento y práctica de hábitos saludables, y mejoramiento ambiental. Así mismo, talleres de educación para la salud sobre derechos sexuales, violencia de género, alimentación complementaria y medio ambiente. Capacitaciones a comadronas, creación de promotores de salud comunitarios y participación activa en la red de protección de la niñez de la región.

Según datos estadísticos proporcionados por la asociación se atiende anualmente a 8,790 habitantes, que comparado con el total de habitantes del municipio representa más 1/4 de la población total. La distribución de los beneficiarios denota que 45 por ciento son mujeres, otro 40 por ciento son niños(as) y 15 por ciento son hombres. Es a través de la experiencia, la recopilación de datos de la atención primaria en diagnóstico-tratamiento, la profundización y comprensión de la relación salud-enfermedad y participación comunitaria que la asociación establece priorizaciones para atender necesidades en cuanto a prevención sanitaria.

ASSADE atraviesa una serie de barreras en la labor que realiza, más allá de los desafíos propios de la problemática que enfrenta, debe lidiar con aquellas barreras en recurso humano, tiempo, acceso o formación. Dichos obstáculos en gran medida mantienen fuera de radar (desapercibidas) las intervenciones que realiza ante el ojo público, esto repercute en la reducción de posibilidades para la expansión, divulgación y financiación de los programas y proyectos. En síntesis, algunos obstáculos se convierten en una debilidad institucional, y considero que un pilar relevante para fortalecer la asociación comprende la comunicación para la salud. Desarrollar un conjunto de herramientas y acciones comunicativas puntuales que ayuden a visibilizar el trabajo que desarrollan.



Si bien la organización, por falta de presupuesto, carece de un departamento de comunicación esto no le ha impedido promover y promocionar los programas de salud preventiva entre los pobladores de la comunidad, logrando establecer con ellos una buena relación. Es a través de vivencias cotidianas de primera mano, comprensión de necesidades (la relación paciente-medico) y entendimiento en la forma de llegar hasta ellos de una manera acertada, pertinente, formal, trascendente y participativa que ASSADE se sitúa hoy como un referente en atención de salud primaria inclusiva en el municipio de San Andrés Itzapa y región del altiplano.

Esto no significa que la asociación no necesite mejoras en sus procesos comunicativos internos, de promoción y prevención de la salud de cara a la población, así como en enriquecer su imagen externa. Recientemente se identificó esta necesidad que apunta a mejorar la percepción desde fuera e impacto en sus beneficiarios, socios, voluntarios y donadores, junto a los posibles futuros involucrados para lograr que ASSADE alcance un nivel más integral, sólido, transformador y completo de atención a los guatemaltecos.

1.2. OBJETO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En consecuencia, el objeto de estudio de este trabajo se ubica dentro del ámbito de la Comunicación para la salud; en concreto en la aplicación o uso de teorías, modelos y estrategias en la Asociación para la Salud y el Desarrollo, -ASSADE- en el contexto complejo que ofrece Guatemala.

Primero nos aproximaremos teóricamente a los conceptos de Comunicación y Salud, a las interrelaciones en el contexto actual, revisando las teorías clásicas en el marco de la Comunicación para el Desarrollo y de la Comunicación para el Cambios Social, así como las teorías críticas más recientes, entre las que destaca la que relaciona Comunicación y Buen Vivir. Intentaremos conocer el mapa institucional de la Salud en el mundo y hacer una revisión de alguno de los casos relevantes de comunicación en relación a la salud que actualmente se está realizando.



Después trataremos de ubicarnos en el contexto de Guatemala, revisando también el nivel institucional y el comunicacional en relación a la salud, para llegar al caso de ASSADE, tratando de hacer a esta entidad el principal objeto de estudio para saber cómo está utilizando la comunicación, tanto en la construcción de herramientas y acciones que ayudan a promover, activar y divulgar sus programas de salud preventiva haciendo énfasis en la reivindicación del acceso sanitario como derecho constitutivo para la población; como a otros niveles.

Desde el conocimiento de cómo se está utilizando la comunicación en la entidad a todos los niveles trataremos de hacer una propuesta de plan estratégico de comunicación que permita aprovechar al máximo los puntos fuertes que ya estén funcionando e introducir mejoras en beneficio de la entidad y de las comunidades a las que apoya.

1.3. MARCO TEÓRICO.

Para abordar este objeto de estudio será necesario ubicarse en uno de los paradigmas que actualmente conviven en el marco de la Comunicación para el Desarrollo y para el Cambio Social. Existe amplia literatura sobre teorías de la comunicación que se enfocan en los factores estructurales, culturales, sociales y psicológicos que influyen la conducta y los diferentes determinantes que pueden generar cambios en los comportamientos. Es sobre esto que reside la base de estudio ya que la prevención sanitaria se realiza a través de procesos participativos-transformativos dentro de un contexto definido.

Interesan aquí lineamientos principales de algunas teorías y modelos aplicados en proyectos de comunicación en salud. Concretamente el estudio se desarrollará dentro la circunscripción del paradigma socio-crítico enfocado en la comunicación para el cambio social, el nuevo desarrollo y el buen vivir, dentro del modelo de creencias en salud y teorías de promoción y comunicación de la salud.

El paradigma socio-crítico de acuerdo con Arnal (1992) adopta la idea de que la teoría crítica es una ciencia social que no es puramente empírica ni sólo interpretativa; sus contribuciones se originan, “de los estudios comunitarios y de la investigación participante”



(p. 98). Tiene como objetivo promover las transformaciones sociales, dando respuestas a problemas específicos presentes en el seno comunitario, pero con la participación de sus miembros. Este paradigma se fundamenta en la crítica social con un marcado carácter autorreflexivo; considera que el conocimiento se construye por intereses que parten de las necesidades de los grupos; pretende la autonomía racional y liberadora del ser humano; y se consigue mediante la capacitación de los sujetos para la participación y transformación social.

Una definición de comunicación para el desarrollo que incluye la participación la aportan, por ejemplo, Nair y White (1994) cuando hablan de: "Interacción dinámica entre receptores y fuentes de información, mediada por comunicadores para el desarrollo, que facilitan la participación de un grupo concreto en ese proceso de desarrollo" (p. 160). Por su parte, el concepto central que define a la comunicación para el cambio social ha sido encapsulado como un proceso de diálogo y debate, basado en la tolerancia, el respeto, la equidad, la justicia social y la participación activa de todos (Communication for Social Change Consortium, 2003).

El enfoque del nuevo desarrollo se preocupa de la recepción de los programas por las poblaciones locales y de la toma en consideración de lo que está en juego en perspectivas más amplias, al unísono hace un llamamiento a una participación activa de las comunidades y pone al individuo en el centro del dispositivo comunicacional, para que el cambio se vuelva permanente. (Renaud, 2011)

Tres enfoques afines que buscan de distintas formas un objetivo amplio común, y que dentro del paradigma socio-crítico resultan en una base apropiada donde poder plantear y desarrollar el estudio. Gumucio Dragon (2003), apunta cinco características indispensables que han de estar presentes en cualquier proceso de comunicación para el cambio social. Su planteamiento abarca: el compromiso y la integración de los actores implicados; la necesidad de que el proceso de comunicación tenga en cuenta las particularidades de cada cultura y lengua; la generación de interacciones y contenidos de carácter próximo y local; la



participación en condiciones equitativas y generación de contenidos e iniciativas propias, y la tecnología apropiada y análisis otras experiencias similares escala local, regional o global. En su trabajo sobre comunicación para el desarrollo en Latinoamérica, Beltrán (2005) expone que la comunicación de apoyo al desarrollo es el uso de los medios de comunicación – masivos, interpersonales o mixtos – como factor instrumental para el logro de las metas prácticas de instituciones que ejecutan proyectos específicos en favor del desarrollo económico y social.

Los enfoques de comunicación citados anteriormente están interrelacionados a lo largo de los procesos de construcción social, las transformaciones multidimensionales y soluciones a las problemáticas que se enfrentan en los senos comunitarios en distintos niveles. Pero, dadas las características del contexto en el que se va a aplicar este trabajo, que es el de Guatemala, conviene también añadir un último enfoque, el relacionado con el concepto de Buen Vivir, el cual plantea ideas contemporáneas surgidas de intelectuales indígenas y no indígenas que han establecido como fundamental las relaciones armónicas entre los seres humanos y la naturaleza en las sociedades indígenas (Houtart, F, 2011).

Para complementar este marco teórico de estudio, creemos que es necesario integrar algunas de las teorías relativas a la intervención en el ámbito de la salud que tienen que ver con la comunicación y la educación. Así, el modelo de Creencias en Salud, que supone que las creencias de las personas influyen de manera significativa en las decisiones que adoptan en relación con la salud, influyendo en su susceptibilidad a la enfermedad, la gravedad de la misma, y los beneficios y las dificultades que le supone (Hochbaum, 1954, Sorenson y Loring, 1992). Este modelo se propuso para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, considerado éste como el resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen (Green, 1974).

Por otro lado, están las teorías de Promoción para la Salud, que es un esfuerzo de la comunidad organizada para lograr políticas que mejorarán las condiciones de salud de la población y los programas educativos, para que el individuo mejore su salud personal, así como para el desarrollo de una maquinaria social que asegure a todos los niveles de vida



adecuados para el mantenimiento y mejoramiento de la salud (Cerqueira, 1997). Según Pender (1996), se identifican en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

Es necesario tener en constante consideración la importancia en el funcionamiento de toda organización que logra a través de comunicación organizacional. Según Jablin (1986), este tipo de comunicación promueve y desarrolla la institucionalidad, y la describe como la emisión de los mensajes, tanto internos como externos, con la finalidad de lograr interacción entre la institución y el público mediante instrumentos como publicidad y relaciones públicas. Rebeil (2000) complementa el concepto expresando:

La comunicación organizacional ocurre en un sistema complejo como lo es una organización, los elementos principales son los seres humanos. Los individuos dentro de una organización están inmersos en diferentes ambientes desde las relaciones interpersonales hasta la influencia que ejercen sus valores morales y culturales para aceptar los valores institucionales como propios. (p. 241)

En definitiva, una buena comunicación organizacional se basa en la cultura de las personas que en ella laboran, y cómo ésta puede influir en el clima laboral. Davis y Newstrom (1991) proponen que las organizaciones son sistemas sociales compuestos, indica que, si se desea trabajar en ellas o bien dirigirlas, comprender la complejidad de los mismos es imperativo. Debido a estos sistemas conlleva a que el ambiente organizacional sea cambiante y dinámico, y no un conjunto de relaciones meramente.

Es innegable que los contextos socio-culturales de cada geografía guardan una complejidad única. Resguardar la abstracción y comprensión del caso de estudio en el paradigma socio-crítico permite delinear la realidad situacional de las comunidades objetivo y el entorno en el que se desenvuelve la asociación. En este sentido, entendemos la comunicación para la salud como un proceso en esencia participativo-transformativo. Este



paradigma, caracterizado por su inclusión permite el surgimiento y la creación de ideas y alternativas para la resolución de problemáticas a través de diversas líneas educativas bajo principios de liberación, autonomía y colectividad. Situar la investigación sobre este paradigma manifiesta el carácter transformador que implica la comunicación para la salud en el desarrollo para el cambio social desde diversas perspectivas.

Una de las características más relevantes de Guatemala es la multiculturalidad, que incluso en las áreas territoriales más pequeñas se puede observar. Tal es el caso de la región donde la asociación ASSADE interviene. Comunidades autóctonas que preservan prácticas en base a la cosmogonía Maya y que introducen constantemente costumbres derivadas de la colonización del pensamiento. La concepción comunitaria de la salud en este contexto es un caleidoscopio de rasgos, creencias y prácticas socio-culturales cotidianas, por lo que para alcanzar una adecuada comprensión de esa complejidad y la combinación de los factores contextuales específicos del área surge la necesidad de integrar aquí ambos modelos. El modelo de creencias en salud ya que la prevención en salud debe apuntar al cambio de comportamientos, prácticas y concepciones sobre los riesgos sanitarios que las comunidades enfrentan a través de intervenciones educativas adecuadas basadas en una diversa gama de herramientas. La promoción en la salud en el estudio es relevante porque a través de sus instrumentos permite la construcción de un cambio participativo en las comunidades.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo general

En este trabajo, partimos de las siguientes preguntas de investigación.

- ✓ ¿Qué es la comunicación para la salud?
- ✓ ¿Cuáles son las teorías y los modelos en los que se sustenta?
- ✓ ¿Cómo encaja este concepto dentro del contexto guatemalteco?
- ✓ ¿Qué factores se deben considerar para la construcción y aplicación de este tipo de comunicación?



- ✓ ¿Existen casos aplicados en el área sanitaria en Guatemala de este tipo de comunicación?
- ✓ ¿En qué consisten los programas preventivos de ASSADE y qué perfil comunitario cubren?
- ✓ ¿Qué tipo de comunicación utilizan en la actualidad y cómo está configurada?
- ✓ ¿Cómo la comunicación para la salud contribuye a mejorar el trabajo que organizaciones como ASSADE desarrolla en materia de salud preventiva?
- ✓ ¿Qué se necesitaría para la implementación de la comunicación para la salud en el planeamiento y desarrollo de acciones preventivas en la organización?
- ✓ ¿Cómo o por qué un plan de comunicación representaría beneficios a la labor que esta organización desarrolla?

Tratando de concretar un poco más las posibles alternativas derivadas de estas preguntas, establecemos como objetivo general: analizar y determinar cómo la implementación de la comunicación para la salud en la Asociación para la Salud y el Desarrollo, -ASSADE, puede influir en el proceso de creación de estrategias y herramientas que ayuden a promover, activar y divulgar los programas de salud preventiva que esta entidad fomenta.

Nuestro objetivo final será plantear una alternativa de comunicación innovadora que se integre en el modelo sanitario inclusivo de la asociación mediante la definición de lineamientos, recomendaciones y acciones participativas.

1.4.2. Objetivos específicos

Como objetivos específicos se establecen los siguientes:

- ✓ Conocer el contexto teórico y práctico de la salud en Guatemala y en particular en la región de San Andrés de Itzapa.
- ✓ Determinar el grado de conocimiento y percepción que tienen los actuales socios y voluntarios acerca de la Asociación.



- ✓ Entender cuál es la motivación que mueve a los empleados a trabajar en este tipo de proyectos de perfil social.
- ✓ Reconocer el funcionamiento y estructura operativa del sistema sanitario inclusivo de la organización y cómo la prevención se relaciona con este modelo.
- ✓ Establecer cuál o cuáles de son los programas de salud preventiva que tienen mayor demanda en la organización actualmente.
- ✓ Identificar los procesos que forman la salud preventiva que desarrollan.
- ✓ Determinar los rastros de comunicación empíricos que se aplican en la actualidad en el planteamiento, desarrollo y ejecución en lo que respecta a prevención sanitaria.
- ✓ Describir y diseñar un plan de comunicación que pueda contribuir a visibilizar de mejor manera el trabajo que la organización desarrolla y cómo ello puede repercutir en el fortalecimiento de la imagen institucional y su impacto en los procesos transformativos en el área de prevención.

1.5. METODOLOGÍA

El enfoque metodológico para la investigación es mixto, (cualitativo y cuantitativo) puesto que se busca medir el grado conocimiento, identificación, fidelidad y motivación que tienen los diferentes sujetos (voluntarios, colaboradores y pacientes) respecto a la Asociación y los programas de salud preventiva que promueve.

Se recopilará información de fuentes primarias y secundarias para establecer la línea base y circunscripción de la investigación, a través de la consulta y reflexión de manuales, libros, artículos científicos y estudios de casos aplicados en proyectos o programas relacionados a la transformación social con enfoques comunicacionales en el área salud de los distintos continentes como África, Europa y en especial Latinoamérica.

Se recurrirá a un análisis FODA que buscará identificar las fortalezas y debilidades con las que se relacionan la imagen externa que proyecta la entidad y sus procesos comunicativos en la promoción de salud en los proyectos de prevención. Seguidamente se buscarán



oportunidades para integrar y aplicar una comunicación para la salud pertinente que pueda reducir la fragilidad y potenciar las líneas educativas preventivas participativas.

Para recolectar los datos las técnicas elegidas son el cuestionario y la entrevista. Considerando que en primera instancia se obtendrá una percepción global de los usuarios frente al sistema sanitario inclusivo que ofrece la asociación, y que para lograr esa visualización de manera adecuada será necesario contar con un universo amplio de todo el modelo. Teniendo en consideración el perfil de usuarios se define que la encuesta puede recopilar información de forma eficaz, ordenada y permite estandarizarla para una contundente comprensión a través de diagramas cuantitativos.

En el caso de los voluntarios y colaboradores se empleará la entrevista ya que se requiere una profundización que complemente la recopilación que arrojará la encuesta de los usuarios, aunado al hecho que se busca conocer y entender las experiencias con especial atención en las acciones preventivas, por lo que esta técnica promete mayor flexibilidad y detalle de cada caso en particular. Debido a que la médula de este estudio es empírica-teórica es necesario contar con aspectos cualitativos in situ de los actores del proceso de transformación.

Para la realización de las encuestas y entrevistas se establece que el universo de estudio de esta investigación comprenderá usuarios, colaboradores y voluntarios de ASSADE. Se establecen los siguientes 3 tipos de sujetos que se considera darán una magnitud adecuada de análisis para la comprensión y propiciarán la base para el desarrollo del estudio:

- Sujeto 1 (pacientes o usuarios): agrupa a los habitantes del municipio que han acudido a la organización por atención curativa o preventiva.
- Sujeto 2 (colaboradores): está conformado por quienes integran el grupo de personas que laboran diariamente o de manera esporádica para la asociación.
- Sujeto 3 (voluntarios): agrupa a las personas que activamente forman parte de los diferentes grupos que han desarrollado proyectos de salud preventiva o educación en la comunidad.



En cuanto al instrumento empleado en cada caso:

- ✓ Se propone para los sujetos 1, un cuestionario que permita conocer cuáles son los beneficios que ha tenido al ser atendido por la organización y como este servicio podría mejorar.
- ✓ Para los sujetos 2 y 3 una entrevista a profundidad que permita conocer las razones que los motivan a involucrarse, apoyar y trabajar en los proyectos que la asociación promueve.

En relación a lo cuantitativo se analizarán los datos obtenido en las encuestas con técnicas estadísticas descriptivas, y en lo cualitativo el análisis de discurso de las entrevistas en profundidad realizadas a los sujetos 2 y 3, técnicas cuantitativa y cualitativa que se utilizarán en el trabajo de campo. El análisis de discurso de las entrevistas permitirá conocer el mensaje, tanto en su contenido como en su fondo ideológico o de intereses. Este es un método principalmente cuantitativo que centra su atención en el mensaje aislándolo del resto de elementos del proceso comunicativo. Mientras que por su lado la entrevista en profundidad permitirá conocer las experiencias o capacidades de las personas, así como para el estudio de la organización.

Como indicadores para el análisis de los datos e informaciones recogidas se establecen los siguientes:

- ✓ Perspectiva (cuantitativa y cualitativa) de los sujetos involucrados
- ✓ Imagen actual de la organización
- ✓ Atributos principales de la organización
- ✓ Fidelidad de programas y servicios
- ✓ Estado de la medicina preventiva y repercusión en las comunidades foco
- ✓ Procesos de comunicación de la organización
- ✓ Situación de la organización en la región



1.6. CRONOGRAMA, ESTRUCTURA Y DISEÑO

En cuanto a la planificación temporal para llevar a cabo la investigación, ésta se establece en cinco meses, de enero a mayo de 2017, tal como se muestra en la figura 1. Si bien, en función de la concreción de fechas para las entrevistas podría ser necesario realizar algunos cambios en esta planificación.

DIAGRAMA GANTT (TEMPORAL)												
INVESTIGACION: La comunicación para la salud; y como sus teorías, modelos y estrategias sirven en la construcción de herramientas y acciones que ayudan a promover, activar y divulgar los programas de salud preventiva que fomenta la Asociación para la Salud y el Desarrollo, -ASSADE-, ubicada en el municipio de San Andrés Itzapa, Chimaltenango, Guatemala.												
Renglón	DESCRIPCIÓN	TIEMPO (MESES)										
		1 (Enero -Febrero)	2 (Febrero-Marzo)	3 (Marzo- Abril)	4 (Abril-Mayo)	5 (Mayo)						
1	Idea Inicial	■										
2	Formulación y Diseño de investigación (Perfil)	■	■									
3	Recopilación información primaria y secundaria (línea base)		■	■								
4	Diseño de herramientas recopilación información			■	■							
5	Realización de Entrevistas y cuestionarios (ejecución)					■	■	■				
6	Traslado de datos						■	■				
7	Análisis de datos								■	■		
8	Discusión y retroalimentación										■	■
9	Evaluación de resultados											■
10	Presentación final de investigación											■

Figura 1. Cronograma el estudio

Fuente: elaboración propia.

El proceso seguido para plantear esta investigación parte de la experiencia personal, ya que he sido voluntaria de esta organización desde el año 2009, y aunque mi relación no ha sido de manera permanente he tenido la oportunidad de colaborar con ASSADE y conocer a algunas de las personas involucradas en la entidad. En realidad, fue estando cerca se me hizo evidente que el modelo inclusivo que implementan en las comunidades del altiplano siembra un precedente en Guatemala en lo que respecta al derecho sanitario. Es por ello que consideré que algo de esta magnitud debería de tener la oportunidad de encontrar medios no solo para mejorar, sino para hacerse notar dentro y fuera del país.

Se iniciaron entonces las conversaciones para trasladar esta propuesta a los miembros de la organización, los cuales manifestaron a principios de este año su aceptación y disposición para realizar esta investigación. Fue entonces cuando se hizo necesario llegar a una formulación concreta, y fue primordial contar con la realización del perfil y el establecimiento del diseño de la investigación; que en conjunto permitió hacer una visualización de la columna estructural del camino que llevaría la investigación ligado a su



propósito. Durante este proceso fue necesario ir aumentando la robustez de la columna central de estudio en cuanto a profundidad de aspectos influyentes e información específica, tarea enfocada en fundar bases sólidas para la plataforma que sostiene la investigación. La inversión de tiempo, análisis y retroalimentación en la recopilación de información, tanto de fuentes primarias y secundarias, conllevó la percepción y reconocimiento de una línea base adecuada.

Dedicar un espacio oportuno de la planificación a la creación y diseño de herramientas de recopilación de información de primera mano está íntimamente ligado a la línea base a establecer, por lo que estos instrumentos deben diseñarse apropiadamente bajo los principios de investigación establecidos. Para ello, mantener una comunicación cercana con la organización acerca del avance, es realmente importante, por lo que en cuanto se establecieron los instrumentos de análisis, estos se trasladaron a miembros de la asociación para su revisión y discusión.

Una vez obtenidos los instrumentos para la recolección de datos primarios, se pasó al proceso de ejecución, el cual comprendía el diseño final práctico de los instrumentos hasta la aplicación en campo. Cuando hablamos de diseño final práctico nos referimos a encontrar la forma y plataforma propicias según los objetivos de la recolección de información. En el caso de las encuestas, por cantidad y magnitud, se definió utilizar un diseño interactivo en un dispositivo digital ligado a una hoja electrónica que permita que, conforme se realizan en campo, los datos se trasladen instantáneamente sin necesidad de incurrir en gastos de papel. Fue la organización quien se encargó de capacitar a las personas que realizarían las encuestas, proceso que creemos es relevante en el desarrollo y resultado de los datos.

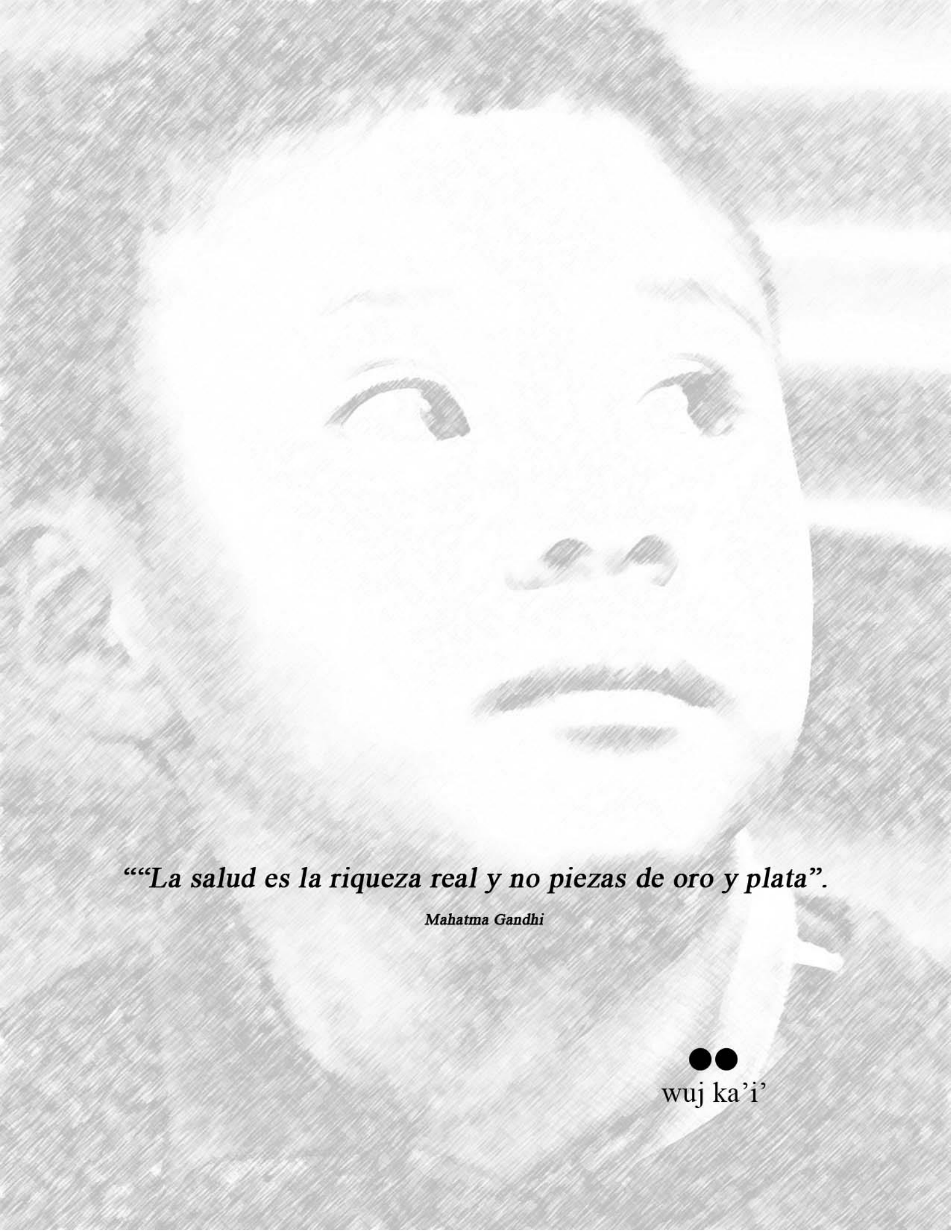
En el caso de los socios, voluntarios y donadores se determinó que la mejor herramienta para recopilar información era la entrevista no estructurada, que permite la flexibilidad y adaptación a la investigación, a través de un recorrido por la experiencia y conducta, del entrevistado, sus creencias y conocimientos; orientando las preguntas hacia sus percepciones del objeto de estudio. Para llevar a cabo las entrevistas se acudieron a la asociación para que recomendara los socios y voluntarios con disponibilidad para la



investigación, y se procedió a contactarlos uno a uno para acordar la entrevista vía software de telefonía gratuita. Esto se realizó entre los meses de Marzo y mayo de 2017.

Tras esta doble recogida de información se procedió a su tratamiento y análisis, siguiendo la naturaleza de cada caso. Para las encuestas debido a que el sistema envió instantáneamente la información, se procedió a retocar el orden y estructura de los datos en la hoja de cálculo, y considerando que es información con fines cuantitativos se aplicaron medidas estadísticas para determinar sus valores centrales. Por su parte, dado que las entrevistas se idearon para recolectar información cualitativa, su tratamiento conllevó la transcripción y su posterior análisis, extrayéndose la información relativa a ASSADE, necesaria para el planteamiento de la propuesta.

A lo largo de toda la investigación se ha considerado esencial tener momentos de discusión y retroalimentación de cada proceso, por más pequeño que este sea, considerando que esto contribuiría a fortalecer, fertilizar e implementar aspectos relevantes de cada avance en el presente estudio. De este modo, finalmente se elaboró la propuesta comunicativa, integrando toda la información recabada y analizada, y completándola con ideas nuevas; finalmente se extrajeron las conclusiones generales del trabajo realizado.



“La salud es la riqueza real y no piezas de oro y plata”.

Mahatma Gandhi

●●
wuj ka'i'



CAPÍTULO 2.
APROXIMACIÓN TEÓRICA Y CONCEPTUAL



2.1. CONCEPTO DE SALUD

La palabra “Salud”, proviene etimológicamente del latín, “Salus” y “salvatio”, que significa, “estar en condiciones de poder superar un obstáculo”. De estas palabras latinas se derivan sus equivalentes en castellano: salud y salvación. (Alarcón, 1988) El término castellano “salvarse” incluye el significado original de “superar una dificultad”, y se aplica tanto a dificultades naturales, como a las sobrenaturales. Sin embargo, el término no se entiende actualmente como ligado a dicho significado de “superar una dificultad”. Pero si se aborda desde esta óptica, podría definirse como el hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo, es decir, que nos permite superar los obstáculos que el vivir encuentra a su paso. (Alarcón, 1988)

Esta definición converge de cierta forma con el planteamiento que hace la Organización Mundial para la Salud (OMS), en el cual define a la salud, como; “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948 (OMS, 1948).

La incorporación del factor “social” como determinante de la salud, además de los factores, “físico” y “mental”, tradicionalmente considerados, supuso un cambio sustancial porque la salud dejó de depender en exclusiva del mundo de la sanidad para integrarse también en el mundo social (Mittelbrunn, 2008). Aunado a este concepto, también es importante referir a la salud, como un derecho, la misma Constitución de la (OMS) afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.” (OMS, 1948).

Asimismo en la declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 2013) se establece a la salud como derecho fundamental y básico ya que sin él es imposible acceder



a otros derechos más complejos como es el social y el político. Con ello se impulsa la consideración de la Salud como un derecho social básico de todas las personas, tal como se expone en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 2013) situando al Estado ante la disyuntiva de ejercer la protección de este derecho. Es incuestionable que la salud guarda una relación íntima con el derecho a la vida y la dignidad de los ciudadanos y que, además, cualquier limitación en el acceso a los servicios sanitarios es causa de exclusión social” (Mittelbrunn, 2008, p.2).

Como fenómeno biológico, por tanto, la salud y la enfermedad pertenecen al reino de la naturaleza, pero en el ser humano nunca son naturaleza “pura” sino que siempre están mediatizadas y modificadas por la actividad social y el medio cultural y ecológico en donde se desarrollan (Mittelbrunn, 2008, p.1). En este mismo artículo, Mittelbrunn, trae a colación al salubrista norteamericano, de la década del 70, Millón Terris (1992), quién propone una nueva definición: "la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o enfermedad".

Terris introduce un aspecto subjetivo de sentirse bien y un aspecto objetivo de capacidad funcional. Elimina la palabra “completo” aduciendo, correctamente a nuestro juicio, que la salud no es un absoluto - una felicidad celestial - sino que hay distintos grados de salud. Y separa el término "enfermedad" (disease) y el de "malestar" (ill-ness), ya que es posible coexista el “sentirse bien” y la enfermedad. El avance conceptual que supone la propuesta de Milton Terris, requiere la exclusión de la idea de “estado”, puesto que se opone a la visión dinámica y cambiante que tiene el flujo de la vida (y de la salud) mientras que, por el contrario, es coincidente con la visión mecanicista y reduccionista tan característica con la concepción hegemónica de la medicina tradicional. (Mittelbrunn, 2008, p.1)

Por su parte la Organización Panamericana de la Salud, trabaja en conjunto con los conceptos y lineamientos que la (OMS) ha establecido y ambas actúan en colaboración con los ministerios de salud, quienes pueden delegar la realización de iniciativas a otros organismos gubernamentales e internacionales, organizaciones no gubernamentales,



universidades, organismos de seguridad social, grupos comunitarios y muchos otros, con el objetivo de que la salud, sea un derecho al que todos tenga acceso.

Desde el supuesto de que la Salud y de la Enfermedad son conceptos en evolución, fruto de construcciones sociales, tenemos que examinar la salud en una doble dirección: como un derecho social fundamental y como un bien intrínseco dentro de lo que podríamos denominar el “roussonianismo de la salud” (contrario al determinismo genético o biológico), un bien intrínseco patrimonio de todos los seres humanos. (Mittelbrunn, 2008, p.2)

2.2. LA SALUD EN EL SIGLO XXI

Bajo las perspectivas de dos de los teóricos más influyentes en el campo de la Medicina, en el último siglo, Henry Ernest Sigerist (1957) y John Snow (1858), el autor del artículo, *Conceptos Fundamentales de la Salud a través de su Historia Reciente*, Carlos Ponte Mittelbrunn, presenta una perspectiva histórica de cómo el concepto de salud, ha ido evolucionando. Mittelbrunn (2008) expresa:

Históricamente, el nuevo concepto de la Salud lo podemos situar en una consulta que el gobierno británico realizó a John Snow, antecesor de la epidemiología moderna, sobre los problemas epidémicos de las poblaciones asentadas a orillas del río Támesis, en Londres. La respuesta del doctor Snow fue categórica: la falta de higiene y las malas condiciones de vida son los responsables de las epidemias. La salud es un problema social y las acciones para mejorarla han de ser sociales. (p.2)

En Alemania en 1848 -en un clima de revolución política europea- se generó un movimiento de reforma que entendía la medicina como una ciencia social, con la convicción de que la salud del pueblo concernía a todos, no sólo a los médicos, y que, por tanto, era deber del Estado su garantía (Mittelbrunn, 2008, p.2). La figura más destacada de este movimiento fue Rudolf Virchow, médico de gran trascendencia -padre de la teoría celular- y activista político (Mittelbrunn, 2008, p.2). Virchow estudió una epidemia de fiebre tifoidea en la región de la Alta Silesia y llegó a la conclusión que los factores socioeconómicos eran



determinantes y que el tratamiento médico tenía escasa utilidad. Esas fueron sus conclusiones cuando el gobierno alemán de Bismarck le solicitó un plan para mejorar la salud de la población de Alemania: “la salud, no es un problema médico, la salud es la otra cara de un problema de naturaleza política”.

Así pues, Virchow (1953) establece una clara asociación entre condiciones de vida y enfermedad, y puesto que los determinantes de la Salud son de índole económico y social, dentro de los objetivos básicos de la medicina hay que incluir las “reformas sociales radicales”, la “democracia completa y sin restricciones”, y “la educación, la libertad y la prosperidad”. Para Virchow (1953) “La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina a gran escala”.

De las reflexiones de Virchow se derivan tres conclusiones fundamentales:

1. La salud pública concierne a toda la sociedad y el Estado está obligado a velar por ella.
2. Las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad.
3. Es necesario adoptar medidas tanto sociales (libertad, seguridad y prosperidad para todos) como médicas a fin de promover la salud y combatir la enfermedad.

Entrado ya el primer tercio del siglo XX, hay que destacar las aportaciones de un médico escocés, Thomas McKeown, que demostró empíricamente que la reducción, aunque con algunas excepciones, de las enfermedades infecciosas, como es el caso de la tuberculosis, es el resultado de medidas sociales y sanitarias, y no la consecuencia de tratamientos médicos.

Sin embargo, pese a la contundencia y claridad del enfoque social de la salud, estas proposiciones tuvieron por entonces escaso eco. Tuvo que pasar mucho tiempo hasta que las ideas renovadoras fueran recuperadas.

En el comienzo de la década de 1940, surge la figura de Henry Sigerist, médico nacido en Francia, formado en Suiza y afincado en los Estados Unidos, en donde llegaría a consagrarse como el máximo historiador de la medicina. Catedrático de la Universidad Johns



Hopkins y de la Universidad de Yale, rescató las ideas de los precursores, las analizó críticamente, las sistematizó y las enriqueció, perfilando de manera más concreta la noción de “Promoción de la Salud”.

Sigerist (1945) afirmaba. "La salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso"(Mittelbrunn, 2008, p.3). La salud de un pueblo no depende de la asistencia médica sino de las condiciones de vida y el instrumento para lograr el acceso de la población a estas condiciones de vida es la "Promoción de la Salud".

De acuerdo a Sigerist (1945), la Promoción de la Salud es la misión primordial de la medicina, una tarea a la que están convocados ciudadanos, educadores, políticos, médicos... La segunda misión, en orden de importancia, después de la promoción de la salud, es la prevención de las enfermedades, mientras que la curación - restauración y rehabilitación - es la última de las funciones de la medicina, puesto que sólo hay que recurrir a ella cuando falla todo lo anterior. Pero, ¿tuvo audiencia Sigerist en su tiempo? Aunque el desinterés y la indiferencia fueron las reacciones predominantes a sus innovadores planteamientos, el espíritu de la propuesta fue finalmente recogido, al menos simbólicamente, por la Organización Mundial de la Salud al adoptar en la década de los 50 la definición de salud que ya hemos mencionado con anterioridad: "La salud es un bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades".

Es importante recordar que en esta primera mitad del siglo XX, acontecimientos como las dos guerras mundiales y los conflictos armados que les sucedieron, contribuyeron al crecimiento de las desigualdades que no fueron ajenas al tema de la salud. (Mondiale de la Santé, 1997) A medida que se acercaba el siglo XXI, esta crisis parecía llegar a un punto de inflexión en el cual el principal interés de los países, sobre todo de la Unión Europea, se ha centrado en el desarrollo humano (Mondiale de la Santé, 1997). Con el fin de hacer frente a esta nueva situación, se requiere un modelo de desarrollo de políticas sociales, en el que la salud sea un factor y un resultado clave a tener en cuenta.



En 1978, dos organizaciones dependientes de la ONU, la Organización Mundial de la Salud –OMS- y UNICEF, celebraron un Congreso conjunto en Alma Ata (Kazajstán, antigua Unión Soviética), apoyado por delegados gubernamentales de 134 países, en donde la Salud fue asumida como un derecho humano del que todos somos titulares (Mittelbrunn, 2008, p.3).

La “Declaración de Alma Ata” y su eslogan “Salud para todos en el año 2000” ha sido una referencia extraordinaria para todas las generaciones posteriores de activistas de la Salud y el concepto de “Atención Primaria Integral” ha sido una de las claves para mejorar los sistemas de salud en muchos países.

Los aspectos esenciales de la declaración de Alma Ata son los siguientes:

- El derecho a la salud requiere la acción colectiva y su garantía es responsabilidad de los gobiernos.
- La importancia de la participación popular en salud como derecho y como responsabilidad.
- La trascendencia de la Atención Primaria en la prevención, promoción, curación y rehabilitación.
- Lograr salud requiere el esfuerzo coordinado de todos los sectores implicados.
- Rechazo de las desigualdades en salud, especialmente entre países ricos y pobres.
- Importancia de la paz y el desarme como fuente de salud y desarrollo.

La declaración de Alma Ata expresa la convicción de que las soluciones técnicas son insuficientes y que el desarrollo económico y social está íntimamente asociado a la salud, defiende la participación colectiva en salud en oposición al individualismo y el consumismo.

La consigna de la Declaración: “Salud para todos en el año 2000” hay que entenderla como una meta social y política, pero también “como un grito de guerra para convocar a sanitarios y ciudadanos a la acción” (Tejara de Rivero, 2003). En Alma Ata también hay omisiones importantes, por ejemplo, no hay referencias sobre salud ambiental y desarrollo sostenible, tampoco sobre la necesidad de cambiar las conductas para promover salud (Mittelbrunn, 2008, p.4).



A pesar de los logros obtenidos en la Declaración de Alma Mata, poco después de su proclamación se da un retroceso, ya que se empezaron a elaborar propuestas de signo contrario. La más importante negaba la visión “integral” de la Atención Primaria, proponiendo una alternativa “selectiva” que intentaba anular el compromiso comunitario (empoderamiento) y social para volver al marco médico (control profesional) y a las soluciones técnicas (Mittelbrunn, 2008, p.4).

La perspectiva “selectiva”, que también deja la puerta abierta a las privatizaciones de los servicios sanitarios, es, en suma, una reinterpretación de la Atención Primaria como el primer nivel asistencial, excluyendo la promoción de la salud y la participación de la comunidad, y manteniendo el carácter elitista, autoritario y biologicista de los servicios sanitarios. Es indudable que la Declaración de Alma Ata se desarrolló en un ambiente hostil, político y económico, constreñida por los Programas de Ajuste Estructural del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional que recortaron los sistemas públicos de salud y, más aún, que destinaron mayoritariamente el poco dinero restante a atender gastos de carácter curativo.

En los años 90 del siglo XX, un hecho de crucial importancia fue la pérdida, por parte de la OMS, del liderazgo de la salud a manos del Banco Mundial. “Investing in Health” (BM, 1993) proponía inversiones en salud con soluciones verticales, focalizadas en enfermedades, totalmente ajenas al espíritu de Alma Ata. La consolidación de la perspectiva neoliberal de la globalización de la Salud ha sido muy negativa y de indudable trascendencia. La tecnología médica, en crecimiento geométrico, solo está disponible para personas de los países ricos y la Industria muestra pocos intereses por las enfermedades que afectan a la gente pobre. Hay una creciente mercantilización de la salud y de la enfermedad y los costes sanitarios son cada día mayores por la incesante expansión del mercado y de las tecnologías.

Es importante traer a colación, un evento previo a la celebración del Alma Ata en 1974, en el cual el Gobierno de Canadá a través del denominado "Informe Lalonde" estableció las coordenadas del "campo de la salud": los estilos de vida y las características del medio ambiente, y no solo la biología y la medicina.



Señalando que el principal instrumento para la intervención era la promoción de la salud, además de la prelación de lo preventivo sobre lo curativo. En la declaración de Alma Ata se recogieron estos dos grandes objetivos - Prevención y Promoción – propuestos en el Informe Lalonde: “El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud”. Y la estrategia clave para desarrollar estas políticas es la "Atención Primaria Integral", consistente en la prestación a toda la gente de un conjunto de servicios indispensables para su salud, con la intervención activa de la comunidad y la vinculación cooperativa de otros sectores sociales (no solo sanitarios) (Mittelbrunn, 2008, p.4).

En 1986, esta transformación conceptual alcanzó su culminación en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud patrocinada en Canadá por la Organización Mundial de la Salud con asistencia de 112 delegados de 38 países.

La conferencia elaboró un documento titulado "Carta de Ottawa" que definió cinco puntos nucleares para definir la Promoción de la Salud: (C. D. O. 1986).

- 1.- La necesidad de construir estrategias públicas saludables sustentadas en el fomento y la coordinación de las políticas del sector público de modo que todas contribuyan al logro de la salud universal.
- 2.- La conformación de entornos saludables.
- 3.- La participación de la población y el apoyo a las acciones colectivas. Es fundamental dotar a los ciudadanos de habilidades personales para facilitar la participación.
- 4.- La capacitación de las personas para el autocuidado de su salud y el fomento de la ayuda mutua.
- 5.- La necesidad de reorientar los servicios de salud hacia la comunidad. La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.



La promoción trasciende la idea de formas de vida sanas para incluir "las condiciones y los requisitos para la salud: paz, vivienda, educación, alimentación, renta, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad" (C. D. O. 1986). La fuerza motriz de la promoción debe ser la participación comunitaria en la toma de decisiones para la planificación y para la acción. Aunque la comunicación tiene una importancia decisiva, el desarrollo de políticas de promoción de la salud requiere combinar medidas legislativas, fiscales, tributarias y organizativas (Mittelbrunn, 2008, p. 4).

La conclusión a la que se puede llegar con respecto al ideal de "Salud para todos" es que se ha transformado en un empeoramiento de la salud en el mundo pobre y en consumismo tecnológico y sanitario en el mundo rico. Las grandes esperanzas depositadas en Ottawa y Alma Ata se han visto incumplidas. Si a finales de los 70, el objetivo era "Salud para todos", la realidad ha sido bien distinta (incluso en algunos países se han deteriorado los indicadores de salud.) Se tenía, además, una confianza ilimitada en la ciencia y en la tecnología para, por ejemplo, erradicar algunas enfermedades como las infecciosas. La realidad ha sido otra, los microorganismos se han globalizado por la intervención humana en los ecosistemas y la utilización indiscriminada de antibióticos. Puesto que los pactos de Alma-Ata y de Ottawa no se han materializado, cabe preguntarse por qué fracasaron tantas buenas intenciones.

Las explicaciones son probablemente varias, pero, entre ellas, las que tienen mayor significación son las siguientes:

- **La hegemonía biomédica.**

La Medicina oficial acepta el vínculo social y político solo de forma retórica o académica. Enfocado en el estudio de los condicionantes sub-individuales (microorganismos, metabolitos, genómica, proteómica) o de los condicionantes conductuales individuales, siempre aislados de su contexto social. La Medicina se ha desarrollado bajo la influencia del denominado Modelo Biomédico que confunde la objetividad científica con una idílica "neutralidad social". Una prueba de esta evolución, supuestamente "apolítica" de la Salud, es la debilidad de lo que podríamos denominar "epidemiología política", esto es, la que estudia la asociación entre salud



y poder político. Pese a su importancia, hay muy pocos estudios, aunque las excepciones tienen un valor notable como, por ejemplo, un estudio de Carlos Álvarez Dardet, que establece una asociación positiva entre niveles de salud y libertades democráticas, o del profesor Vicente Navarro, relacionando la protección de la salud con el mantenimiento en el poder de gobiernos socialdemócratas en Europa.

El modelo biomédico es la ideología médica del liberalismo económico. Entiende que la salud y la enfermedad son problemas individuales (no colectivos) de una maquinaria biológica (mecanicista) que se puede reparar (curación) de manera fragmentaria (reduccionista). Margina la prevención, la promoción de la salud y la salud pública. Piensa en la enfermedad antes que, en el paciente, en los síntomas antes que las causas, en las razones individuales antes que las sociales y en las enfermedades orgánicas antes que en las funcionales. Secuestra al sujeto que pierde la autonomía de su propia salud y transfiere todo el protagonismo a las élites profesionales y a la alta tecnología.

- **El proceso de privatización de la salud.**

Con la globalización, los sistemas curativos públicos están sometidos al asedio de la privatización, pese a que sus resultados asistenciales han sido satisfactorios (sin duda mejores que los de los sistemas privados). Los sistemas públicos tienen defectos innegables: han disparado los costes, hay demasiada especialización, dependencia de la tecnología, invasión farmacéutica... Problemas que no son inherentes a su condición de públicos, sino a la hegemonía del modelo biomédico, anteriormente mencionado, que impregna a los sistemas asistenciales y a toda la medicina científica. La privatización, se presenta como racionalidad y modernidad (promete productividad y eficiencia), pero su verdadero objetivo es extender los negocios a los servicios y seguros sanitarios (de rentabilidad probada). El Estado pasa a ser subsidiario mientras se promueve el mercado, y para que el mercado funcione (sea rentable) necesita mayor número de consumidores y mayor consumo, aunque la demanda sea artificial, los precios adulterados, las patentes gozan de privilegios abusivos, y haya permisividad iatrogénica y medicalización.



La medicalización de la salud es un efecto directo de la globalización. Una estrategia derrochadora que sube incesantemente el porcentaje sanitario del PIB.

- **La naturaleza misma de las políticas de Promoción de la Salud**, es otra de las explicaciones. Sus propuestas se dirigen hacia la transformación de las estructuras sociales, lo que ha resultado inaceptable para los gobiernos por su inequívoco contenido de renovación social:
 - a.- El fomento de estilos de vida saludables (probablemente la menos compleja de implementar, aunque también tropieza con serias dificultades).
 - b.- La capacitación de los ciudadanos para controlar su propia salud, participando en la toma de decisiones y, en esa medida, reorientando hacia comunidad los servicios de salud. No es una alternativa fácil, podría decirse que representa una dificultad intermedia que asciende debido a que los sanitarios son reacios a estos cambios y se atrincheran en lo curativo, vertical e individual, esto es, en ideas y prácticas contrarias a la promoción de la salud. El profesional de la salud tiene que aprender en primer lugar a actuar como 'mediador' de las actividades de los individuos, familias y comunidades.
 - c.- El cambio de las estructuras y de los condicionamientos que impiden el desarrollo de la salud universal, que es multisectorial y dependiente de voluntades y decisiones políticas, paz, equidad, justicia, ecosistemas, educación básica, ingresos, alimentación y vivienda adecuados. Una propuesta que otorga carácter revolucionario a la promoción de la salud, que tiene que desafiar la ciega tenacidad de las estructuras de poder que mayoritariamente defienden intereses conservadores, y sólo muy rara vez se atreven a transferir recursos de los sectores privilegiados de la sociedad en beneficio de los menos favorecidos. Un proceso tendente a modificar las relaciones sociales de modo que sean inaceptables la marginación, la inequidad y la degradación ambiental (Mittelbrunn, 2008, p.6).

A pesar de que la reflexión de Mittelbrunn (2008) hasta este punto sea un tanto crítica y poco alentadora al mismo tiempo es esperanzadora, al indicar que: la recuperación del reto de ver a la salud como un derecho para todos, es una tarea de gran envergadura y el primer



paso tiene que ser el entender la salud en su verdadera dimensión holística e integradora, en una nueva perspectiva epistemológica que la libere de las servidumbres del pensamiento neoliberal. (p.7)

Mittelrunn (2008) afirmaba:

El enfoque biopsicosocial, la perspectiva comunitaria e integral (promovida desde atención primaria), la eco-salud, la antropología de la salud o las importantes aportaciones a la Salud del movimiento feminista. Es necesaria una reflexión más allá de la medicina y de la salud, que permita repensar nuestra propia práctica y postulados epistemológicos, en un mundo cada vez más interdependiente, globalizado. Cuestionar la medicina actual, su papel y su poder, se inscribe en un marco más amplio que también cuestiona la división social del trabajo, la crisis del medioambiente, lo que entendemos por desarrollo, o la supremacía epistemológica del racionalismo científico. La crisis de la salud está estrechamente ligada a la crisis social, sobrepasa sus componentes económicos y políticos, y se incluye en el ámbito de la cultura, la filosofía, la ética y los valores. (p.7)

2.3. TEORÍA DEL DESARROLLO HUMANO: LA SALUD COMO UN DERECHO Y LIBERTAD UNIVERSAL; ORIGEN, Y PRINCIPIOS

Como se pudo observar en el apartado anterior, tanto los teóricos como los estudiosos del tema, reflexionaron que la salud debe ser vista de una forma más integral y no solo como la ausencia de la enfermedad. Ellos plantean que la salud es un problema social y las acciones para mejorarla por lo tanto han de ser sociales. Es por ello que antes de seguir avanzando en el recorrido de estas teorías, es importante hacer una parada y reflexionar sobre el concepto de salud visto como un derecho y libertad universal, que contribuye al desarrollo humano, este paradigma, trae consigo su propia teoría.



Surge en la década de los noventa y tiene sus raíces en la preocupación que despiertan las críticas al enfoque economicista de los estudios del desarrollo y en la búsqueda por integrar en el análisis los aspectos sociales de la población. Con ello se buscaba avanzar en la complejidad del análisis y rescatar aspectos esenciales como la equidad, la justicia y la libertad que habían quedado excluidos en dichos estudios. (Picazzo Palencia, E., Gutiérrez Garza, E., Infante Bonfiglio, J. M., & Cantú Martínez, P. C. 2011)

Los autores de la publicación, “La teoría del desarrollo humano y sustentable: hacia el reforzamiento de la salud como un derecho y libertad universal” plantean en su artículo cómo la salud emerge como una capacidad y libertad para el desarrollo humano sustentable. Asimismo, presentan cómo ha sido la evolución de la teoría del desarrollo humano y su convergencia con la visión del desarrollo sustentable. (Picazzo Palencia et al., 2011)

Este enfoque crítico tuvo como antecedentes los trabajos de la teoría económica estructuralista desarrollado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en la década de los cuarenta que coloca en el centro del análisis la condición del subdesarrollo y los fundamentos del crecimiento para las diferentes naciones, sentando así las bases de esta teoría. (Gutiérrez, Picazzo, Infante, Cantú, 2011, p.257) Posterior a la teoría económica estructuralista, se presenta una nueva, la teoría de la dependencia en la década de los sesenta y lo hace desde una posición política radical, incorporando en su análisis la dimensión sociológica a través del análisis de la lucha de clases y los sistemas de dominación. (Gutiérrez et al., 2011, p.257)

En este recorrido, los autores identifican en la década siguiente, los ochenta, como en Europa surge la teoría de la regulación francesa, con un enfoque holístico, el cual otorga un lugar importante al papel de las instituciones en el desarrollo. Es en este mismo momento en donde surgen otras inquietudes que se relacionan, por ejemplo la preocupación por el medio ambiente, como lo expresan Gutiérrez, Guadiano y Picazzo (2009):

En donde organizaciones supranacionales concretan propuestas como lo fue la creación del Club de Roma, en 1968, en donde un grupo de intelectuales preocupados



por el deterioro del medio ambiente derivado del frenético desarrollo de la Época de Oro en Estados Unidos y su influencia en el resto del mundo colocaron en el centro de la discusión un libro clásico que abordaba los límites del desarrollo. A este evento se suma el enfoque del eco desarrollo presentado en 1973 por el director ejecutivo del Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente en el cual asentaron nuevas perspectivas que superaron definitivamente el enfoque economicista tradicional y brindan tributo a una nueva perspectiva del desarrollo: el desarrollo sustentable. (p.258)

“Esta propuesta vio la luz en 1987 en el conocido Informe Brundtland titulado Nuestro futuro común, donde el desarrollo sustentable engloba el crecimiento económico, la equidad intra e intergeneracional y el cuidado del medio ambiente en beneficio del ser humano” (Gutiérrez y González, 2009).

En este amplio marco conceptual reorientado hacia lo social y lo ambiental, surge una nueva visión del mundo y en este un enfoque destaca la propuesta Amartya Sen que desplaza la atención puesta en el crecimiento y la productividad –como centro del que hacer en la sociedad– hacia la noción del desarrollo, sus destinatarios y el medio ambiente (Picazzo Palencia, 2011 pp.253-279).

El enfoque propuesto por Sen define al desarrollo como un proceso de ampliación de capacidades y opciones para que las personas puedan ser y lograr hacer lo que valoran. Esta propuesta coloca en el centro de sus postulados la expansión de las libertades y la superación de las privaciones. Concibiendo al ser humano, como portador de las capacidades, es decir, como fin y medio del desarrollo (Sen y Nussbaum, 1993).

Cabe señalar, que las capacidades de la persona están fuertemente condicionadas por el entorno económico, político, social, cultural y ambiental en el que se desarrollan, por ello, para garantizar la ampliación de las capacidades del ser humano, la definición de las políticas debe de incorporar tanto las necesidades individuales como las potencialidades colectivas en un marco de justicia social. En este sentido, Sean (1992) señala que:



En la valoración de la justicia basada en las capacidades, las demandas o títulos individuales no tienen que valorarse en términos de los recursos o de los bienes elementales que las personas poseen, respectivamente, sino por las libertades de que realmente disfrutan para elegir las vidas que tienen razones personales para valorar. Es esta la libertad real la que está representada por las capacidades de la persona para conseguir varias combinaciones alternativas de funcionamientos. (p. 81)

De esta manera, la libertad surge como el principal fin y el principal medio para lograr el desarrollo. Consolidándose en un valor constitutivo (fin) e instrumental (medio). De ahí la libertad de optar por diferentes tipos de vida se refleja en el conjunto de capacidades reales de las personas (la libertad de bienestar). Así para Amartya Sen en su dimensión integral clasifica las libertades en dos grandes grupos: constitutivas e instrumentales” (Gutiérrez y González, 2009).

Las libertades constitutivas son aquellas que permiten contar con una vida saludable, tener un nivel de vida digno, de poder leer y adquirir conocimientos y disfrutar de una libertad política que permita participar en la vida de la comunidad a la que se pertenece y expresarse libremente, entre otras. En este sentido Sen (2000) expone que “el papel constitutivo de la libertad está relacionado con la importancia de las libertades fundamentales para el enriquecimiento de la vida humana...” (p.55).

Por otro lado, las libertades instrumentales son aquellas que sirven como medio para el desarrollo, entre las que se encuentran los servicios económicos, las instituciones, las oportunidades sociales, las libertades políticas, las garantías de transparencia y la protección social argumenta Sen (2000) que:

El papel instrumental de la libertad se refiere a la forma en que contribuyen los diferentes tipos de derechos y oportunidades a expandir la libertad del hombre en general y, por lo tanto, a fomentar el desarrollo. La eficacia de la libertad como instrumento reside en el hecho de que los diferentes tipos de libertad están



interrelacionados y un tipo de libertad puede contribuir extraordinariamente a aumentar otros. (p.56)

Por ello, la salud necesariamente tiene que ser concebida desde una visión integral y colectiva tanto de los problemas, como de las soluciones, al igual que el reconocimiento del lazo que une a las libertades con las instituciones sociales y económicas, así como con los derechos políticos y humanos (Picazzo Palencia, 2011). En ese contexto, la salud juega una función principal entre calidad de vida y capacidad –libertad–. La salud es una pieza clave o una aptitud (Sen y Nussbaum, 1993) para vivir mejor y la falta de ella es una amenaza para el bienestar social y económico. Así, tener vida duradera y saludable es uno de los elementos fundamentales del desarrollo humano y toda sociedad moderna y democrática deberá considerar la salud como un derecho universal. Por lo tanto, "el mejoramiento de la salud de la población debe aceptarse universalmente como uno de los grandes objetivos del proceso de desarrollo" (Sen, 1999, p.1).

2.4. COMUNICACIÓN, CAMBIO SOCIAL Y BUEN VIVIR

Partimos por definir como La Real Academia Española plantea el concepto de Comunicación; “la acción y efecto de comunicar o comunicarse, también como trato, correspondencia entre dos o más personas y la transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor” (RAE, 2001).

El término procede del latín *communicare* que significa “hacer a otro partícipe de lo que uno tiene”. La comunicación es la acción de comunicar o comunicarse; se entiende como el proceso por el que se trasmite y recibe una información.

Para que un proceso de comunicación se lleve a cabo, es indispensable la presencia de seis elementos: que exista un emisor; es decir, alguien que trasmita la información; un receptor, alguien a quien vaya dirigida la información y que la reciba; un contacto por medio de un canal de comunicación, que puede ser muy variado. Asimismo, que



exista una información o mensaje a transmitir; un código o sistema de signos común al receptor y al emisor, donde el mensaje va cifrado, los signos pueden ser no lingüísticos (símbolos, señales e iconos) y lingüísticos (escrituras, sonidos, concepto asociado, sentido, etc.); y por último, que el mensaje tenga un referente o realidad, al cual alude mediante el código. (*Definición de comunicación*, 2014)

Resalta algo muy claro en la comunicación, una de las condicionantes que no pueden faltar para que esta se produzca es que exista una relación interdependiente entre la fuente y el receptor, proceso durante el cual se afectan recíprocamente. Aunque existen distintos niveles de interdependencia en la comunicación, uno de esos niveles amerita atención para el presente estudio, es la interacción. Y es que dentro del proceso de interacción se encuentra el diálogo, la cual considero es una herramienta comunicativa relevante en el proceso de transformación a partir del seno comunitario, especialmente en la educación. La interacción busca una combinación de cada uno de los individuos que conforman el diálogo, pero al mismo tiempo del resto de individuos, de alguna manera una capacidad para conectar en conjunto, predecir, analizar y conducirse de acuerdos a mutuas necesidades o problemas, en síntesis, mediante el diálogo podemos, como un todo, intentar percibir el mundo de la misma manera.

Pero más allá del concepto de comunicación, es importante también mencionar la teoría que gira en torno a ella, según Marta Rizo (2012), autora del artículo, *El Interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto. Hacia un nuevo concepto de comunicación*.

Esta es vista como acción y efecto, y alrededor de ella se ha establecido su propia teoría, la cual se ha ido construyendo desde perspectivas muy diferentes como la teoría físico-matemática de Shannon y Weaver (1981), conocida como “Teoría matemática de la información”, hasta la teoría psicológica basada en la percepción propuesta por Abraham Moles, pasando por una teoría social que relaciona lenguaje y comunicación –Saussure-, por el enfoque de la antropología cognitiva –Levi Strauss- y los abordajes fundamentados en la interacción –Bateson, Watzlawick, Goffman. Y más aún, también han destacado las aportaciones en el campo de los



efectos de la comunicación de masas, un ámbito representado por nombres como Lasswell, Lazarsfeld, Berelson y Hovland, y las teorías críticas de la comunicación, promovidas desde la Escuela de Frankfurt por intelectuales como Adorno, Horkheimer y Marcuse, entre otros. (p.1)

Una de las aplicaciones de las teorías de la comunicación es la que derivó en la llamada Comunicación para el Desarrollo, que básicamente engloba un proceso de comunicación orientado a resultados basado en el diálogo y la participación colectiva, quiere decir que al mismo tiempo permite a las comunidades expresar sus opiniones, compartir conocimientos y participar activamente en su propio desarrollo de forma justa. Mediante una amplia gama de métodos y herramientas, la comunicación para el desarrollo puede llegar a maximizar el impacto de las iniciativas de desarrollo, fomentando el diálogo entre los interesados, toma de decisiones fundamentadas y acciones grupales. Debido a la complejidad en principio del término “desarrollo”, que tanto entidades gubernamentales como de iniciativa privada manejan, junto con la comunicación que fomenta algo tan complejo era necesario que esto quedase con la libertad de cambiar a través de un proceso análisis-participación-evaluación-modificación para trascender en otras aplicaciones, otras perspectivas, que pudieran adaptarse al espacio y tiempo que corre el mundo.

La Comunicación y Cambio Social, es el resultado de lo que en un principio se consideró, Comunicación para el Desarrollo y la evolución que esta ha tenido, según el especialista en este tema, Alfonso Gumuccio Dagon, la Comunicación para el Cambio Social es, esencialmente dialogar y facilitar procesos de participación social. Para conocer de mejor manera esta idea, tomaremos como referencia una entrevista realizada por la Asociación de Servicios en Comunicación Intercultural, (Servindi) de Perú, en el marco de las Jornadas de Comunicación Intercultural y Democracia realizadas en agosto de 2013. (Servindi Noticias, 2013)

Ante la pregunta, ¿Cómo surge el concepto de Comunicación para el Cambio Social? el especialista, responde:



...desde el año 97, es que empezamos a llamarle “comunicación para el cambio social”, antes se conocía como, “comunicación para el desarrollo”, esto sucedió en el transcurso de una reunión donde nos pusimos un grupo de 15 personas, a discutir y a reflexionar sobre cuál iba ser la comunicación en el siguiente siglo, nos reunimos en Italia en abril del 97, fue interesante porque no fue un grupo solo de comunicadores, si tenían que ver con la comunicación, pero no en este campo, hasta ese momento era el único... (...) y en la discusión de este grupo tan diverso surge la idea de llamar a esto, Comunicación para el Cambio Social. (Servindi Noticias, 2013)

El autor de Comunicación para el cambio social: clave del desarrollo participativo, señala que este concepto tenía un lastre, “al menos a nuestro juicio”, ya que venía de toda una experiencia de la segunda Guerra Mundial, la información era usada para estos fines, y al terminar este evento, se adapta esa escuela que era utilizada para hacer propaganda bélica, para el comercio, es decir para vender; “la fabricas que antes elaboraban, tanques, aviones de guerra, empiezan a fabricar cocinas y refrigeradores y cosas de ese tipo, pero además tenían que venderlas” (Gumucio-Dagron, A., 2011) y es frente a esta situación que surge la comunicación para el desarrollo con el objetivo inicialmente de abrirse mercado en el tercer mundo, para vender los productos de la post guerra o productos de paz.

Con lo que no contaba esta propuesta era la reacción que tendrían algunos pensadores de América Latina, como Luis Ramiro Beltrán y Antonio Pascuali, quienes expresaban que no era suficiente con hacer propaganda, ya que la situación en América Latina, África y en Asia no iba a cambiar, con solo decirle al campesino que se modernizara, “que eso es un poco donde descansa las teorías del difusionismo y la modernización, en la cual se le proponen a las personas que con el uso de la tecnología o innovación se tendrá una mejor producción” (Servindi Noticias, 2013)

Los pensadores de la comunicación de América Latina, empiezan a decir, el problema no es que el campesino carezca de información, no es que no tenga la tecnología adecuada, el problema es que no tiene tierra productiva, acceso al agua, el problema es que no tiene acceso a créditos, no tiene acceso a fertilizantes, el problema



es un problema de injusticia social, no es un problema de más información o mejor tecnología. (Servindi Noticias, 2013)

Es interesante esta reacción, ya que los pensadores norteamericanos, encuentra una respuesta que no esperaban, y no solo de pensadores latinos sino también asiáticos quienes proyectaron una reacción en los mismos términos. La escuela para el desarrollo, según Gumucio, ha tenido muchas fases, y la fase que aporta América Latina, es la participación, en la cual plantean que no se puede hacer comunicación sin participación (Gumucio-Dagron, A., 2011)

La comunicación para el desarrollo tiene que ser en consultada con las comunidades, y eso es retomado en algún momento incluso por Naciones Unidas, La FAO por ejemplo en Italia y la Unesco, se convierten en dos de las agencias de esta institución, que desarrollan más en los años, setenta, y parte de los ochenta la comunicación para el desarrollo, en consulta con las comunidades, teniendo en cuenta las culturas locales, sin embargo llegan a un momento en el que este modelo se convierte en una especie de manual que no da resultado, porque la comunicación tal y como nosotros la concebimos es un proceso, no es una receta. (Servindi Noticias, 2013)

Según el autor, no se trata simplemente de elaborar mensajes, sino de crear un proceso de participativo y a lo largo del mismo involucrar a las comunidades y las personas que participan en él, y que sean ellas quienes tomen las decisiones ya que es en esa toma de decisiones participativa en donde se generaran las innovaciones y la forma de hacer Comunicación para el Cambio Social.

Finalmente esta teoría recoge lo que ya se había trabajado en la Comunicación para el Desarrollo, pero añade a su propuesta hacerlo a través de la participación de la toma de decisiones y de la apropiación de los medios de comunicación por las comunidades, y cuando se dice apropiación, según Gumucio no se trata de acceso, es importante entenderlo, ya que se ha generado mucha confusión respecto a ello, “no es solamente darle un micrófono a un campesino, o a una mujer para que se exprese, lo que se busca es que esa mujer y ese



campesino tomen la decisión sobre qué tipo de comunicación quieren, eso es la comunicación para el cambio social” (Servindi Noticias, 2013)

Siguiendo en esta línea de comunicación participativa es importante para este estudio, reflexionar sobre el concepto del buen vivir, el cual surge desde la visión de los pueblos ancestrales indígenas-originarios; y que tiene como fin promover un paradigma:

Uno de los más antiguos: el "paradigma comunitario de la cultura de la vida para vivir bien", sustentado en una forma de vivir reflejada en una práctica cotidiana de respeto, armonía y equilibrio con todo lo que existe, comprendiendo que en la vida todo está interconectado, es interdependiente y está interrelacionado. (Mamani, F. H., 2010, p.11)

Para este apartado, tomaremos como referencia el trabajo del investigador aymara boliviano Fernando Huanacuni Mamani, Buen Vivir / Vivir Bien, la respuesta de vida de los Pueblos Indígenas, a través de un material audiovisual elaborado por la Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas, CAOI Andina, en el cual el especialista aborda este paradigma. Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas. (CAOI Andina, 2012)

Los términos utilizados en español para describir el vivir bien y buen vivir provienen de las lenguas aymara y quechua, “suma qamaña” o “sumak kawsay” utilizados en Bolivia, y Ecuador. (Mamani, F. H., 2010, p.13). Según Huanacuni Mamani este concepto es una invitación a vivir en armonía interna y a saber convivir con los demás, generando un equilibrio en la cultura, en donde la base sea el respeto a la vida y comprender que todo es importante. Según el investigador este paradigma es la respuesta a las crisis actuales, energética, económica, política, en el mundo occidental y la salida radica en aplicar las herencias ancestrales, heredadas por los abuelos y parar el deterioro de los recursos para así recuperar el equilibrio con la madre tierra.

Este nuevo paradigma busca un reconocimiento a nivel institucional del concepto de los estados plurinacionales, en donde las políticas públicas vayan en sentido del cuidado a la vida asimismo debe hacerse con los nuevos conceptos de desarrollo, las



tecnologías, las implementaciones, todo esto tiene que hacerse respetando el entorno y la tierra generando así nuevas industrias, nuevos conceptos de tecnología, pero siempre cuidando la vida. El buen vivir emerge no solo de una concepción filosófica, sino de una dimensión espiritual. Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas. (CAOI Andina, 2012)

Los conceptos de comunicación, cambio social y el buen vivir, se unifican en este apartado, debido a su afinidad de pensamientos asimismo reflexionan sobre la importancia de hacer los procesos y procedimientos relacionados al tema de la comunicación y el desarrollo de manera diferente, partir desde perspectivas distintas y reconsiderar que lo que hasta ahora se había empleado no está dando un resultado positivo.

2.5. COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

Una de las teorías surgidas dentro del paradigma de la Comunicación para el Desarrollo clásico es la de la Comunicación para la Salud. En sí, podría decir que la comunicación para la salud es una serie de procesos político-sociales educativos que crean, fomentan y promueven la concientización pública en cuánto a salud, a partir del accionamiento comunitario desde el ejercicio de derechos y responsabilidades toman decisiones, proponen y ejercen en pro del bienestar común dentro del contexto.

El ex comisionado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), PhD. Mario Mosquera (2003) hace un recorrido por los conceptos, teorías y experiencias de Comunicación para la Salud, en la cual hace referencia a la evolución de las definiciones de este campo, y como ha tenido cambios sustanciales en la planeación y la conceptualización utilizada en su desarrollo. De acuerdo con un documento de la Organización Mundial de la Salud (Healthy People 2010, volumen I), la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud.



Según Luis Ramiro Beltrán (2000) el empleo sistemático de medios de comunicación individuales, de grupo, masivo y mixto, así como tradicionales y modernos los medios informativos y los multimedia, son una herramienta de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales que cumplen los objetivos de los programas de salud pública.

No obstante, otros autores difieren en el manejo que se les debe dar a los medios de comunicación en la distribución de información para la salud, particularmente teniendo en cuenta la población objetivo y las necesidades de la audiencia. El autor trae a colación en este artículo a Gumucio (2001) y su posición frente al tema, en el cual el autor expone:

La comunicación ha sido concebida erróneamente como propaganda o como simple difusión de información. Los gobiernos, los actores internacionales y las ONG ven a la comunicación como una oportunidad de ganar visibilidad concentrando el uso de los medios masivos y otras actividades que generalmente tienen impacto en las ciudades y no en las áreas rurales más pobres. Como consecuencia, el autor expresa la necesidad de una comunicación para la salud comunitaria que esté basada en el diálogo. (p. 1- 6)

En la 23a. Conferencia Sanitaria Panamericana, en septiembre de 1990, hubo un especial interés en posicionar la comunicación social como una disciplina importante para la formación básica de personas, familias y comunidades. Más tarde, en las orientaciones estratégicas de 1995-1998 se planteaba que: El uso de la información como instrumento del cambio debe ser una esfera de trabajo importante. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) inició el desarrollo de los primeros programas de comunicación en salud en 1991 con el propósito de “apoyar a los Ministerios de Salud en el desarrollo de programas de comunicación que promuevan la salud y prevengan las enfermedades” (Castro, Coe y Waisbord, 2003, p.63).

Debido a lo reciente del tema, aún hoy en muchos escenarios, se observa una tendencia a exponer el concepto de salud en contraposición al placer. Resulta que la promoción para la salud apareció en sus inicios como un conjunto de pautas restrictivas más que bases que



posibilitaban la vida, lo que ha generado confusión con respecto a considerar la promoción y prevención algo exactamente igual.

Asimismo, la comunicación en salud en su inicio fue concebida como algo instrumental, considerándola una herramienta para manipular y controlar las conductas individuales y colectivas. Desde esa perspectiva era usada como instrumento para la persuasión, con un interés por entender qué motiva a las personas a abandonar o adoptar nuevos comportamientos, qué mensajes y canales son más eficaces para llegar mejor a la población y tener mayor influencia en ello; y por otro lado como trasmisión masiva de información, buscando que se adopten nuevos comportamientos pero sin educación, y con una mirada focalizada en la urgencia de resolver los problemas presentes, sin dar lugar a procesos a medio o largo plazo (Calvo, 2006).

La información por sí sola no es suficiente para cambiar el comportamiento. Hace falta “internalizar la información a un nivel más afectivo, emocional, en forma repetitiva, donde las normas sociales refuercen el nuevo comportamiento, y se pueda poner en práctica regularmente” (Castro, Coe y Waisboard, 2003, p. 14). La perspectiva de la promoción de la salud ha ido cambiando hacia su esencia profunda, al mismo tiempo que la comunicación en salud ha ido evolucionando.

Especialmente en la última década, la visión de la comunicación en salud como un fin, como algo completo, partiendo que la comunicación es algo humano. Esta perspectiva la concibe como el proceso de producción social de sentidos en el marco del contexto social y cultural donde se desarrolla, teniendo en cuenta que:

La salud se entiende también como un fenómeno social, una realidad presente en la vida cotidiana de los sujetos, una práctica social atravesada por procesos comunicacionales... Ya no se trata solo de enviar información y difundir el mensaje, sino de interactuar con los destinatarios, para construir sentidos colectivos y discursos que se refiera a sus necesidades y problemas percibidos, que se discutan y resignifiquen en sus espacios y ámbitos colectivos. (Díaz y Uranga, 2011, p. 115)



Hoy día la comunicación en salud tiene nuevas formas de entenderse y está llamada a crear espacios para la participación comunitaria, el trabajo en red y educación pertinente, que son aspectos claves de la promoción de la salud. Solo a través de una visión de la comunicación puesta al servicio del desarrollo de la salud es posible pensar que se puede consensuar, compartir y aprender conocimientos y prácticas que contribuyan al desarrollo social y que hagan que las personas y las comunidades adopten comportamientos de salud adecuados, lo que conduce a una mejor salud individual y colectiva (Calvo, 2006).

Como la comunicación no es solamente imaginar eslóganes ingeniosos, formatos novedosos o lenguajes sorprendentes, sino hacer política entendida como la animación de redes y procesos organizativos que hacen posibles objetivos de cambios propuestos de manera concertada, la comunicación debe actuar sobre tres dimensiones: política, organizativa y sociocultural (Bron, Zapezochny, Jait, Tufro, Casullo y Denguer, 2011).

Dentro de las experiencias en comunicación en salud en algunos campos de acción se encuentra la comunicación interpersonal y grupal, quizá el campo de acción más básico pero que al mismo tiempo representa un nivel de interacción constante dentro de cualquier escenario. La comunicación médico-paciente está evolucionando hacia una relación médico-usuario. “El rol del usuario se configura como un actor más formado, más activo que el de paciente; demandante de información; más autónomo respecto del médico; más consciente de su condición de cliente y de su capacidad de decisión” (Costa, 2011, p. 129). Es aquí donde se entra en una relación más igualitaria, que involucra a usuarios directos como indirectos como los familiares que también entra a formar parte de la relación por lo tanto del proceso de comunicación. Por otro lado, la comunicación grupal en salud, existen las redes o grupos, integrándose en este proceso el dominio de otras técnicas para el trabajo en grupo y liderazgo para darle un enfoque a la comunicación más adecuado.

Existe lo que se denomina periodismo sanitario, los usos tradicionales de esto se dieron bajo el esquema informacional de la salud (Díaz, 2011), en el que sostiene que la información por sí sola puede producir cambios hacia conductas saludables. Pero cuando se comprueba que es necesario la activación de otros componentes más allá de la información para lograr



cambios de conducta, igualmente los medios de comunicación continúan jugando un papel importante en el escenario de salud.

Forma parte de ese ámbito de acción aquella que surge de la necesidad por informar, capacitar y empoderar a las personas para que adopten medidas a favor de su salud ambiental, la comunicación de riesgo, como un elemento para fortalecer el conocimiento de la población en estos temas, así como para promover que los tomadores de decisiones establezcan políticas públicas exitosas que protejan la salud de la ciudadanía.

Es un intercambio de información a propósito en la interacción entre personas involucradas con respecto a salud, seguridad y amenazas ambientales y abarca cualquier comunicación que informe a los individuos acerca de la existencia, naturaleza, forma, severidad y aceptabilidad de un riesgo. (Moreno y Peres, 2011, p. 54)

Una comunicación más reciente dentro del ámbito de acción es la telemedicina. En este campo los pacientes han tenido acceso a hospitales a través de resultados médicos electrónicos (como el seguimiento a distancia utilizado para la captura de medidas específicas de enfermedad por vía electrónica, tales como glucosa en la sangre o signos vitales), registros personales de salud; y estos se han utilizado directamente a través de videoconferencia sincrónica entre médico y paciente para la atención especializada en salud (Shea, Weinstock y Starren, 2006). Esta comunicación se logra con la integración de la medicina, las telecomunicaciones, las tecnologías de información y la ingeniería biomédica. Presenta ventajas como la reducción de tiempos de atención, diagnósticos y tratamientos más oportunos, mayor calidad en el servicio, reducción de costos de transporte, atención continuada, posibilidad de interconsulta y mayor cobertura.

Las políticas comunitarias de salud también se encuentran dentro del ámbito de acción. El desarrollo de políticas a nivel micro es esencial en la ejecución de programas de promoción de la salud de base comunitaria (Labonte, 1987). Dentro de las organizaciones comunitarias que se establezcan para liderar procesos de salud, la comunicación en salud está presente en



la definición y puesta en marcha de políticas comunitarias (no gubernamentales) que busquen mejorar la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad.

Y por último se encuentra la comunicación interna en salud, Berceruelo (2011) la define como aquella que:

Alude al enmarañado flujo de mensajes que nacen, se reproducen y circula -en todas direcciones- en el seno de las organizaciones. Y se corresponde con aquella función gerencial que desarrolla la tarea de organizar y promover ese flujo de información que circula por los canales internos de la compañía y que contribuye a la obtención de resultados. (p. 29)

2.6. COMUNICACIÓN PARTICIPATIVA EN SALUD

Siguiendo con la reflexión teórica de Comunicación para la Salud, se abordará para el presente trabajo, la Comunicación participativa en salud, la cual parte del supuesto de que aquellos afectados por las decisiones relativas a salud y bienestar, deben estar involucrados en la toma de estas. Es decir, la efectividad de los programas y las campañas de comunicación orientadas hacia el cambio de actitudes y comportamientos, depende de la participación activa de la comunidad afectada en la implementación de estrategias de prevención o promoción que a su vez tengan en cuenta la realidad social y cultural de la comunidad (Mosquera, 2003, p.3).

El proceso de comunicación horizontal juega un papel esencial para posibilitar la participación de la comunidad de una manera igualitaria en la toma de decisiones que afectan sus vidas. Este proceso se basa en el diálogo, aunque se empleen distintos medios de comunicación, ya sean tradicionales o modernos. Cuando son utilizados por la comunidad, los medios masivos de comunicación tienen la posibilidad de actuar como instrumentos efectivos en la transmisión de conocimiento que promueva cambios sociales y conlleve a la sostenibilidad de las iniciativas (Mosquera, 2003, p.3).



Según Paulo Freire, el pueblo posee un conocimiento práctico, vital, empírico que le ha permitido sobrevivir, interpretar, crear, producir y trabajar por siglos con medios directos naturales. Este conocimiento popular tiene su propia racionalidad y su propia estructura de causalidad que empieza por tratar de entender en lo que tienen de propio y específico.

En las comunidades existe una filosofía espontánea contenida en el lenguaje (como conjuntos de conocimientos y conceptos), en el sentido común y en el sistema de creencias que, aunque es disperso a nivel general, tiene valor para articular la práctica diaria. Según lo expresado por Gumucio-Dagrón (2001) en *Comunicación para la Salud: el Reto de la Participación*:

Es importante que, durante la implementación de estrategias para la comunicación en salud, el compromiso de las comunidades implique no sólo la participación de estas en todo el proceso de diagnóstico, planificación y ejecución de los programas, sino también su cooperación en el fortalecimiento de las organizaciones sociales que finalmente permita que la población se constituya como un interlocutor válido y con poder suficiente para convertirse en parte activa de las intervenciones. (p.6)

El abordaje comunitario también constituye una metodología para la investigación en comunicación. La Investigación Acción Participativa (IAP) es una perspectiva que se caracteriza por ser un proceso metodológico sistemático, insertado en una estrategia de acción definida, que involucra a los beneficiarios de la misma en la producción colectiva de los conocimientos necesarios para transformar una determinada realidad social.

La Comunicación Participativa parte de un proceso continuo de planificación, acción, evaluación y vuelta a empezar; su principal interés es la acción con base en un proceso de reflexión y toma de conciencia que genera conocimiento colectivo entre los participantes, permitiéndoles interpretar, conocer y transformar la realidad. No existe un total acuerdo sobre las características que definen esta modalidad de investigación. Mientras unos conciben la IAP como un movimiento ligado a las acciones políticas y las intervenciones en procesos comunitarios, otros la consideran -como cualquier otro método de investigación- un



generador de nuevas teorías y metodologías que permiten un mayor conocimiento de la realidad social (Mosquera, 2003).

La IAP constituye una metodología de investigación que parte de unos supuestos teóricos. En esta línea de pensamiento teórico se utilizan métodos de autoevaluación de comportamiento que produzcan un incentivo consciente para cambiar conductas que son negativas. Las conductas saludables o no, están comprendidas por la deliberación y decisiones conscientes, procurando el pleno uso de la inteligencia. Por tanto, siendo el objeto de la comunicación en salud moralmente deseable, el sujeto forma su voluntad de manera activa, significativa y participativa.

En el área de la comunicación comunitaria también se destaca el modelo Precede de Green, conocido también como Precede-Procede. Este modelo supone una guía para la programación de las intervenciones en salud, realizando en primer lugar, un diagnóstico epidemiológico y social, tratando de identificar las necesidades prioritarias de salud en una comunidad.

Después del diagnóstico de comportamiento, se identifica qué problemas son los que están relacionados con el comportamiento y los que no lo están. Con estos resultados se realiza un diagnóstico comunicativo distinguiendo los factores predisponentes en el individuo, los factores ambientales o de naturaleza que hacen posible el comportamiento y los factores de refuerzo. Este modelo está basado fundamentalmente en las conductas individuales de la salud y no en la modificación y condiciones sociales que determina la conducta (Mosquera, 2003).

2.7. LA COMUNICACIÓN Y SU IMPORTANCIA EN LAS ONG

La comunicación es una herramienta imprescindible para las ONG a todos los niveles ya que para favorecer el cambio social que persiguen, para lo cual indudablemente la comunicación será imprescindible, deben tomar conciencia de que son entidades que por su sola existencia ya comunican como agentes sociales y generan una imagen que repercute en todas sus acciones.



Es importante recordar la filosofía de Villafaña J (s.f.) que afirma que las organizaciones no comunican únicamente a través del establecimiento de políticas o procesos de comunicación predefinidos, sino que comunican en todo momento; desde cuando emiten un mensaje hasta cuando callan, y es por ello que es importante no dejar librada al azar la comunicación de una organización.

Esto sucede también en el caso de las organizaciones sin ánimo de lucro que, a pesar de disponer de menos recursos que las empresas, deben gestionar su imagen y su comunicación e introducir la profesionalización de ambas para poder sobrevivir en un escenario complejo y competitivo como en el que actualmente se mueven, en el que dependen de la captación de fondos y de voluntarios para poder desarrollar su importante labor social.

La comunicación tiene una dimensión interna insoslayable. Según Weil (1992), comunicar el proyecto es “un acto que enuncia la vocación de la empresa, llama a la participación interna real, a la movilización externa y se apoya en valores clave en los que funda la ética de la empresa”. De aquí que la comunicación forma parte de la gestión porque crea unidad dentro de la organización y es el nexo por el cual la organización es comunidad en el sentido profundo de la expresión, y es este proceso comunicativo el que mantiene la fuerza motivacional interna de la entidad.

La comunicación organizacional permite coordinar distintos elementos que conllevan el logro de los objetivos y permite mantener un equilibrio óptimo dentro de la organización. A su vez contribuye a neutralizar los problemas que obstaculizan el desarrollo de la organización, a través de un conjunto de esfuerzos y acciones adaptativas tales como políticas, procesos, productos de comunicación, etc. (Egidos D y Páez L, 2000).

Es reseñable que las ONG, con especial énfasis en las que trabajan en países en vías de desarrollo, actualmente cumplen roles serios y permanentes ante las eternas crisis, fracturas y deficiencias de los diferentes sistemas gubernamentales. Estos roles las sitúan como fuerzas en pro del desarrollo a través de valores de justicia social, dentro de un marco contextual establecido. Por ello, crear una comunicación asertiva puede permitirles establecer simbiosis en la estructura con el resto de instituciones.



Para conseguir ello deben contar con un plan estratégico de comunicación. Una serie de acciones interrelacionadas que marcan el camino a seguir para la consecución de los objetivos trazados. Las acciones que conforman las estrategias comunicacionales se basan en variables multidimensionales como el tiempo, los recursos, las destrezas, las situaciones, etc.; las cuales agregan complejidad, pero también certeza para su ejecución. El plan estratégico debe incluir indicadores y aspectos que brinden retroalimentación en ciertas etapas, así mismo debe contener procesos participativos que reflejen la implementación experimental en el fortalecimiento del mismo a lo largo del tiempo.

Es esencial que el plan estratégico de comunicación mantenga los valores, filosofía y principios propios de la organización. Es en la razón de ser de cada una de estas variables y del contexto en el que surgieron, donde se encuentra adherida la finalidad social, y esta deberá transmitirse de manera contundente. Aunado a ello, como aspecto indisoluble de su actuación y trabajo se encuentra la transparencia en la gestión, que incluye los procesos de comunicación. Un talón de Aquiles para las entidades gubernamentales, que sin embargo para las organizaciones con fines sociales las convierte en pioneras lo que fortalece su institucionalidad y permite su expansión.

2.7.1. De la comunicación interna y la imagen

Joan Costa (2009), dice que la imagen de una organización es un fenómeno al mismo tiempo de percepciones y de experiencias por parte de los públicos; de comunicaciones, relaciones e interacciones entre ellos y la organización; de la conducta y trayectoria de ésta como actor social.

Afirma también que la imagen de la organización no es un concepto abstracto, un hecho inevitable o secundario, ni una moda, sino que es un instrumento estratégico de primer orden y un valor diferenciador y duradero que se acumula en la memoria social. Es un valor global agregado que recubre y trasciende todas las realizaciones, producciones y comunicaciones de la organización, a las que inyecta identidad, personalidad y significados propios y exclusivos.



Capriotti (1992) describe que la imagen es un producto del receptor, es una idea, concepto o actitud, que el receptor se forma como consecuencia de la interpretación de todas las informaciones que le llegan sobre algo o alguien. Por lo tanto, la imagen de una organización está representada por la actitud que tienen los públicos hacia la organización como tal, en cuanto a ser vivo, social y comunicativo, es la idea global que tienen sobre sus productos, sus actividades y su conducta.

Es decir, que la imagen que los públicos tienen de una organización es resultado de la interpretación que hacen éstos de la información o desinformación sobre dicha organización. A pesar de que toda entidad se comunica con diversos públicos, en diversos lugares, sobre diferentes temas, es necesario que se mantenga una imagen núcleo con los diferentes públicos que componen su audiencia (I Peris P, 2000).

Siendo la imagen de la organización el resultado de la suma de percepciones producidas en las mentes de las personas que forman las diversas audiencias con las que interactúa la organización, ésta debe ser una síntesis de la realidad de la organización y reflejar fielmente la cultura y los valores que en ella se viven. Por lo que es necesario adaptar permanentemente el mensaje corporativo a los cambios estratégicos de la institución (I Peris P, 2000).

La creación de la imagen de una organización está basada en la experiencia que los públicos tienen respecto a la organización y la confrontación con respecto a los mensajes que han recibido sobre la misma. El resultado de dicha confrontación es la percepción de sus públicos.

Kotler P y Armstrong G (2007) definen percepción como el proceso mediante el cual las personas seleccionan, organizan e interpretan la información para formarse una imagen intangible de algún sujeto, objeto, situación, o del mundo en general. Describen también que un mismo sujeto puede llegar a tener incluso diferentes percepciones del mismo estímulo, debido a la atención prestada, la distorsión sobre el mensaje recibido, y la retención de la información que sí se ha obtenido. La percepción que los públicos tienen sobre una organización, a través del tiempo y por medio de la comprobación, establecerá la reputación que dichos públicos tengan sobre la organización.



En este sentido, Costa (2009) afirma que la reputación de una organización está basada en la calidad de la imagen, el reconocimiento y la satisfacción de sus públicos.

Wilcox, Cameron y Xifra, (2006) definen reputación como la representación colectiva del rendimiento pasado de una organización que describe la capacidad de la institución para ofrecer resultados valorados a múltiples públicos estratégicos. Es decir, la reputación es el historial de una organización según sus públicos. Una buena gestión de la reputación constituye un factor clave para alcanzar el liderazgo.

El desarrollo de la reputación es una acción colectiva ya que depende fundamentalmente de los individuos y de la cultura organizacional que ellos profesan, es decir de las creencias, los significados y los valores compartidos por los propios miembros, que al manifestarlos en forma de actitud o de conducta colectiva establecen la percepción de terceros hacia la institución. Percepción que, al ser reiterada a través del tiempo, conforma la reputación de la organización. (Ritter M, 2004).

La reputación es propiedad del público, no se crea con el envoltorio o con eslóganes. Una buena reputación se crea y se destruye a partir de todo lo que hace una organización, desde la forma en que dirige a sus empleados, hasta cómo resuelve los conflictos con agentes externos.

Es a través de la comunicación interna que se planta la semilla de la imagen de una organización, y es quizá el área de mayor debilidad de las que repercuten directamente sobre las intervenciones, impactos y transformaciones que a diario realizan. Por una diversidad de razones, esta comunicación dentro de las ONGs se practica en una combinación de empirismo y formación esporádica, con los recursos y fuerzas con que se cuentan, teniendo en consideración las condiciones en las que se desenvuelven. La comunicación interna es tan importante como la labor que realizan a primera línea en la acción social que realizan-

Es en el seno de los individuos que conforman el equipo de la organización, donde la comunicación interna se forja, y consecuentemente la imagen. No resulta una tarea fácil, ya que siendo un grupo de personas comparten distintas perspectivas sobre la misión, visión,



filosofía, valores y acciones que realizan. Es la armonización de todas ellas a través de líneas de comunicación que establecen un tejido que engloban su desenvolvimiento diario y contribuye a la construcción de la imagen. Es a partir de ahí, cómo esta imagen llega al público por distintos medios, formas, métodos, y estrategias; y como puede ser interiorizada.

Por todo ello, aunque posiblemente la comunicación interna no sea priorizada por la mayoría de organizaciones no gubernamentales, considerarla y trabajarla resulta fundamental para su existencia.

2.7.2. De la comunicación externa

Como se ha mencionado anteriormente la comunicación externa está íntimamente ligada a la comunicación interna, y analizándola separadamente la comunicación externa conlleva una serie de planteamientos y aspectos que la definen. Es la comunicación que llegará al público desde el universo de cada organización, llega a través de diversos medios y formas, las cuales deberán estar incluidas dentro de la estrategia de comunicación. Cabe mencionar que el público al cual se dirige la comunicación externa comprende diversos grupos, y para cada uno de ellos hay pequeños caminos que se construyen para llegar a los objetivos previamente establecidos.

En términos generales los grupos que reciben la comunicación externa en una organización sin fines de lucro van desde los beneficiarios hasta los consorcios, potenciales voluntarios y donadores.

Los beneficiarios absorben la comunicación externa al pie de la línea de trabajo, se encuentran en contacto día a día con la organización y ésta les llega por diferentes medios. Una comunicación basada en servicios, programas, proyectos, acciones y actividades conjuntas donde organización y comunidad hacen simbiosis en la búsqueda del cambio social. En los consorcios, son la afinidad organizacional, el apoyo mutuo y la cooperación aspectos importantes a comunicar para realizar convenios o establecer sinergias, que es otra forma de comunicarse, organización con a organización, para trabajar *in situ* conjuntamente.



En relación a los voluntarios, se da una comunicación que en principio surge para conseguir su apoyo como recurso humano para trabajar en las organizaciones sin fines de lucro, pero que deviene de un espíritu social-transformador y apela a nuevas formas de concebir el mundo.

Por último, se encuentran los donantes, ya sea personas individuales u organizaciones que apoyen a través de subvenciones programas, proyectos y actividades a la organización. A ellos la comunicación debe transmitirles la esencia de su existencia y sus prioridades, y apelar a la financiación a través del análisis, las evaluaciones, los resultados, la investigación y las propuestas que permitan llegar a contratos sobre la sostenibilidad de sus acciones.

Además, con independencia del público a quién se dirija, la comunicación externa para las organizaciones no gubernamentales y sin fines de lucro deberá contener aspectos como la constancia, la concreción, la eficacia, la claridad, la responsabilidad, la transparencia, la ética, la eficiencia socio-cultural y la justicia. Así como el público receptor de la comunicación externa influye sobre las estrategias y formas para desarrollarla, también se destinan herramientas y medios propios para cada caso.

Cuando se dirige a los beneficiarios y consorcios la comunicación es físicamente cercana y se sustenta en mecanismos más familiares, y debe procurar trasladar información, educar, concientizar, y trabajar conjuntamente.

En el caso de voluntarios y donantes, resulta interesante que estos suelen provenir de lugares distintos a dónde la organización desarrolla sus actividades, y en su mayoría, de países desarrollados. Esto implica distancia, que deriva en lejanía, lo que significa que deben de utilizarse medios tecnológicos que permitan en principio crear cercanía, según las necesidades de cada situación.

Cuando la comunicación externa se dirige a voluntarios y donantes, se introducen otras dificultades. Cabe mencionar la legitimidad, la confianza o la transparencia. Las redes sociales a través de internet se han vuelto una herramienta y un espacio al mismo tiempo, potente para reafirmar la imagen de la organización, y trasladar de manera contundente



respuestas a todas esas inquietudes y dificultades que se suelen presentar. La actualización en tiempo real sin importar el punto del mundo donde se encuentren la organización y los donantes/voluntarios, supone una ventaja para transmitir la seguridad y confianza necesaria para mantener una comunicación fluida, estrecha y natural que logre hacer un agente activo participe del cambio social al voluntario o donador.

Tan grande como la lucha social que estas organizaciones enfrentan a diario, es la que supone para ellas comunicarse externamente.

Una de las áreas que es importante trabajar son las relaciones públicas. Wilcox, Cameron y Xifra (2006) afirman que para las organizaciones sin ánimo de lucro la práctica de las relaciones públicas en su nombre difiere en cierta medida de la práctica del mundo empresarial. Para muchas organizaciones sin ánimo de lucro, obtener fondos es una necesidad que ocupa buena parte de su actividad, ya que sin estas contribuciones no podrían existir. La donación de dinero de forma constructiva es una tarea más compleja de lo que la mayoría de la gente puede pensar. Los requisitos de la entidad deben darse a conocer a los potenciales beneficiarios de las ayudas, deben evaluarse innumerables solicitudes y por último anunciar las ayudas concedidas.

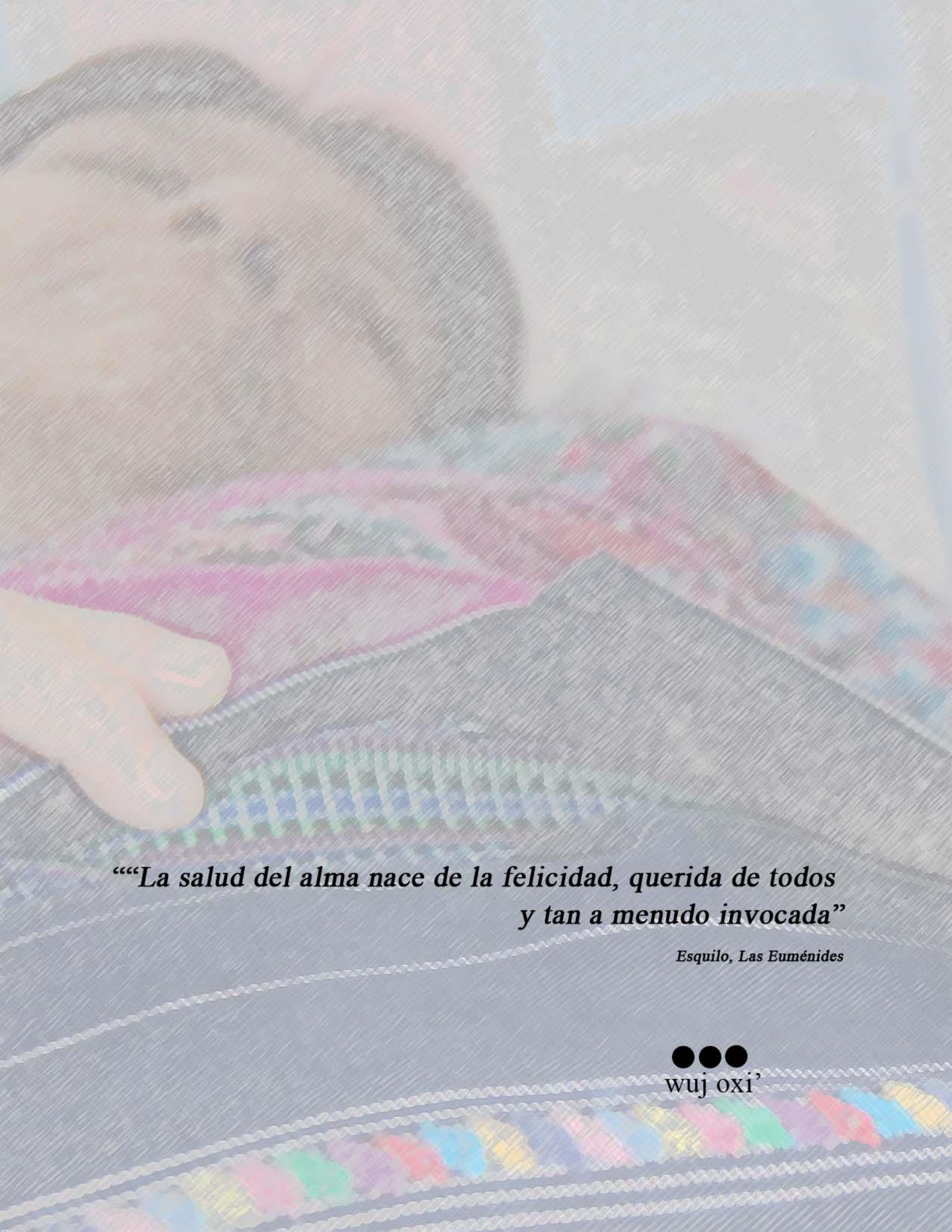
La captación de fondos corresponde a un conjunto de acciones llevadas a cabo por una organización sin ánimo de lucro, para obtener donaciones para su financiamiento o para una determinada causa o propósito. La obtención de los fondos necesarios para desarrollar las distintas actividades es un problema crucial, por lo que a través de las relaciones públicas se busca participar directamente en la captación de fondos por medio de la identificación y estructuración de públicos objetivos, organización de eventos e implementación de campañas.

Según Wilcox, Cameron, Xifra (2006) toda organización no lucrativa que requiera de voluntarios debería establecer su propio conjunto de metas en relaciones públicas, y desarrollar un programa que atendiera los siguientes objetivos fundamentales:



- Fomentar el conocimiento por parte del público del propósito y actividades de la organización
- Inducir a los individuos a utilizar los servicios que la organización pone a su disposición
- Crear materiales educativos
- Reclutar y formar voluntarios
- Obtener fondos para financiar las actividades de la organización

Al mismo tiempo, deberán realizarse campañas de comunicación con fines sociales dirigidas a la comunidad en la que la organización trabaje y a la sociedad en general, no olvidándose del papel socialmente legitimado que tienen estas entidades como emisores de mensajes que apelan a la dignidad humana, el bienestar común y la mejora de la sociedad. Siempre en línea con la eficiencia social y cultural antes mencionada (Nos, E., Iranzo, A., & Farné, A., 2012) , ya sean campañas con objetivos directamente relacionados con la captación de recursos u otras con objetivos más amplios relacionados con los fines de la entidad, como sería deseable que se sistematizara para dar un giro definitivo a la comunicación del sector.



*“La salud del alma nace de la felicidad, querida de todos
y tan a menudo invocada”*

Esquilo, Las Euménides

●●●
wuj oxi'



CAPÍTULO 3.
LA SALUD EN GUATEMALA: CONTEXTO,
INSTITUCIONES Y COMUNICACIÓN



3.1 MARCO INSTITUCIONAL DE LA SALUD A NIVEL MUNDIAL

Para poder abordar el marco específico de la salud en el caso de Guatemala, consideramos necesario retomar aquí las instituciones que a nivel macro se relacionan con el tema de la salud, planes, acciones y estrategias y como estas repercuten a nivel micro o de país.

Partiremos de la **Organización de las Naciones Unidas** (ONU) la cual es una asociación de estados soberanos que persigue como fin primordial el mantenimiento de la paz y de la seguridad internacional mediante órganos propios. Desde su creación, las Naciones Unidas participa activamente en la promoción y la protección de la salud a nivel mundial. La **Organización Mundial de la Salud** (OMS) es el organismo que se encuentra al frente de esta labor. Su Constitución entró en vigor el 7 de abril de 1948, una fecha en la que ahora se conmemora el Día Mundial de la Salud (ONU, 2013). En un primer momento, se decidió que las prioridades de la (OMS) serían la malaria, la salud de las mujeres y los niños, la tuberculosis, las enfermedades venéreas, la nutrición y la contaminación. Sin embargo hoy en día muchas de estas cuestiones continúan en el programa de la OMS junto con otras enfermedades relativamente nuevas como el VIH/SIDA, la diabetes, el cáncer y enfermedades emergentes tales como el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS) el ébola o el virus del Zika. (ONU, 2016)

Ambas instituciones, abordan la salud como derecho de los seres humanos, por un lado la organización Mundial de la Salud establece en su constitucion que; “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.” (OMS, 2015) El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente. Asimismo, la Declaracion Universal de los Derechos Humanos, (ONU, 2013) establece la salud como derecho fundamental y básico ya que sin él es imposible acceder a otros derechos más complejos relativos a lo social y lo político. Así, en el Artículo 25 dice: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”, de la Declaracion Universal de los Derechos Humanos (ONU, 2013).



Es por ello que no sólo en las Declaraciones Universales el derecho a la salud aparece entre los primeros derechos fundamentales, sino también en las constituciones o cartas magnas que vertebran las distintas normativas nacionales y que finalmente acaban asumiendo las distintas estructuras de gobiernos regionales y locales, más cercanas al usuario de todo servicio de salud.

En esta línea existen otras insituciones que trabajan de manera conjunta y a nivel mundial en el tema de la salud, dentro de ellos se puede mencionar a la **Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación** (FAO, 1945) un organismo especializado que busca elevar los niveles de nutrición y de vida, incrementar la productividad agrícola y mejorar la condiciones de la población rural. Desde sus inicios, las actividades de la (FAO) se han orientado a mitigar la pobreza reducir el hambre promoviendo el desarrollo agrícola, una mejor nutrición y la búsqueda de la seguridad alimentaria, definida como el acceso de toda la población en todo momento a los alimentos necesarios para llevar una vida activa y saludable. Una prioridad específica de (FAO) es fomentar la agricultura y el desarrollo rural sostenible, estrategia de largo plazo para incrementar la producción de alimentos y la seguridad alimentaria a la vez que se conservan y ordenan los recursos naturales.

Por otro lado, si atendemos al continente Americano, es necesario mencionar en primer lugar a la **Comisión Económica para América Latina y el Caribe** (CEPAL, 1948) que fue establecida por una resolución del Consejo Económico y Social de 1948 y comenzó a funcionar ese mismo año. La (CEPAL) es una de las cinco comisiones regionales de las Naciones Unidas y se fundó para contribuir al desarrollo económico de América Latina, coordinar las acciones encaminadas a su promoción y reforzar las relaciones económicas de los países entre sí y con las demás naciones del mundo. Posteriormente, su labor se amplía a los países del Caribe y se incorpora el objetivo de promover el desarrollo social (CEPAL, 1948). Transcurrido medio siglo desde su fundación esta comision hace aportes relevantes para el desarrollo regional y sus teorías y visiones se escuchan en muchos lugares del mundo.



Otra institución que se suma a este mapa, es la **Oficina Sanitaria Panamericana**, la cual se convierte en el ente Regional de la (OMS) para las Américas, según la resolución de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902), que recomendó celebrar "una convención general de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas". Esta convención estableció un consejo directivo permanente que se denominó Oficina Sanitaria Internacional, precursora de la actual Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Los propósitos fundamentales de la (OPS) son la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países de la Región de las Américas para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el bienestar físico y mental de sus habitantes. Por su parte, en el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** de 1966, en su Artículo 12, se describe así: "Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental"(ONU, 1966)

Realizado ese breve recorrido, por las instituciones más relevantes que se involucran y regulan el tema de Salud, a nivel mundial y específicamente en América, pasamos a continuación a profundizar en el caso de Guatemala que, como veremos más adelante, a través de su marco regulatorio, El Código de Salud (1996) ha tratado de llevar a la práctica estas líneas previamente establecidas.

3.2. MARCO INSTITUCIONAL DE LA SALUD EN GUATEMALA

Guatemala forma parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, y por tal tiene la obligación de cumplir los principios, estándares, derechos y posibilidades planteadas en los tratados internacionales en materia de derechos humanos de los que se ha aceptado su competencia.

Así, la Constitución Política de la República de Guatemala en su artículo 46, establece la preeminencia de los tratados internacionales de derechos humanos en el ordenamiento



interno. En este sentido es vital que, en la aplicación del derecho interno y el derecho establecido en los tratados, no se invoquen las disposiciones de derecho interno como justificación del incumplimiento, tal y como lo establece el artículo 27 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados.

En la siguiente figura, se esquematiza para explicar cómo se estructura el sistema de salud en Guatemala a nivel institucional, y en relación a las instituciones que actúan a nivel mundial antes mencionadas. Un sistema que sienta sus bases en la atención primaria, siendo este el punto de partida del cual se llega hacia los demás niveles, donde a través de las flechas se van conectando y mostrando cómo cada uno se interrelaciona, intentando así la tarea de ofrecer sanidad.



Figura 2. Mapa institucional de la salud a nivel mundial y nacional (caso Guatemala)

Fuente: Elaboración propia



Los tres niveles de atención; primero: Puestos de salud; segundo: Centros de Salud; tercero: Hospitales, todos se relacionan dentro del sistema y cada uno de ellos tiene funciones específicas y concretas. Es a partir de esta figura que busco mostrar cómo se concibe y funciona el sistema sanitario guatemalteco.

3.2.1. Estructura y Cobertura

El sistema de salud de Guatemala está compuesto por dos sectores; público y privado. El primero comprende al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), cuenta con 44 hospitales, más de mil Puestos de Salud, y posee alrededor de 20 mil empleados, es el encargado además de llevar el liderazgo en todos los procesos, definidos en las políticas de salud del gobierno, además de llevar la responsabilidad en el tema de regulación y conducción. El Ministerio comparte con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales el aseguramiento, provisión de servicios, financiamiento y funciones esenciales de salud pública.

El segundo es el Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS), que ofrece cobertura a un 18 por ciento de la población y es financiado por los trabajadores. Es importante mencionar que los servicios y las medicinas no tienen costo, pero los patronos descuentan a los empleados un porcentaje mensual para mantener esos centros y nadie más que los afiliados pueden hacer uso de ellos. Por otro lado, se encuentra la Sanidad Militar del Ministerio de Defensa y Gobernación los cuales ofrecen servicios de salud a los miembros de las fuerzas armadas y de la policía, respectivamente. El sector público, está integrado por; el Ministerio de Salud, el Instituto de Seguridad Social y a la Sanidad Militar.

Por su parte el sector privado está compuesto por organizaciones de la sociedad civil y/o religiosas, dentro de este sector se sitúan también las Organizaciones no Gubernamentales (ONGS), las cuales se presentan como una alternativa en la cobertura de atención en salud, y muchas de ellas brindan estos servicios sin ningún costo o a uno muy asequible en poblaciones indígenas o de alto riesgo. Para mostrar la dinámica de cómo se estructura este sistema se expone la Figura 3.

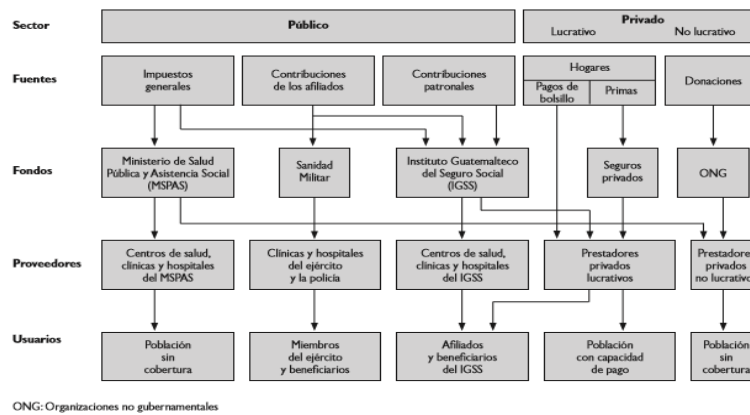


Figura 3. Organigrama del sistema de Salud en Guatemala
Fuente (MSPAS, 2009)

Como se puede observar en la gráfica este sistema de provisión de servicios en el país tiene la característica de ser fragmentado y segmentado, ya que no existen enlaces funcionales ni separación de funciones entre subsistemas y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria que tiene acceso a servicios diferenciados. Es importante recordar que tanto el Ministerio de Salud como el Instituto de Seguridad Social brindan atención en sus hospitales, centros de salud y puestos de salud, sin que exista coordinación entre las unidades de una institución y la otra. La Sanidad Militar cuenta también con sus propios hospitales y enfermerías para dar atención a sus beneficiarios. De igual manera, el sector privado provee servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados. A pesar de que la Constitución establece el derecho de todos los ciudadanos a este servicio, en realidad la cobertura de los últimos años es deficiente.



Figura 4. Cobertura de atención sanitaria según las instituciones que conforma el sistema.
Fuente: Propia con datos (Becerril-Montekio, V., & López-Dávila, L., 2011).



Ante esta situación, es importante conocer los grupos beneficiarios por cada ente de salud que existen dentro del sistema de salud nacional.

Tabla 1
Beneficiarios del servicio

Ministerio de Salud (MSPAS)	Instituto de Seguridad Social (IGSS)	Sanidad Militar	Sector Privado	ONGS
Todos los guatemaltecos y de forma gratuita.	Trabajadores asalariados y sus familias.	Personal militar a través de acciones de prevención y promoción de la salud, de hospitalización y de rehabilitación.	Los beneficiarios de los planes privados de seguros cubren las primas correspondientes ya sea a título personal, o como parte de las prestaciones que ofrecen sus empleadores.	Las ONG ofrecen servicios de aproximadamente cuatro millones de habitantes, sobre todo en áreas rurales del país.

Nota: Beneficiarios del sistema de salud, divisiones por cada institución.

Para la seguridad social; los trabajadores asalariados y sus familias. En esta dinámica tanto el cónyuge como los hijos menores de cinco años, tienen derecho a recibir atención en salud. Lo mismo sucede en los casos de maternidad, para las trabajadoras afiliadas como las esposas o mujeres cuya unión cumpla con las reglamentaciones concernientes, tienen acceso a esta atención. Según la ley, se trata de un “régimen nacional, unitario y obligatorio” (Fuenzalida, P. N., 1977) destinado a garantizar la participación financiera de empleados y empleadores, así como a evitar duplicación de los esfuerzos. No obstante, salvo por lo que se refiere a la atención de accidentes, las posibilidades reales de acceso se hallan limitadas por los programas existentes en cada departamento. Ciertas barreras de ingreso, como la inexistencia de disponibilidad de los programas del IGSS en algunos departamentos, impiden la afiliación de los empleados de empresas pequeñas o de las personas que trabajan por cuenta propia, lo cual deja claro que una buena parte es excluida.



La Sanidad Militar cubre al personal militar y realiza actividades de docencia e investigación y apoya a la población civil en casos de emergencia y desastres. No obstante, la cobertura efectiva de la Sanidad Militar alcanza a un porcentaje mínimo de la población inferior a 0.5 por ciento. Finalmente, los beneficiarios de los planes privados, son el único grupo de la población que cuenta con los recursos económicos para pagarse este servicio, el porcentaje es pequeño, pero en los últimos años, ha ido creciendo.

El aseguramiento público y privado, conformado por; el (IGSS), el sector privado y la Sanidad Militar, en conjunto, sólo cubren aproximadamente un 25 por ciento de la población, dejando a más de tres cuartas partes de los guatemaltecos formalmente en manos del Ministerio de Salud y de unas 90 ONG, estas últimas, ofrecen servicios aproximadamente a cuatro millones de habitantes. De acuerdo al Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009, en 2007 alrededor de 6 por ciento de la población no contaba con ningún acceso a servicios formales de atención a la salud (Becerril-Montekio, V., & López-Dávila, L., 2011, p.201).

Tanto la estructura como la cobertura del sistema sanitario de Guatemala ha ido cambiando a lo largo de los años, ha pasado por diversos sucesos y ha adoptado actividades, proyectos, leyes, estrategias y tratados. Momentos claves en la historia que han modificado la estructura del sistema, y por ende la cobertura al ser un indicador íntimamente relacionado al funcionamiento y operación del sistema en todos sus niveles. Las siguientes figuras muestran puntos de procesos en la historia en el país, y buscan sintetizar la serie de modificaciones o reestructuraciones sufridas para la comprensión del estado en la actualidad del derecho a la salud.

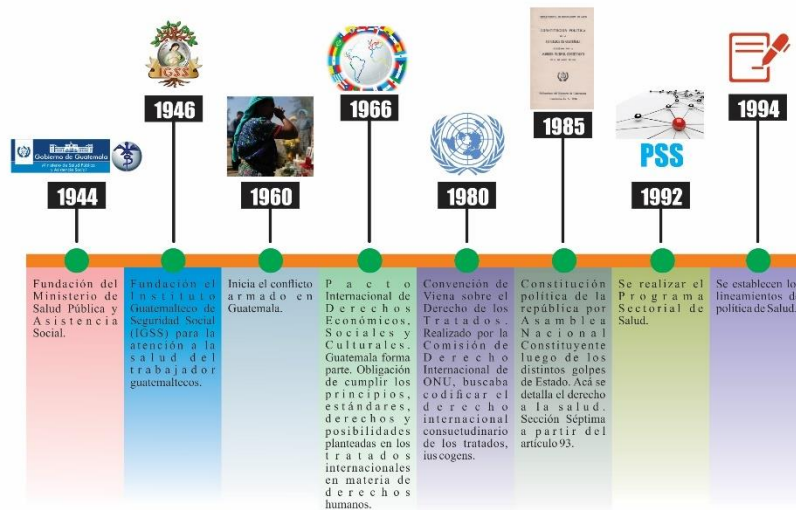


Figura 5. Línea de tiempo en salud de Guatemala.

Fuente: Elaboración propia

3.2.2. Hito que cambia la historia y la estructura del sistema de Salud

En el año 1996, con la firma de los acuerdos de paz, se da un nuevo impulso al sistema de salud, el cual dictaba un incremento en el gasto público, especificando que los fondos tendrían que emplearse para ampliar los servicios de salud hacia las zonas rurales marginadas. El término del conflicto armado interno marca otro suceso relevante para el sistema sanitario del país, a partir del cual entran en escena las organizaciones no gubernamentales en relación con el sistema público de salud, marcando un hito que provoca un vuelco estructural dentro del para entonces desfragmentado y excluyente sistema como se observa en la Figura 6.

Es importante antes de avanzar hacer una pausa y reflexionar sobre un evento previo al cese al fuego que modificó la estructura y la forma en la que actuaba el sistema.

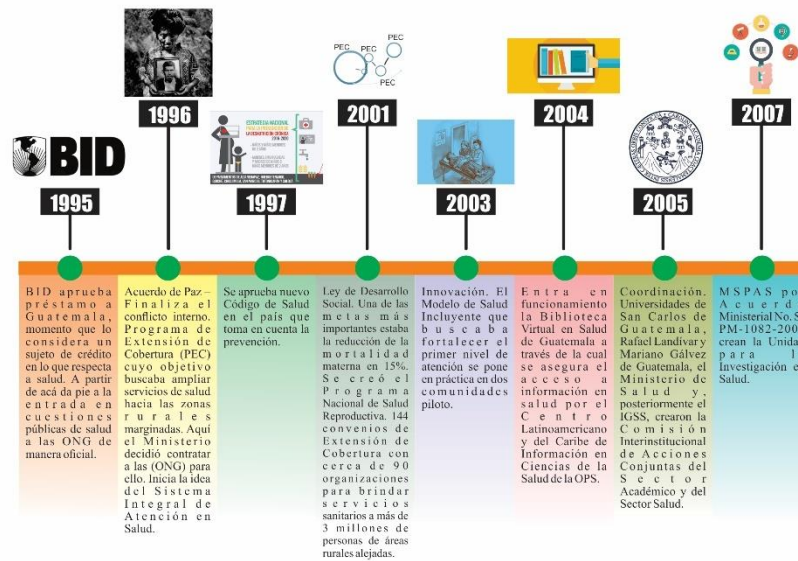


Figura 6. Línea de tiempo en salud de Guatemala parte II.

Fuente: Elaboración propia

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) lanzó una propuesta, a todos los países en vías de desarrollo, la cual se centraba en pedir, una reforma a sus sistemas de Salud Pública a cambio de créditos. (Akin, J. S., Birdsall, N., & De Ferranti, D. M., 1987)

Los servicios prestados por el sistema corrían a cargo de (MSPAS), al menos así lo fue hasta el año 1995. Justo con la firma de la Paz, se incorpora esta reforma la cual implementó los programas de extensión de cobertura (PEC), “programas que llegarían a lugares donde no existían puestos de salud. El área rural tendría cobertura del primer nivel de atención. Estas áreas serían cubiertas por organizaciones no gubernamentales. En principio fueron subsidiadas por el (BID), luego el gasto fue asumido por el gobierno. También se delegaron múltiples servicios dentro de los hospitales a terceros, como los patronatos. Y es de esta forma que inicia la implementación de la reforma a la Salud”, manifiesta el médico Gustavo Estrada, vicedecano de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar (URL) (Hernández, 2015)

Según el experto entrevistado por el periódico digital Plaza Pública, con la llegada de los programas de extensión de cobertura (PEC) fue necesaria la creación de la Oficina Nacional del Programa Sectorial de Salud que definió las áreas de salud que serían parte del plan piloto



del nuevo modelo de atención, para los municipios de; Escuintla, Chiquimula y Alta Verapaz. Y entonces, sólo entonces, el Ministerio desde 1995, llenó los requisitos y exigencias del BID para que el país fuera declarado “sujeto de crédito en lo que respecta al sector salud”. (Hernández, 2015)

A partir de esos momentos el sistema de salud público sigue sufriendo modificaciones y reformas, desde la introducción de acciones en la búsqueda de la prevención de enfermedades recurrentes, innovaciones en el sistema, entes de investigación hasta la Ley de Desarrollo Rural que fue largamente discutida y revisada para finalmente ser aprobada donde resaltaba atención al grupo materno infantil y el ámbito de salud reproductiva.

En el año 2012 el sistema sanitario empieza a mostrar puntos críticos de una crisis que arrastraba por décadas, hospitales, puestos y centros de salud iniciaron a cerrar sus puertas para la atención a la población; al mismo tiempo que realizaban manifestaciones públicas por evidenciar las carencias y consecuencias de esa crisis. Este ambiente se mantiene en los siguientes años con servicios intermitentes e inestables, finalmente en el año 2014 el gobierno veta a las organizaciones no gubernamentales que prestaban servicios para el sistema público de salud y al año siguiente el sistema nacional colapsa.

Esto se une a procesos políticos sociales de corrupción gubernamental interrelacionados que agravan la situación, y como una medida extrema en 2016 el gobierno decide volver a contratar a 45 (ONG) para seguir con el soporte al sistema de salud. La siguiente figura es una puntual infografía del transcurrir de los años en el sistema sanitario nacional.

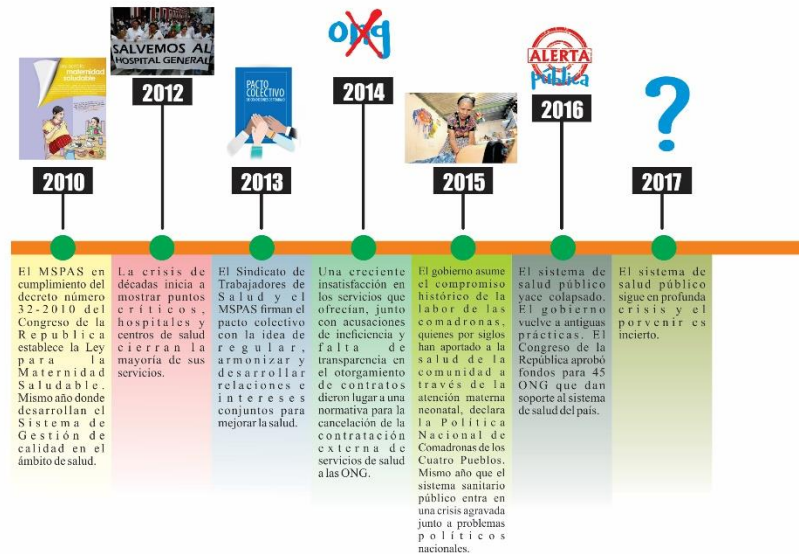


Figura 7. Línea de tiempo en salud de Guatemala parte III.

Fuente: Elaboración propia

3.2.3. Fuentes de Financiamiento

Otra característica importante a tomar en cuenta en este apartado, es el tema de la financiación; el financiamiento de la salud proviene de las siguientes fuentes: gobierno central, empresas, hogares, y cooperación internacional. En la Figura 8 podemos observar, como 4 sectores que integran el Sistema de Salud, reciben recursos del Estado.



Figura 8. Recursos financieros que reciben las diferentes instituciones de parte del Estado.

Fuente: Propia con datos (Becerril-Montekio, V., & López-Dávila, L., 2011).



El Ministerio de Salud, recibe recursos provenientes de ingresos fiscales del Estado, de asistencia, préstamos, donaciones internacionales y, de manera poco significativa, de cuotas recibidas por los servicios prestados. La Seguridad Social (IGSS), lo hace a través de las contribuciones del 10 por ciento de los trabajadores afiliados, los empleadores, y el Estado. Por su parte la Sanidad Militar depende también de recursos presupuestales del Estado asignados al Ministerio de la Defensa, aunque a ello también se le suman las cotizaciones de los militares jubilados y sus dependientes, así como de administradores del ejército que deciden afiliarse de manera voluntaria y cuyo monto es determinado por el Ministerio de la Defensa Nacional.

Es importante destacar que estos tres sectores, reciben financiamiento del Estado sin embargo dos de ellos solo proveen de asistencia a usuarios determinados, es decir a trabajadores del estado o del sector privado, dejando de lado a la población más vulnerable, la que no encaja en ninguno de estos sectores, pero que según este modelo, encontraría respuesta en Ministerio de Salud, sin embargo en la práctica esto no es así, y si a esto le sumamos un sistema de recaudación fiscal débil y deficiente, no hay recursos que alcancen y mucho menos que pueda repartirse de manera proporcional o equitativa para ofrecer salud para todos.

Esta situación trae como consecuencia otra variable que se suma a este complejo sistema, la salud privada, la cual a través de servicios médicos privados que vienen de la mano de aseguradoras, nacionales o internacionales, encuentran en esta ecuación, un perfecto nicho de mercado. Alrededor del 92 por ciento, del sector privado funciona con base en pagos de bolsillo, mientras que sólo la población perteneciente a los dos quintos más ricos y predominantemente urbanos tiene acceso a planes privados de salud (W., 2008). Lo que en un principio surge como una alternativa a una atención diferenciada y mucho más cara a la que el Estado ofrece, representa hoy en día una alternativa que va en aumento considerablemente y se puede ver con más frecuencia exclusivos y lujosos complejos de clínicas, centros de atención y hospitales ubicados en zonas de clase media instalados en las afueras de la ciudad y su acceso depende de los ingresos salariales del usuario (Becerril-Montekio, V., & López-Dávila, L., 2011).



En noviembre de 2015, la Corporación Banco Industrial y Seguros El Roble presentaron en Guatemala, los centros hospitalarios La Paz, este proyecto consta de cinco hospitales, centros de diagnóstico y clínicas de atención ambulatoria para atender a los asegurados. Fernando Coma, gerente de los hospitales, comentó que tienen 15,000 afiliados, mismos que equivalen a unas 40,000 pólizas y que a la fecha han cubierto un promedio de 2,300 emergencias al mes.

Sin embargo respecto a este tema, los expertos; Walter Flores, coordinador del Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud en Costa Rica y Juan Manuel Santos, coordinador general de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, consideran que palear las enfermedades a través de la iniciativa privada y la adquisición de seguros no es la solución ideal para atender a la población y mejorar la calidad del servicio, ya que sólo aquellas personas con salarios mayores al mínimo podrán costearlo. Además, rechazan la utilización de seguros porque consideran que la salud es un derecho humano y las aseguradoras excluyen a quienes tienen enfermedades crónicas o congénitas. (Menchú, 2016)

El panorama para este sistema y sus fuentes de financiación es escaso, esto trae consigo una operación ineficiente, como se ha podido observar y también ha sido formalmente reconocido en su propio Plan Estratégico para el periodo 2014-2019, “El presupuesto del Ministerio de Salud ha aumentado en los últimos años, sin embargo, sigue siendo insuficiente para atender las necesidades de una población pobre, dispersa y en crecimiento constante.” (MSPAS, 2014b). El gasto público de salud en el año 2010 fue el 2.5% del PIB y según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es el más bajo de Centroamérica (OPS, 2006).

De la misma forma sucede en el sector privado, el gasto per cápita asciende a Q919.00 de los cuales Q815.00 corresponden al gasto de bolsillo per cápita, es decir del usuario de estos servicios (MSPAS, 2012,10).



Tabla 2
Gasto presupuestario para el sistema de Salud año 2010

Institución	Asignación presupuestaria
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Q 524.00
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) * (cuenta sumado a ello con financiamiento de los afiliados)	Q 247.00

Nota. Es importante tomar en cuenta, que la asignación presupuestaria que provee a este servicio, debe dividirse entre todas sus instituciones, generando con ello un gasto que supera su presupuesto.

3.3. EL PAPEL DE LAS ONG EN EL MARCO INSTITUCIONAL DE SALUD

Como se ha mencionado anteriormente las ONG, surgen de la necesidad, ante la poca cobertura que tiene el sistema de salud, tanto público como privado en Guatemala. En este sector participan instituciones de la sociedad civil (OSC) y/o religiosas que operan sin fines de lucro, en su mayoría. En 1998 se formó en Guatemala, la Instancia Nacional en Salud (INS): Una red o grupo de organizaciones no gubernamentales (ONG), cooperativas, organizaciones de promotores y comadronas y otras organizaciones sociales. Actualmente la INS no está activa, pero fue creada con el objetivo de realizar investigaciones y estar capacitados para elaborar propuestas que logren mejorar el sistema público de salud. En los últimos 20 años, algunas (ONG) fueron contratadas por el Ministerio para prestar servicios de salud en zonas rurales, jugando un papel importante en la expansión y mejoramiento de los servicios de salud a nivel nacional.

Este sector ha enfrentado numerosos retos a la expansión de sus servicios de manera directa, el Ministerio de Salud decide contratar (ONG), como parte de la reforma del Programa de Extensión de Cobertura (PEC), programa que creció rápidamente hasta abarcar a aproximadamente 2.9 millones de personas para el año 2000 (Lao Peña, 2013, p.4). A partir de este programa se echó a andar el Sistema Integral de Atención en Salud, basado en el establecimiento de contratos con (OSC) que se comprometieron a llevar atención a la salud a la población sin acceso a establecimientos públicos, fundamentalmente a las comunidades



indígenas de zonas rurales. En 2001 se habían suscrito 144 convenios de este tipo con alrededor de 90 de estas organizaciones para que se ampliara la cobertura de servicios a más de tres millones de personas de áreas rurales alejadas. Los contratos se centraron en la prestación de servicios materno-infantiles, prevención y tratamiento de enfermedades como la malaria.

Ese mismo año con la promulgación de la Ley de Desarrollo Social, sobre cuya base se definió la Política de Desarrollo Social y Población que incluía metas como la reducción de la mortalidad materna en 15 por ciento, se crean establecimientos destinados a atender las emergencias obstétricas en los lugares con mayores tasas de mortalidad materna e infantil. En colaboración con agencias de la (ONU) y diversas organizaciones civiles y no gubernamentales se realizó el informe Línea Basal de Mortalidad Materna. Este informe debía medir el impacto de las acciones, coordinar los esfuerzos de instituciones y organizaciones vinculadas con el tema y definir criterios sobre los múltiples determinantes socioculturales del problema. Sin embargo, una creciente insatisfacción en los servicios que ofrecían, sobre todo en las comunidades indígenas junto con acusaciones de ineficiencia y falta de transparencia en el otorgamiento de contratos dieron lugar a una normativa que prohibía la contratación externa de servicios de salud a las (ONG) y a la cancelación de la mayoría de los contratos del Ministerio con las (ONG) durante el otoño del año 2014.

Las ONG han estado presentes en todo el proceso de cambio, reestructuración y creación de iniciativas en la problemática salud en Guatemala, como se observó en 2002 que surge la propuesta del Modelo de Salud Incluyentes (MIS) que era una labor conjunta entre lo gubernamental y experiencia de la iniciativa privada sin fines de lucro, que se llevó a cabo a nivel piloto en dos comunidades. Por décadas cuando se habla de salud en el país, es imperativo analizar y profundizar en el rol de las (ONG) en la problemática. No cabe duda que cubren una necesidad latente, pero que desde el momento que se oficializan vínculos gubernamentales la dinámica se vuelve compleja. Inician los debates sobre la elección de éstas bajo criterios de intereses que dejan de lado el derecho pero se hasta las barreras que aquellas (ONG) que no tienen vínculos gubernamentales se cierran totalmente a tener relación alguna con cualquier institución pública, dando como resultado nuevamente una cobertura fragmentada y dispersa.



A pesar de la medida legislativa de cancelar contratos con las (ONG) para finales de 2016, el Congreso de la República aprobó fondos para 45 ONG, cuestión remarcable debido a que antes de aprobar dicha medida, solo se otorgaban fondos a 18. El inconveniente con esta medida es que el aumento de 27 organizaciones representa el presupuesto que se destina a esta cartera. En su momento diputados elaboraron varias enmiendas para el presupuesto del Ministerio de Salud, además de presentar 24 reformas de las cuales 14 se relacionaban a Fondos para Organizaciones no Gubernamentales y fundaciones, datos obtenidos de la investigación que realizó la periodista Alicia Álvarez de la revista *Contrapoder*, en donde aborda el tema y estos cambios.

También incluye las opiniones de Samuel Pérez Álvarez, analista económico, y Alejandra Contreras, del Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI), quienes señalan que es normal que el Ministerio de Salud recurra a organizaciones externas para un servicio específico. Sin embargo, recalcan que la lista debería venir de las autoridades sanitarias y no de los diputados. “El Ministerio de Salud debería de certificar estas adiciones y supervisarlas, no solo desde el uso de recursos sino desde la prestación de servicios”, considera Contreras. Por su parte Pérez Álvarez, ve otra situación clave: la transparencia. “El problema no es si están o no, es que se pueda visibilizar el uso de los recursos y que no se vea como una ‘inflación’ del presupuesto sino como un servicio a la población”, explica.

Entre las instituciones que resaltan y que cuentan con financiamiento del Estado se encuentran:

- Organización Cristiana Esperanza de Vida, la cual fue señalada por donar medicamentos vencidos a principios de 2016. Este escándalo se hizo público debido a una auditoría de la Oficina del Procurador de los Derechos Humanos (PDH). La donación se valoró en Q100 millones. Le fueron asignados Q10 millones en el presupuesto 2016.
- Fundación Pro-Bienestar del Minusválido (Fundabiem): La institución nace en 1986 y desde entonces se mantiene como la organizadora principal de la Teletón en Guatemala. En 2013 recibió una denuncia de la Contraloría General de Cuentas (CGC) por hallazgos relacionados a la deficiencia en la contratación de servicios, incumplimiento de cláusulas del convenio, deficiencias en el área de recursos humanos, mala planificación



e incorrecta utilización de formas oficiales. Para el presupuesto 2017, logró un aumento de Q2.5 millones a Q12.5 millones con la enmienda.

- Unidad Nacional de Atención al Enfermo Renal Crónico (UNAERC): es parte clave del sistema de salud pues brinda terapias a precios accesibles a los enfermos renales. Sin embargo, ha sido señalada de contratos ilícitos en los últimos años. La última vez que estuvo en titulares fue para la adjudicación de un contrato de Q5.6 millones para la unidad en Escuintla en el que se evadió la competencia pública. En el presupuesto 2017, logró un aumento de Q160 millones a Q200 millones.

A continuación, se presenta una figura que incluye el listado de las (ONG) y fundaciones que el Congreso de la Republica integra al presupuesto del Ministerio de Salud Pública, no son todas las ONGS que operan en el país, solo las que reciben apoyo del estado.

Descripción	Montos (Q)
Misioneros de San Carlos Scalabrinianos	Q1,500,000
Organización Cristiana de Beneficio Social Esperanza de Vida ONG	Q8,000,000
Fundación Guatemalteco Americana de Cirugía Ortopédica Avanzada (Fundaoorto)	Q9,000,000
Fundación Pediátrica Guatemalteca	Q1,700,000
Asociación Obras Sociales del Santo Hermano Pedro Frailes Franciscanos O.F.M.	Q20,000,000
Instituto Neurológico de Guatemala	Q2,000,000
Unidad de Cirugía Cardiovascular de Guatemala (Equipamiento)	Q9,000,000
Fundación de Asistencia Social de la Iglesia Católica de la Arquidiócesis de Guatemala	Q9,000,000
Fundación Guatemalteca de Trasplante Hepático (Fundahépa)	Q5,000,000
Olimpiadas Especiales	Q1,000,000
Fundación Ayúdame a Escuchar Bárbara Nicolle	Q1,900,000
Fundación de Especialidades Materno Infantil FUNDAEMI	Q4,000,000
Unidad Nacional de Atención al Enfermo Renal Crónico UNAERC	Q160,000,000
Unidad Nacional de Atención al Enfermo Renal Crónico UNAERC. Atención al amparo 11012-2016 de la Corte Suprema de Justicia (adquisición de hierro – sacarosa de hierro- y eritropoyetina sintética)	Q40,000,000
Unidad Nacional de Oncología Pediátrica	Q40,000,000
Fundación de Asistencia Médica y Ocupacional para la Recuperación del Enfermo Renal	Q5,000,000
Club de Leones de Guatemala, Centroamérica	Q1,000,000

Figura 9. Listado de ONG
Fuente: Canal Antigua, 2016

Para cerrar este apartado, introducimos otro tema, que sale a colación y va muy ligado al de las (ONG) en Guatemala. La medicina comunitaria tradicional indígena la cual se contrapone a la medicina científica, aunque ambas operen en el marco de estructuras comunitarias, no existe una coordinación entre ellas, lo cual genera que el sistema de salud siga fragmentado y excluyente, y los más afectados siga siendo la población indígena. Aunado a ello, los constantes cambios de liderazgo en el Ministerio, más de tres o cuatro ministros en un año, no permiten establecer, ni desarrollar políticas que ataquen a fondo esta



problemática, Guatemala requiere de soluciones en el ámbito de políticas, estrategias, programas y financiamiento para la salud. Estos son algunos de los componentes clave a revisar; sin embargo, la discusión debe incluir el tema de una reforma integral y transversal en materia de salud, para llegar a soluciones reales que permitan sentar las bases y las líneas de trabajo a corto, mediano y largo plazo que lleve a este sistema a un cambio de fondo y forma.

3.4. LA REALIDAD DE LA SALUD EN GUATEMALA EN DATOS (BRECHA INDÍGENA)

Para introducirnos en la realidad del sistema de salud en Guatemala se tomara como referencia, dos trabajos puntuales; el proyecto, Financiamiento y Gobernanza en Salud (HFG) realizado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, 2015), y el artículo Científico, “Sistema de Salud en Guatemala” realizada por Víctor Becerril-Montekio y Luis López Dávila (2011), en ambos documentos se describe cómo está integrado este sistema y sus condiciones, con el objetivo de ver de mejor manera, como a pesar de sus institucionalidad, y de contar con leyes y normativas establecidas, el sistema enfrenta muchos problemas.

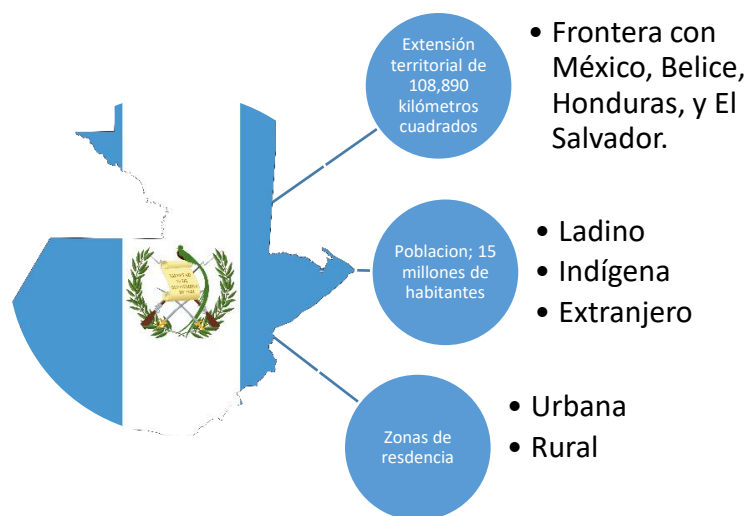


Figura 10. Peculiaridades de la población guatemalteca

Fuente: propia 2017



Guatemala, es la nación más poblada de América Central. Un alto porcentaje, podría decirse el 50 por ciento vive en zonas rurales y de este porcentaje el 40 se identifican como indígenas (INE, 2011). Los diversos grupos indígenas, hablan más de 20 lenguas en todo el país, y conforman un sector importante, aunque marginado de la diversa sociedad de Guatemala. Existen grandes inequidades en el acceso y resultado a servicios de salud entre las poblaciones indígenas y las no indígenas o ladinas.

La prestación de salud es un tema que va de la mano con otros tantos factores como educación, oportunidad de empleo, inversión, infraestructura y administración de recursos. También hay que incluir el papel que juega la corrupción y los negocios políticos que condicionan el desarrollo de los servicios médicos.

Ludwing Ovalle, exministro del Ministerio de Salud de Guatemala (2009- 2012), explicó en una entrevista a la revista Forbes de México, que el sistema está corroído por todos lados, pues en el tema de medicinas muchos de los financistas de campañas presidenciales son farmacéuticos. “Por razones como ésta es que cuando se entra en crisis de medicamentos nada puede hacerse porque cambiar a uno de los proveedores sobrepasa la decisión ministerial. Se necesita independencia para el Ministerio porque se prioriza la política a la salud”, señaló el ex gobernante. (Menchú, 2016)

En esta misma publicación es consultado el coordinador general de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, el mexicano Juan Manuel Castro, quien explicó que la situación en Guatemala es muy similar a la que se vive en Honduras, El Salvador y Nicaragua. “Son sistemas mixtos públicos, privados y con seguro social. La salud no se entiende como un derecho humano porque se segmenta y mercantiliza y los desatendidos son las persona del área rural”. Menchú Sofía. (Marzo 22, 2016 @ 11:00 am). (Menchú, 2016)

Aunque Guatemala ha tenido grandes logros en las últimas dos décadas, el legado de la guerra civil de 1960 a 1996 aún se manifiesta con efectos visibles no solamente en los persistentes niveles de violencia, sino también en los debilitados servicios sociales y una economía aletargada. Si por un lado los Acuerdos de Paz de 1996 establecieron medidas



para atender las causas estructurales de la pobreza, los altos niveles de pobreza y exclusión sufridos por los grupos minoritarios—elementos que también contribuyeron al conflicto— es triste ver que permanecen hasta la fecha (USIP, 1998).

Según datos obtenidos de la Encuesta sobre Condiciones de Vida (ENCOVI) Guatemala se encuentra entre las naciones más pobres de la región de Latino América y el Caribe (LAC). El cincuenta y tres por ciento de los guatemaltecos viven en condiciones de pobreza, y 13 por ciento viven en estado de extrema pobreza (ENCOVI, 2011). Sin embargo, la economía ha crecido a una tasa promedio del 3,6 por ciento desde 1990, el PIB anual per cápita ha crecido un promedio de tan solo 1,2 por ciento debido a la tasa anual de crecimiento demográfico que en promedio es de 2,5 por ciento durante el mismo periodo. (Banco Mundial, 2015).

Como se menciona anteriormente el problema de Salud, va de la mano, con otros factores, como la educación y en Guatemala el índice de alfabetismo entre los adultos es del 78 por ciento, y aunque el mismo índice es mucho más alto entre la población de entre 15 y 24 años (94 por ciento), grandes brechas persisten entre hombres y mujeres. Las mujeres comprendidas en estas edades, tienen casi el doble de probabilidades de ser analfabetas que los hombres (una prospección de 8 por ciento contra 4,5 por ciento), lo que resalta las barreras que enfrentan mujeres y niñas para acceder a la educación (Banco Mundial, 2015). Lo anterior indica que, sin un adecuado sistema de recaudación, el estado no puede garantizar el derecho a estos servicios básicos y mucho menos invertir en la prevención, que es una de las alternativas viables, para mejorar las condiciones de vida y salud.

Es por ello que es necesaria la creación de una base fiscal más robusta, y controlar de alguna forma el grado de informalidad de la economía. De acuerdo a información reflejada por la Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos, el 69 por ciento de los guatemaltecos trabajan en el sector informal, y 42 por ciento de ellos trabajan en agricultura de subsistencia (INE, 2014b).



A continuación, se mostrarán algunos datos estadísticos en los cuales se abordan factores importantes para el estudio, dentro de ellos; la demografía, inversión pública, epidemiología en mujeres y niños y desnutrición infantil, los cuales influyen considerablemente en el tema de salud en el país.

3.4.1. Crecimiento de la población

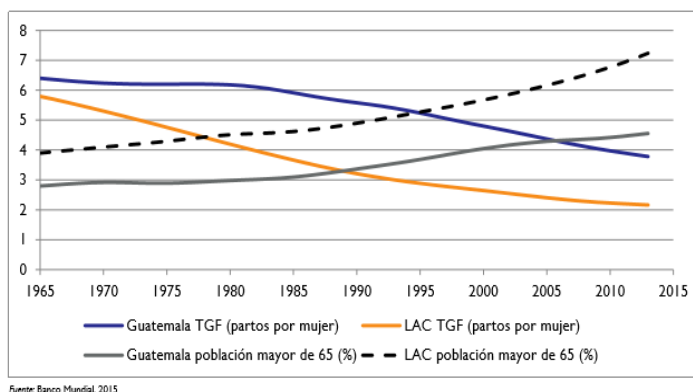
Desde el punto de vista demográfico, comparado con otros países latinoamericanos, Guatemala se encuentra en una etapa inicial de la transición demográfica caracterizada por altos índices de fertilidad y un rápido crecimiento de la población, que ésta compuesta principalmente de niños y jóvenes como lo muestra la Figura 11.

Con una Tasa Global de Fecundidad (TGF) de 3,6 nacimientos por mujer y una tasa de crecimiento anual de la población del 2,5 por ciento, la población de Guatemala está creciendo al doble de la tasa promedio (1,1 por ciento) comparada con otros países de América Latina y el Caribe (OMS, 2014c). Según la Oficina de Referencias Poblacionales, se espera que la población de Guatemala se duplique para el año 2037 (Haub y Gribble, 2011).

Indicador	Guatemala	LAC
Total de población (millones)	15,5	588
TFT (nacimientos por mujer)	3,8	2.2
Crecimiento de la población (% anual)	2,5	1,1
Población rural (porcentaje del total)	49,3	21
Edades de la población 0 a 14 (porcentaje del total)	40,4	27
Población de 65 años de edad en adelante (porcentaje total)	4,6	7

Figura 11. Indicadores Poblacionales en Guatemala y la Región LAC (2013)
Fuente: Banco Mundial 2015

En la Figura 12 se puede apreciar el crecimiento de la población en Guatemala lo cual suma retos al sector salud, ya que éste debe crecer para prestar servicios a la creciente población.



Fuente: Banco Mundial 2015

Figura 12. Tasas Globales de Fecundidad y Población Mayor De 65 Años de Edad en Guatemala y la Región Latinoamericana. Fuente: Banco Mundial 2015

Consecuentemente, la población de Guatemala está envejeciendo más lentamente también. Sin embargo, la cantidad de habitantes mayores de 65 años de edad se incrementa constantemente, representando al día de hoy un 4,6 por ciento de la población. Conforme la población continúa envejeciendo, el sistema de salud tendrá que atender la carga creciente de enfermedades crónicas y no transmisibles asociadas con la vejez. Se puede apreciar entonces que, frente a un crecimiento demográfico rápido y un envejecimiento más lento, el sector salud se enfrenta a muchos más retos por resolver.

3.4.2. Enfermedades más demandantes y causas de mortalidad

El proyecto desarrollado por la USAID en Guatemala, sobre Gobernanza en Salud, (USAID, 2015), identifica las enfermedades más demandantes en la población como se muestra en la Tabla 3.

Otras enfermedades que se incluyen en este apartado, es el VIH, la cual presenta una tasa de prevalencia de 15 x 100,000 habitantes, menor a lo estimado en las proyecciones. Y en el año 2011 se reportaron 724 casos de rotavirus en menores de 5 años, que comparados con el año 2010 representan una disminución del 88% de los casos (MSPAS, 2012,7).



Tabla 3
Enfermedades demandantes

Grupo al que afecta	Enfermedad
Mujeres	Tumores malignos del cuello del útero, hígado y estómago, indicando que son las más prevalentes (MSPAS, 2012,6).
Menores de 5 años (niños y niñas)	Desnutrición crónica, la cual según los datos de la quinta Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil fue de 43.4% para el 2009
Mujeres y Hombres	Enfermedades vectoriales se reportaron 3,281 casos de dengue, de los cuales el 78% son clínicos, 687 confirmados y 29 casos de dengue hemorrágico (con 11 defunciones atribuidas). La malaria se concentra en dos departamentos, (Escuintla y Zacapa) y dentro de estos, en los municipios de La Gomera (64%) y Gualán (24%).

Nota: La lista de estas enfermedades la lideran, mujeres y niños.

Desde el punto de vista epidemiológico, en comparación con el resto de la región Latinoamericana y del Caribe (LAC), Guatemala tiene una pesada carga de enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y relacionadas con la nutrición.

El país ha logrado mejoras extraordinarias en el acceso a servicios de salud reproductiva y planificación familiar. Sin embargo, continúan existiendo brechas importantes. Como se observa en la Figura 13, la prevalencia del uso de anticonceptivos entre mujeres en edad reproductiva se ha incrementado en los últimos 30 años.

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI, 2008-2009), 54 por ciento de las mujeres guatemaltecas en edad reproductiva, en unión, emplean algún método de anticoncepción. El uso de métodos modernos en dicha población es del 44 por ciento. Persisten diferencias significativas entre el uso de métodos modernos en las áreas urbanas (35 por ciento) y las rurales (25 por ciento) (MSPAS, 2010). Esta brecha refleja muy de cerca el uso entre las mujeres indígenas, 19 por ciento y las mujeres no indígenas, 36 por ciento, y esta disparidad refleja no solamente distintas preferencias, si no la falta de acceso a los anticonceptivos. Utilizando datos del MSPAS, 2010, (Ishida et al.,p.29) se calcula que la necesidad satisfecha de anticonceptivos fue del 72 por ciento entre mujeres no indígenas, comparado con solo 49 por ciento entre mujeres indígenas.



En esta misma línea también existen diferencias significativas entre las poblaciones indígenas y no indígena, en los casos de alumbramiento ya que es menor en el caso de las indígenas, el porcentaje de mujeres que dan a luz en instalaciones de salud. A nivel nacional, el 48 por ciento de las mujeres guatemaltecas dan a luz en su hogar, comparado con el 51 por ciento que lo hacen en establecimientos de salud. Sin embargo, solo el 30 por ciento de las mujeres indígenas da a luz en instalaciones de salud, comparado con el 71 por ciento de mujeres no indígenas. En el altiplano occidental, región predominantemente indígena, el 79 por ciento de mujeres da a luz en el hogar. Finalmente, estos bajos niveles de partos atendidos a nivel institucional y de escaso uso de anticonceptivos son causas principales de los altos niveles de mortalidad materna en Guatemala.

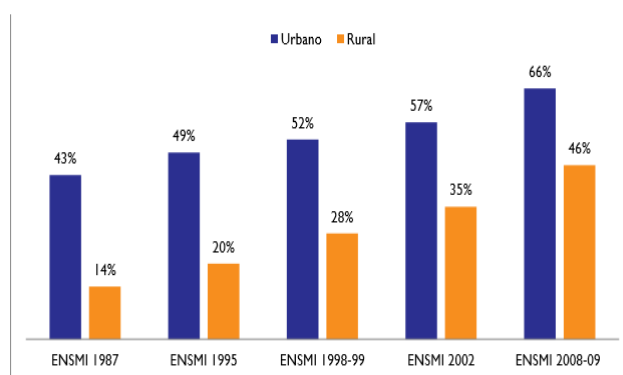


Figura 13. Utilización de Métodos Modernos de Anticoncepción en Mujeres en Edad Reproductiva
Fuente: Ishida 2012, utilizando datos del MSPAS 2010

Según este trabajo, se han dado importantes pasos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en mortalidad materna. La proporción de mortalidad materna se redujo de 270 por cada 100,000 nacimientos vivos en 1990 a 113 por cada 100,000 nacimientos vivos en el año 2013 (MSPAS, 2015d) - aun así no se logró llegar a la meta de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes programada para el año 2015. Analizando registros del 2013, el estudio reveló una proporción de mortalidad materna de 159 por cada 100,000 nacimientos vivos entre las mujeres indígenas y 70 por cada 100,000 nacimientos vivos entre mujeres no indígenas. De las 452 muertes maternas en el año 2013, 68 por ciento correspondieron a mujeres indígenas (MSPAS, 2015d).



Región	Razón de Mortalidad Materna (por cada 100,000 nacimientos vivos)
Nacional	113
Metropolitana	48
Norte	119
Noroccidente	98
Suroccidente	86
Centro	104
Suroccidente	105
Noroccidente	202
Pasán	150

Figura 14. Razón de Mortalidad Materna Según Región donde Habita la Madre, 2013
Fuente: Adaptado del MSPAS2015d

Entre las mujeres de todas las edades, las causas principales de muerte fueron: Hemorragia en un 41 por ciento, y eclampsia/preclamsia en un 25 por ciento. Lo realmente sorprendente de estas cifras es que este tipo de padecimientos sean prevenibles lo cual resalta la necesidad de un mejor acceso a cuidados obstétricos oportunos y de calidad. Esto se ve exacerbado por la frecuencia de partos en el hogar, 48 por ciento, y/o partos atendidos por parteras tradicionales (PT) y no atendidos en establecimientos de salud por personal capacitado.

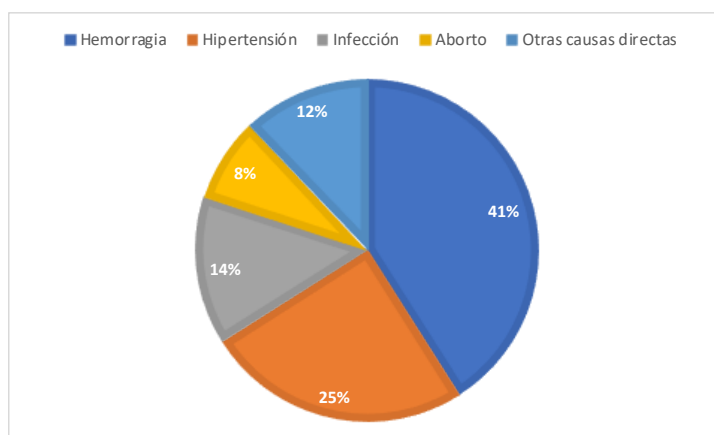


Figura 15. Porcentaje de Muertes Maternas por Causa, 2007 Y 2013
Fuente: MSPAS 2015d

Desde el punto de vista de la salud infantil, en los últimos veinticinco años, se ha reducido de manera dramática la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años de edad. Entre los años de 1990 a 2013, la tasa de mortalidad de menores de cinco años bajó de 80 muertes por



cada 1.000 nacimientos vivos a 31 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, acercándose a la meta de los Objetivos del Milenio.

Estas tasas de mortalidad han demostrado ser más difíciles de reducir que las de los niños mayores a un año de edad. Mientras que los niños de entre uno y cuatro años de edad representaron 26 por ciento de la mortalidad de niños menores de cinco años en 1990, esa cifra bajó a 17 por ciento en el año 2013. Mientras tanto, la mortalidad neonatal ha pasado del 26 al 48 por ciento de la mortalidad de niños menores de cinco años durante el mismo periodo. Estas cifras ilustran que para reducir de manera significativa la mortalidad de niños menores de cinco años será necesario lograr mayores resultados en la reducción de la mortalidad de infantes y neonatos.

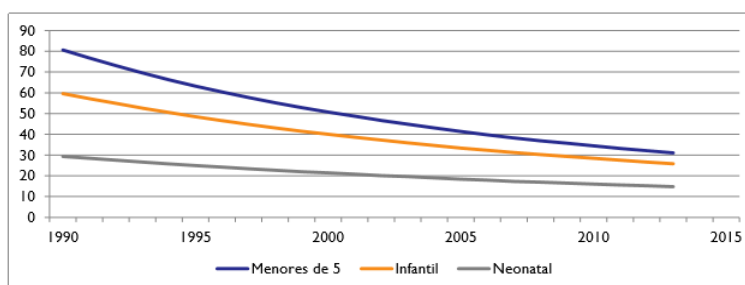


Figura 16. Tasas de Mortalidad en La Niñez, Infantil y Neonatal por Cada 1.000 Nacimientos Vivos
Fuente: Banco Mundial 2015

Finalmente, se abordara la necesidad de combatir la desnutrición infantil, este factor se ha convertido en asunto de prioridad para los gobiernos del país, en este sentido surgen programas como, Pacto Hambre Cero, en el que 166 municipios prioritarios han sido identificados para combatir el hambre y promover la seguridad alimentaria; reducir la prevalencia de desnutrición crónica en 10 por ciento en niños menores a tres años de edad; y prevenir y reducir la tasa de mortalidad durante la infancia de niños menores de cinco años de edad a causa de este problema.

Entre los niños menores de cinco años, 48 por ciento sufren retrasos en su crecimiento (baja talla para la edad) o desnutrición crónica, y 13 por ciento sufren de bajo peso para talla (desnutrición global). Otro 5,8 por ciento tiene sobrepeso (MSPAS, 2010).

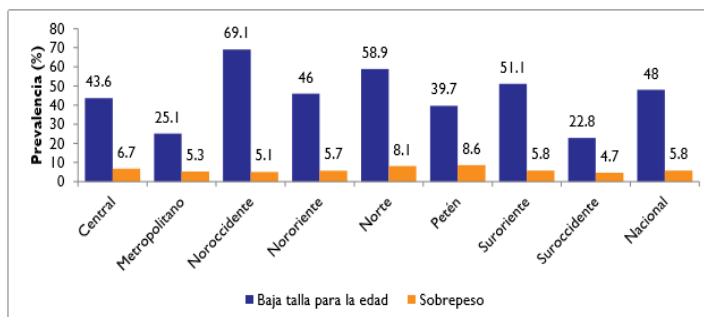


Figura 17. Prevalencia de Retraso de Crecimiento y Sobrepeso Infantiles por Región
Fuente: MSPAS, 2010

Otro factor importante a mencionar, es la situación de violencia por la que atraviesa el país, la cual repercute en el gasto de salud e incrementa las emergencias por arma de fuego, ocupando está el octavo lugar de las casusas de mortalidad.

Como se ha podido observar en este recorrido, los datos son poco alentadores, aunque por un lado ha habido pequeños avances, en el tema de planificación familiar y métodos anticonceptivos y se ha reducido la mortalidad materno infantil en comparación con otros años, los problemas de fondo, sigue haciendo eco en la población más vulnerable y necesitada. Es por ello que es importante hacer hincapié en el tema de la prevención, según los datos epidemiológicos presentados, estos encuentran solución en esta primera etapa de atención en salud.

3.5. INVESTIGACIÓN E INNOVACIONES EN EL SISTEMA DE SALUD

Luego de haber identificado los factores que influyen en este sistema, es importante abordar cómo a pesar de su complejidad el Ministerio de Salud, trabaja en las tareas de generación de información en salud en investigación, rubros que con el paso del tiempo también han tenido menor apoyo. Dentro de esta temática se encuentra el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA), un proyecto que el Ministerio puso en marcha en 1996 para que se encargará de recoger y procesar la información sobre salud, financiamiento, planificación, recursos humanos y gestión de los hospitales. Este sistema ofrece información sobre mortalidad general, mortalidad materna, morbilidad, coberturas de vacunación,



producción de consultas en el (MSPAS) y avances en ciertos programas del Ministerio, los cuales están disponibles al público en la página del Ministerio de Salud.

En la tarea investigativa, se suma a este sistema el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONCYT), el cual coordina las actividades las instituciones en todas las áreas de conocimiento. Hasta años recientes, la investigación en salud ha ocupado un sitio menor dentro de las prioridades de financiamiento del (CONCYT).

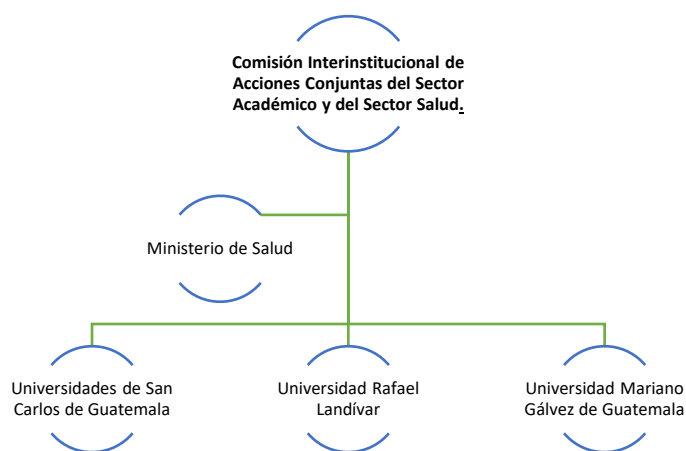


Figura 18. Instituciones que formar parte de la comisión y la tarea investigativa en materia de salud.
Fuente: Propia 2017

En el año 2005 las Universidades de San Carlos de Guatemala, Rafael Landívar y Mariano Gálvez, el Ministerio de Salud y, posteriormente el IGSS, crearon la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y del Sector Salud. Además de servir como instancia de coordinación, la comisión se propuso contribuir a mejorar la salud de la población mediante la formación profesional, el desarrollo de la investigación y la asesoría al (MSPAS).

Sobre esta base, en 2006, la Subcomisión de Investigación llevó a cabo un Taller de Identificación de Prioridades de Investigación con el apoyo del (CONCYT) y la (OPS) del cual surgió una publicación en la que se definen 24 áreas y sus correspondientes líneas de investigación. Desde 2004 funciona la Biblioteca Virtual en Salud de Guatemala a través de la cual se asegura el acceso a información en salud puesta a disposición en Internet por el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud de la (OPS)



Tabla 4
Actores que producen investigación

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC)
En el año 2007 creó por Acuerdo Ministerial No. S-PM-1082-2007 la Unidad para la Investigación en Salud.	El Sistema de Investigación de la Universidad de San Carlos de Guatemala (SINUSAC) está integrado por un Consejo Coordinador e Impulsor de la Investigación (CONCIUSAC) Dirección General de Investigación (DIGI), 12 Programas Universitarios de Investigación (PUI), Centros, Institutos, Departamentos y Coordinaciones de Investigación. El mecanismo financiero del –SINUSAC– es el Fondo de Investigación destinado para apoyar, promover, desarrollar y fortalecer la investigación realizada en la universidad.

Nota: Estas son las instituciones que, debido a su carácter público y filosofía, trabajan en conjunto en estas tareas.

Es importante mencionar el Programa Nacional de Salud, el cual ha sido el punto de partida para definir estándares en la provisión de los servicios en todos los niveles a través de la publicación de un manual que establece protocolos concretos para procedimientos diagnósticos y de tratamiento con un mínimo de calidad y eficiencia. El manual también establece criterios para la participación de la comunidad y de los usuarios de los servicios de atención a la salud. Atendiendo a los compromisos de la conferencia de Alma-Ata, el Ministerio de Salud ha puesto a la Atención Primaria en Salud, (APS) entre las prioridades de la política nacional de salud como estrategia central para fortalecer el acceso a servicios básicos de salud.

A partir de 2005, el Ministerio ha dado mayor prioridad al fortalecimiento del segundo nivel de atención dentro de los hospitales departamentales, municipales y los centros de atención materno-infantil. Sin embargo, las carencias de infraestructura y recursos humanos no han hecho posible lograr avances significativos. En 2010 el (MSPAS) desarrolló el Sistema de Gestión de Calidad con el propósito de “consolidar una cultura de calidad, eficiencia y transparencia en la prestación de los servicios que ofrece a la población” (Social M. d., 2010)



Es importante traer a colación que, dentro de las innovaciones recientes del Ministerio de Salud, está el Modelo de Salud Incluyente, (MIS) el cual busca fortalecer el primer nivel de atención en salud, se trata de aportar nuevas maneras de entender la salud y la enfermedad, formas distintas de trabajar y organizar los servicios de salud. Es un modelo que plantea una forma de reflexión permanente sobre lo que se hace en Guatemala con relación a la salud, esta publicación-proyecto fue desarrollada por la actual Ministra de Salud, la doctora, Lucrecia Hernández Mack, cuando trabajaba para el Instituto de Salud Incluyente.

Este modelo, plantea un cambio en la concepción y forma de pensar proponiendo que la atención es parte de la cultura de un pueblo. En Guatemala, existe una gran diversidad cultural, por tanto, hay muchas maneras de entender el mundo. Esto, también se refleja en las distintas formas de comprender el proceso de salud-enfermedad que hay en la sociedad. Es importante tomar en cuenta entonces que las enfermedades tampoco son las mismas. Para ciertas comunidades indígenas de nuestro país, hay enfermedades que son el resultado del desequilibrio del ser humano con su ambiente y su espiritualidad. Lo que para unos puede diagnosticarse de una manera, en la otra cultura se podrá diagnosticar y tratar de otra. Es decir, hablamos de enfermedades distintas.

Hay males o enfermedades muy comunes en los diferentes pueblos de Guatemala, como el “susto” y el “mal de ojo u ojeado”, que suceden por desequilibrios energéticos. La concepción incluyente del proceso de salud-enfermedad, un médico convencional no diagnosticará ni tratará estos males, pero existen terapeutas que aplican los conocimientos ancestrales de sus culturas, a los que acude la población para resolverlos efectivamente. El (MIS) plantea que la salud-enfermedad es un proceso, que incluye muchos elementos y no sólo una causa y un resultado. La salud es considerada como el logro de un equilibrio. Este equilibrio es parte de la vida misma, se alcanza o se pierde por la relación entre las personas y los grupos o colectivos de los que forman parte en conjunto con el entorno.

Las acciones que plantea el (MIS) para entender y atender ese proceso, toman en cuenta diferentes dimensiones que influyen en las personas, familias y comunidades; teniendo en cuenta aspectos:



- Sociales, como tipo de trabajo, migraciones, nivel educativo, condiciones de vida.
- Económicos: los recursos con que cuentan, el ingreso o el sueldo con el que viven.
- Culturales, como idioma, forma de pensar, identidad cultural, costumbres, comida, vestido, normas de conducta, ideas sobre la salud enfermedad.
- Geográficos: lugar en donde viven: áreas urbanas o rurales, de costa o de montaña, aislados o céntricos...
- Políticos: formas de organizarse y pensar, políticas públicas, coordinación o alianzas entre instituciones, criterio para asignar presupuestos...
- Psicológicos: La forma en que se sienten: satisfechas, tristes, preocupados, etc.
- Espirituales: la religión, las creencias y las formas de entender el mundo, lo que se considera sagrado.
- Energéticos, como el equilibrio de energía.
- Biológicos: edad, sexo, constitución física...

A partir del año 2003, este Modelo se puso en práctica a través de dos proyectos piloto que fueron validados para integrarlo así al sistema nacional de salud. En este proyecto participaron organizaciones locales de los municipios de Santa Catarina Ixtahuacán y Nahualá en Sololá, y San Juan Ostuncalco en Quetzaltenango. Con apoyo económico de organizaciones de cooperación internacional y a través de una relación constante con el Ministerio mediante una coordinación respetuosa con terapeutas mayas y populares.

Llevado a la práctica, el modelo ha tenido resultados importantes en el trabajo en salud con la población. Atender a la población en todos los ciclos de vida, no solamente a niños y mujeres embarazadas, sino también a hombres, jóvenes y adultos/as mayores, a las personas en el idioma que se habla en las comunidades: el idioma materno.

El Ministerio ha reconocido estos aportes y resultados positivos del Modelo Incluyente y considera valiosa su implementación en los puestos de salud de todo el país. Realizar acciones preventivas y de promoción con familias y organizaciones comunitarias.



Para obtener retrospcción de esta innovación en el sistema entrevisté al doctor Mario Sánchez Rodas en abril de 2017, un médico cirujano con especialidad en pediatría del Hospital General de Sololá que participó en la aplicación del proyecto piloto del (MIS). Al interrogarle sobre el impacto que han tenido las innovaciones más recientes expresa su perspectiva:

Se trajo a comadronas y curanderos de la región, y esto en lugar de presentar un avance lo que provoco fue un retroceso ya que muchas de las practicas llevadas a cabo por estas personas distan de provocar el bienestar en los pacientes, generando un choque entre los médicos del hospital dando como resultado perder lo que hasta ese momento se llevaba trabajando en materia de atención primaria, no se logró llegar a un conceso y los curanderos, terminaron por irse a un mes de iniciado el proyecto.

Sin embargo, acuerda que la experiencia con las comadronas fue mucho más productiva, ya que se les capacitó, para que pudieran atender de mejor manera los partos y embarazos y con ello lograr una reducción muertes materno infantiles.

Según Sánchez Rodas, el modelo incluyente es una gran idea y aportación pero debe abordarse desde otra perspectiva, no como se hizo en ese departamento, ya que esto solo generó inestabilidad y un retroceso a este proceso; “pienso que si en lugar de traer a curanderos se hubiese contactado a otro tipo de líderes de las comunidades indígenas y se hubiera trabajado de manera conjunta en tareas de educación, promoción de la salud a través de estilos de vida saludable, quizás el resultado hubiese sido diferente”.

La relevancia de cooperar, mejorar la atención en salud y facilitar el acceso del conjunto de población a los cuidados implementando un esquema sanitario basado en atención primaria en salud, con promoción, prevención y educación sanitaria como estrategias fundamentales, incidiendo en la participación comunitaria asociada a la necesidad de mejorar la situación salud. Es importante recalcar en este punto que el mayor éxito que han traído estas innovaciones y sobre todo este modelo ha sido la extensión de cobertura en servicios básicos de salud hacia la población rural e indígena, fundamentalmente pobre.



3.6. COMUNICACIÓN Y SALUD EN GUATEMALA

Recordar que la Comunicación para la salud es un proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente la oportunidad de ejercer sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas favorables y de bienestar. Partiendo de esta premisa de educar, informar, convencer y explicar, así como de escuchar, la comunicación proporciona a individuos y comunidades las ventajas y recursos necesarios para prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida.

Hay que tener en consideración que el sistema de salud sanitario guatemalteco, en todas sus dimensiones presenta problemas serios. Estos van desde la proporción médico-enfermera (cuatro veces menor a la recomendación de OMS), modelos y número de sistemas de atención primaria en el país, la concentración excesiva de salud hospitalaria en la capital, las políticas de contratación de organismos no gubernamental para extensión de cobertura, las estrategias fragmentadas y dispersas hasta la escasa inversión de presupuesto gubernamental en el área. La realidad es ésta, por lo que un área como la comunicación dentro del sistema salud también sufre las repercusiones, y ante la cantidad de problemáticas a resolver en el sistema, por décadas se han priorizado servicios básicos limitados, dejando de lado las cuestiones de comunicación para la salud.

La comunicación, la educación y la salud coinciden y se encuentran en la persona humana; la comunicación favoreciendo el desarrollo de comportamientos y estilos de vida saludables a través de los medios de comunicación y la comunicación interpersonal; la educación activando sus capacidades para el desarrollo de las mismas y su ejercicio en la vida social, productiva, reproductiva, política, creativa, cultural, entre otras; y la salud creando las condiciones físicas, mentales, sociales y ambientales para que esa persona pueda serlo y actuar como tal.

La comunicación y educación se vuelven, cada vez más, un binomio inseparable, por encima mismo de los propios medios, técnicas e instrumentos comunicativos empleados; y



esto se fortalece, enriquece y modifica, en forma consciente e informada, conocimientos, actitudes y comportamientos. Hablar de comunicación y salud, implica la consideración de una serie de aspectos interrelacionados que en la actualidad en el país muchos de ellos están por descubrir, ya que la comunicación dentro del área ha tomado un papel de divulgación informativa más que de un proceso socio-crítico transformativo. El papel de divulgación informativa comprende desde recomendaciones frente a riesgos sanitarios, vacunación a través de sembrar miedo en el público, pincelazos superficiales en derechos sexuales, cuestiones alimentarias, entre otras desde una jerarquía verticalista y escasamente participativa.

Hay una serie de debates incluso en la actualidad guatemalteca sobre la concepción de la prevención sanitaria, la promoción para la salud y la comunicación para la salud, muchas veces en una confusión de uso de los términos o bien sinonimia. La Carta de Ottawa (1986) define la Promoción de la Salud como proceso de capacitación de la comunidad para actuar en la mejoría de su calidad de vida y de salud, incluso un mayor control sobre ese proceso. Y agrega que, para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, individuos y grupos deben ser capaces de identificar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o saber manejar el medio ambiente (Brasil/ MS, 1996).

Si bien son estos términos interrelacionados, en conjunto podría decirse que su accionamiento significa controlar factores políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales, los cuales incluyen: habitación, educación, alimentación, renta, acceso a los servicios de salud, ecosistema estable, recursos sustentables, justicia social, y otros. A resaltar que cada uno de estos términos acciona desde su propia naturaleza, y se fusionan a manera de concretar esos cambios trazados. Aunque realmente queda mucho camino por recorrer en cuánto a comunicación y salud en el país, es relevante mencionar que se han realizado varios intentos por implementar propuestas que integren los términos.

Por ejemplo, en los últimos años el (MSPAS) a través del Departamento de Promoción y Educación y Salud y la Unidad de Comunicación Social con el apoyo técnico y financiero de la cooperación externa ha desarrollado varias estrategias nacionales de comunicación, tales



como la de Salud Reproductiva con énfasis en planificación familiar (2000, 2005), la de Salud de la Niñez en el contexto de la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (2001), la de Salud Materno Infantil en el contexto de AINM-C8 (2002-03), la del Programa Creciendo Bien (2004-07), la de Maternidad Saludable (2007). La ejecución de estas estrategias ha producido algunos resultados importantes, pero no suficientes. La implementación se ha visto obstaculizada por cambios de gobierno y funcionarios, con el consiguiente cambio en enfoques y prioridades; falta de liderazgo; recursos financieros insuficientes; falta de coordinación de todos los actores; falta de acciones paralelas en la mejora de la calidad de los servicios de salud, entre otras.

Inclusive la unidad del Sistema de Información Gerencial de Salud del MSPAS (SIGSA) es una clara radiografía de la dispersión y estado de los procesos de comunicación en salud. Ya que este sistema de información es el responsable de conformar todas las bases de datos necesarias para la toma de decisiones informadas en todo nivel del (MSPAS). También es la entidad responsable de administrar, dirigir, custodiar y mantener la plataforma del sistema de información del Ministerio, así como de mejorar los actuales sistemas o crear nuevos subsistemas. A pesar de la presencia del (SIGSA), el sistema de información de salud se encuentra plagado de fragmentación, con más de 40 sistemas de información adicionales en materia de salud que no han quedado aún integrados a la plataforma única de este sistema.

Ni SIGSA ni las otras oficinas del MSPAS han planeado estratégicamente la integración de todas las necesidades de los sistemas de información dentro del Ministerio, considerando el uso real de la información y la carga que los sistemas de información representan para el personal en el ámbito local. Por ello, las herramientas del sistema de información de salud han sido y continúan siendo desarrolladas como respuestas a solicitudes aisladas provenientes de altos funcionarios y donantes que, con base en su insatisfacción acerca de la calidad o precisión de la información actualmente disponible, solicitan un nuevo sistema o alguna modificación para satisfacer sus necesidades particulares.

Comunicación y salud en Guatemala es realmente un reto, uno que en definitiva vale la pena enfrentar y que encontrar la brecha por donde implementar y accionar siguiendo bases



y lineamientos propios de lo que conforma la interrelación entre comunicación y salud puede realmente establecer un hito en el sistema sanitario, como el desarrollo conjunto desde la perspectiva comunitaria hasta la nacional. En materia de Campañas institucionales o de prevención, el Ministerio no cuenta con un registro de ellas. Lo cual no permite a este capítulo, poder presentarlas, sin embargo, existen otras entidades que, si han llevado a cabo Campañas en prevención, una de ellas la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional en el país, (USAID). El Fondo de Población de las Naciones Unidas, (UNFPA), trabajó en la realización de una campaña que promueve la prevención en el tema de Salud. El trabajo se presentó en 2011 y se enfoca en tres áreas, lactancia materna, planificación familiar, embarazo adolescente.

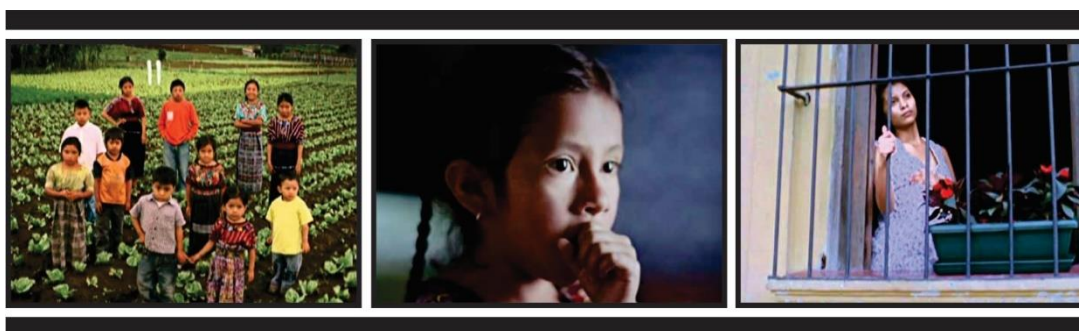


Figura 19. Campaña Salud: USAID – UNFPA. Spots: Lactancia Materna, Planificación Familiar y Embarazo Adolescente. Recuperado: <http://unfpa.org.gt/content/campana-salud-usaid-unfpa> (2011)

Sin embargo, propiamente del Ministerio, no existe un registro de este tipo de trabajo, quizás deje esta tarea a las organizaciones internacionales que le dan soporte.

Podemos afirmar que no existe tradición en Guatemala de uso sistemático de la comunicación para la prevención de la salud, al menos en lo que se refiere a campañas de difusión de información y/o de persuasión a través de los grandes medios de comunicación lo que es igualmente un problema para nuestro trabajo, pero también, como se ha dicho antes, un reto.



3.7. LA CRISIS DE 2015 EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA Y SUS IMPLICACIONES

A lo largo de dos décadas médicos, salubristas, pacientes, familiares de pacientes, políticos, economistas y cualquier ciudadano guatemalteco, han sido testigos de cómo el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social fue llevado a la orilla del precipicio, arrastrado sobre todo por la corrupción y un sinnúmero de malas decisiones. La crisis en el sistema de Salud es el resultado de una interminable lucha de poder sobre la decisión de garantizar o no el acceso universal a la salud en Guatemala, por más de 20 años, un lastre solapado con la firma de la paz. El problema ha tomado tantos giros políticos, técnicos, económicos, académicos y legales que se ha tornado difícil encontrarle sentido a la discusión de fondo.

Frente a esta complicada situación surgen las siguientes interrogantes, ¿cómo llegó el Sistema de Salud de Guatemala a este punto?, ¿La falta de medicinas? ¿La carencia de insumos? ¿Aparatos obsoletos? ¿Puestos fantasmas? ¿Presupuestos malversados y mal priorizados? ¿Cómo enfermó el Sistema de Salud? Explicarlo no es tarea sencilla. A lo largo de los últimos dos períodos se han dado diversos puntos de inflexión que propiciaron la debacle. Demasiadas malas decisiones, sobre todo. Hernández (2015) refiere a la crisis:

Durante el gobierno anterior, dirigido por Otto Pérez Molina, tres ministros pasaron al frente de la cartera de Salud. En 15 años han sido más de ocho. Nadie, durante todo este tiempo, ha podido controlar a esta entidad. Los cambios de directores de hospitales, de personal en los cargos administrativos y financieros también han sido recurrentes. Desde diciembre del año pasado, el sistema enfermó más: la crisis llegó a la escasez de alimentos, algo que no había ocurrido antes. A lo largo de diez años, los servicios de consulta externa con frecuencia han sido clausurados de manera temporal por falta de insumos y medicamentos. Muchas máquinas han dejado de funcionar. Ha habido huelgas. Las deudas se han incrementado. Pero pocas veces las bodegas de alimentos para pacientes se habían quedado vacías.



Según la investigadora social, y médica, Karin Slowing. “La crisis del Sistema de Salud actual no se entiende sin el cambio que ordenó el BID para los países en desarrollo a inicios de los noventa. O se cambiaban los sistemas de salud a una forma de mercado, con consumidores en lugar de pacientes, o los créditos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) serían denegados para países como Guatemala”. (Hernández, 2015)

El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo, según el libro, *Financiación de los servicios de salud en los países en desarrollo: un programa de reforma agenda*, publicado por el BID en 1987, fue la base para la reestructuración de la Salud en Guatemala. (Akin, J. S., Birdsall, N., & De Ferranti, D. M., 1987)

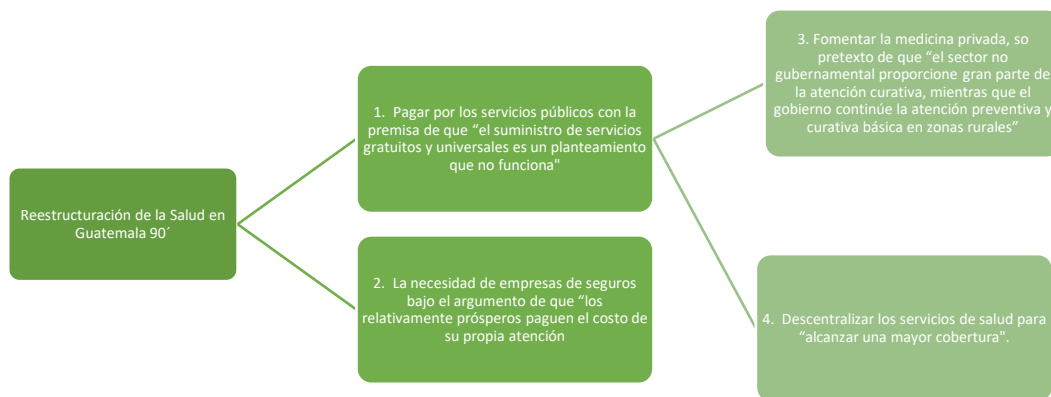


Figura 20. Propuesta de la Reestructuración de la Salud en Guatemala
Fuente: propia 2017

El modelo planteado por el BID fue una propuesta neoliberal, reflexiona la médica y actual Ministra de Salud, Lucrecia Hernández Mack, especialista en gestión de Salud Pública. Bajo esta premisa, indica Hernández (2015), sin escapatoria para los países debido al peligro de quedar desfinanciados, el Sistema de Salud fue traspasado por intereses del sector privado: el Estado amarrado al mercado en cuestiones de Salud Pública. “Se estableció bienes puramente públicos, puramente privados y otros de tipo mixto, dependiendo de los beneficiarios: clientes, consumidores que para el BID ya no serían llamados pacientes o enfermos”. (Hernández, 2015)



Este es el origen del cual parte la crisis que actualmente atraviesa el Sistema de Salud en Guatemala. El (BID) lanza una propuesta, casi a manera de ultimátum, para que los países en vías de desarrollo trabajen en una reforma a sus sistemas de Salud Pública a cambio de créditos. “Para la doctora Karing Slowing, el cambio, era algo necesario, “el Sistema de Salud no funciona hoy, pero no ha funcionado desde hace 40 años”, “a mediados de los noventa se intentó un cambio de paradigma. No se podía predecir que en aquel momento los buenos resultados serían inalcanzables”. (Hernández, 2015)

En palabras de otro experto entrevistado, el médico y pediatra Mario Sánchez “uno de los mayores problemas que presenta el sistema de Salud en Guatemala, es el abastecimiento en todo sentido, médicos, medicamentos, infraestructura, equipo e insumos, y que año con año, esto se incrementa ya que el número de pacientes crece, y esto es un círculo vicioso del que no se puede salir”. Este profesional considera que una de las formas en las que esta situación puede resolverse es invertir en la prevención, porque muchas de las enfermedades que son tratadas, son prevenibles. Sánchez (2017) considera:

El problema radica en el presupuesto del (MSPAS), se invierte en su totalidad en curar ya cuando poco se puede hacer por los pacientes. No basta con copiar un modelo que ha funcionado en otros países, sin antes hacer un trabajo investigativo exhausto y a conciencia para conocer a fondo las necesidades de los pobladores y diseñar estrategias y herramientas que puedan llevarse a cabo, teniendo en cuenta la multiculturalidad que tiene el país.

Según el experto, es importante atender a la salud como un derecho, pero también como un problema social en el que más actores puedan sumarse para iniciar el camino a la resolución, teniendo en cuenta que no es tarea fácil y son muchos los factores a los que entran en juego, sociales, culturales, ideológicos, entre otros, pero que pueden dar pie a un verdadero cambio. Harán falta muchos esfuerzos, pero se trata de aportar nuevas maneras de entender la salud y la enfermedad, formas distintas de trabajar y organizar los servicios de salud. Una de ellas es la que plantea el (MIS), que pretende responder a las necesidades verdaderas de la población y que explicaremos a continuación.



3.8. EL MODELO INCLUYENTE DE SALUD (MIS): UN EJEMPLO DE BUENAS PRÁCTICAS

El documento de posición de la (OPS) sobre la Renovación de la Atención Primaria de Salud (APS) se sustenta en una amplia revisión bibliográfica, que demuestra que los sistemas de salud con una fuerte orientación hacia la (APS) alcanzan resultados mejores y más equitativos, son más eficientes y producen un nivel más alto de satisfacción para los usuarios. En la Región de las Américas, la experiencia de Costa Rica mostró que la reforma basada en la (APS) mejoró los resultados sanitarios y la equidad: cinco años después de la reforma de 1995, la mortalidad infantil cayó 13%, independientemente de las mejoras en otros determinantes sociales de salud. En Brasil, las evidencias demuestran que la extensión de la cobertura del Programa de Salud de la Familia (PSF) fue uno de los factores más importante para la reducción de la mortalidad infantil. Demostró que un aumento de 10% en la cobertura del (PSF) fue responsable por una disminución de 4,6% en la mortalidad infantil. (El COT - Cross Organizational Team- de Modelo de Atención, Hacia un modelo de atención integral de salud basado en atención primaria. OPS, 2012, p.1-5)

Para la realidad inmediata de Guatemala, traemos nuevamente a colación el Modelo de Salud Incluye (MIS), el cual nos sirve de referencia en el tema de las buenas prácticas. Conoceremos sus inicios, objetivos y aportes al sistema de salud. En el año 2002, después de realizar una investigación en la que se tomaron en cuenta muchos puntos de vista, se publicaron los resultados en un documento llamado “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente: bases y lineamientos”. En este documento se presenta el (MIS) como una propuesta para fortalecer el primer nivel de atención en salud, en la cual se perfila conceptual y operativamente.

Esa propuesta de bases y lineamientos se fundamenta en tres perspectivas, un concepto incluyente y multidimensional de la salud-enfermedad, la categoría de reproducción social, los niveles de análisis-acción y una redefinición de qué es el primer nivel de atención. El marco conceptual de esta propuesta se logra desarrollar operativamente a través de tres



programas (por nivel de análisis-acción), subprogramas por ciclos de vida, los componentes de personal y su organización.

A partir del año 2003, el (MIS) se puso en práctica a través de dos proyectos piloto que fueron validados para integrarlo así al sistema nacional de salud. Los proyectos pilotos se han puesto en práctica con la participación de organizaciones locales, con relaciones con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y mediante una coordinación respetuosa con terapeutas mayas y populares. Dichos proyectos se encuentran en ejecución en la Nahualá de Sololá y San Juan Ostuncalco de Quetzaltenango. La sistematización de la experiencia partió de la recuperación de la información como un proceso vivido, se entendió la sistematización como la “interpretación crítica de una o varias experiencias, que, a partir de su ordenamiento y construcción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo” (Jara, 1999, p. 22). Para ello se contó con la participación de diferentes actores que formaron y forman parte de la experiencia del modelo incluyente de salud.

Llevado a la práctica, el modelo ha tenido resultados importantes en el trabajo en salud con la población, los cuales se resumen:

- Atender a la población en todos los ciclos de vida, no solamente a niños y mujeres embarazadas, sino también a hombres, jóvenes y adultos.
- Atender a las personas en el idioma que se habla en las comunidades: el idioma materno.
- Realizar acciones preventivas y de promoción con familias y organizaciones comunitarias.
- Salvar muchas vidas, y reducir poco a poco las muertes maternas y las muertes por diarrea en niños y niñas menores de 5 años.
- La apuesta en práctica del modelo incluyente de salud ha constituido un aporte fundamental para la formación del personal en salud.



El (MIS) reconoce que, aun cuando en nuestro país predomina el concepto biológico sobre la salud enfermedad, las personas, familias y comunidades atienden sus problemas de salud de muchas maneras. Hay que tener en cuenta que la atención en salud es parte de la cultura de un pueblo.

En todos los lugares del mundo, cada pueblo ha desarrollado conocimientos acerca de la vida y la muerte, la salud y la enfermedad. Sabemos que, en Guatemala, existe una gran diversidad cultural, por tanto, hay muchas maneras de entender el mundo. Esto, también se refleja en las distintas formas de comprender el proceso de salud-enfermedad que existe. Es necesario tomar en cuenta entonces que las enfermedades tampoco son las mismas. Para ciertas comunidades indígenas de Guatemala, hay enfermedades que son el resultado del desequilibrio del ser humano con su ambiente y su espiritualidad. Lo que para unos puede diagnosticarse de una manera, en la otra cultura se podrá diagnosticar y tratar de otra. Es decir, son enfermedades distintas.

Desde el modelo incluyente de salud, la salud-enfermedad se comprende como un proceso multidimensional, colectivo y con carácter histórico social. Verdugo, Juan (2008). En la medida que se conocen los procesos productivos, de consumo y socioculturales de un conjunto sociocultural, en esa medida también se comprenden el perfil y las prácticas de salud de ese conjunto. La implementación del modelo también se ha orientado por el concepto que tiene del primer nivel de atención, el cual se concibe como la articulación de los conocimientos y prácticas en salud, tanto del ámbito institucional como del comunitario. Estos ámbitos se complementan en la curación-rehabilitación-prevención y la promoción de la salud se dirige a la transformación de las condicionantes y determinantes de salud.

El (MIS) plantea la organización de su trabajo de acuerdo a un proceso lógico que se ordena de la siguiente manera:



Organización territorial y asignación equitativa de recursos

Debemos empezar identificando cuál es el territorio a trabajar y qué características tiene, definiendo en qué lugares o áreas se realizará el trabajo.

Formación de equipos de trabajo

Cuando sabemos cuál es nuestro territorio y sus dimensiones, tendremos que definir cuántas personas deben atenderlo y conformar los equipos operativos de trabajo, así como los equipos de apoyo.

Programas operativos

Todas las acciones necesarias para cumplir con los objetivos trazados deberán estar planificadas, para poder evaluar si avanzamos. Así se desarrollan los programas y los sistemas de información y vigilancia sociocultural de la salud.

“La salud es un componente del desarrollo y a la vez un condicionante de éste. La percepción que de ella tengan las personas, las familias y las comunidades es un buen indicador del estado de bienestar social que se ha alcanzado” (Díez & Uria, 2005, p. 15).

El grado de salud de la población es un indicador acertado del Desarrollo Humano, (PAHO, 2000) cuando se reconoce esta relación se percibe con claridad la necesidad de que el sector salud haga un esfuerzo más eficaz de integración estableciendo alianzas con otros actores públicos y privados, y sobre todo con las organizaciones comunitarias, encabezando la defensa de políticas públicas y los programas que conduzcan a la salud y al desarrollo humano.

Para la OMS el objeto de la educación para la salud es ayudar a la población a adquirir la salud a través de sus propios medios. Y agrega "Ningún programa sanitario puede llevarse a cabo con garantías de éxito, si no cuenta con sólidos y bien fundamentados programas de educación sanitaria". Un proceso de comunicación interpersonal, dirigido a proporcionar las informaciones necesarias para un examen crítico de los problemas de salud y responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones que tienen efectos directos e



indirectos sobre la salud física y psíquica individual y colectiva. Por tanto, la educación sanitaria tiene objetivos concretos que se alcanza sólo cuando en los individuos o en la población se logran comportamientos precisos. (Díez & Uria, 2005, p. 52).

La experiencia del MIS en las dos comunidades en Guatemala arroja resultados alentadores y concretos sobre una alternativa adecuada para atender la salud comunitaria. Y dentro del proceso participativo y activo que el modelo integra para la transformación social contempla la educación para la salud como uno de los ejes transversales de mayor impacto en el éxito de integración, entendimiento, participación, reinversión y acción. La educación para la salud en el modelo incluyente hace partícipes a las personas y comunidades sobre la salud desde una perspectiva holística, lo cual repercute en la interiorización del por qué buscar, identificar, discutir, analizar y evaluar las necesidades a enfrentar es un asunto participativo-educativo.

A pesar de hacer un repaso por la institucionalidad del sistema de salud pública y evidenciar que goza de un marco regulatorio bien establecido, instituciones con larga trayectoria, trabajadores de salud a todo nivel dedicados y experimentados, durante las últimas décadas el sistema ha ido acumulando una serie de problemas. El resultado es un sistema de salud desigual, fragmentada e ineficiente, sumado a la reciente inestabilidad política en el país que ha agudizado estos problemas dando como resultado una crisis en el sistema de salud de la cual el país no ha podido reponerse.



Conclusiones

El presente trabajo hace un recorrido muy general sobre la historia de la Salud en el Siglo 21, y como bajo las perspectivas de dos de los teóricos más influyentes en el campo de la Medicina, como Henry Ernest Sigerist (1957) y John Snow (1858), se presenta una visión de cómo el concepto de salud, ha ido evolucionando, dejando de lado la idea de que es un asunto meramente técnico o científico que solo importa a los sanitarios, para convertirse en una concepción más integral que se relaciona íntimamente con el factor social y que por lo tanto las acciones para mejorarla deben ser sociales.

Los conceptos; “Promoción de la Salud”, “Prevención” y “Curación o Restauración”, son el aporte que el médico francés Henry Sigerist, hace a la medicina, en el cual el profesional hace una valoración y rescate de las ideas principales de los precursores que se atrevieron a plantear el tema de la Salud, desde una óptica más social integrando otros factores que influyen en este proceso. Esta sistematización planteada por Sigerist ha logrado implementarse al menos en esencia y ha sido una de las claves para mejorar los sistemas de salud en muchos países.

El ideal planteado en Alma Ata, “Salud para todos”, se ha transformado en un empeoramiento de la salud para quienes no cuentan con recursos económicos y en consumismo tecnológico y sanitario para aquellos que si los tienen, a pesar de los esfuerzos y las grandes esperanzas depositadas en los pactos de Ottawa y Alma Ata se han visto incumplidas. Al contrario, se ha visto un crecimiento a modelos más ambiciosos que se alejan de este principio, encaminado a la selectividad y privatización. Si a finales de los 70, el objetivo era “Salud para todos”, la realidad ha sido bien distinta y no se ha podido materializar estas buenas propuestas, por lo que cabe preguntarse por qué fracasaron tantas buenas intenciones.

Según la Teoría del Desarrollo Humano, la Salud debe ser vista como un derecho y libertad universal, tal como se establece en la declaración de los Derechos Humanos, pero



llevar este concepto a la práctica requiere de una transformación de fondo, que permita ver otras opciones que incluyan a la sociedad como un actor importante en su transformación. Y lo ideal sería que cada país, lo contemplara dentro de sus agendas y planes de acción.

Es importante ver y entender el factor de la comunicación desde una perspectiva de dialogo que facilite los procesos de participación social. La comunicación para el Cambio Social rompe con los paradigmas modernistas y difusionista al plantear el tema de la participación, el cual es el aporte que hace Latinoamérica a la Escuela del Desarrollo. Según Gumucio la comunicación tiene que ser en consultada con las comunidades, no se trata simplemente de elaborar mensajes, sino de crear un proceso de participativo y a lo largo del mismo involucrar a las personas que participan en él, y que sean ellas quienes tomen las decisiones ya que es en esa toma de decisiones participativa en donde se generaran las innovaciones y la forma de hacer Comunicación para el Cambio Social.

Es importante anotar que toda organización o institución debe darle importancia a la forma en la que gestiona su comunicación y hacer una constante evaluación de la forma en que está comunicando a nivel interno y externo.

A nivel macro se pudieron conocer cuáles son las líneas o planes de acción que las organizaciones internacionales dictan para cada región y país, en el tema de la Salud, sin embargo en Guatemala la implementación de estas, representa un reto, ya que la estructura del Sistema de salud es complejo y fragmentado, y no existe una interrelación que permita un trabajo conjunto que permita ofrecer sanidad a toda la población, sumado a ello, la falta de recursos, y la corrupción son factores que inciden en que el sistema de Salud se encuentre frente a una de las crisis más grandes que hay podido atravesar.

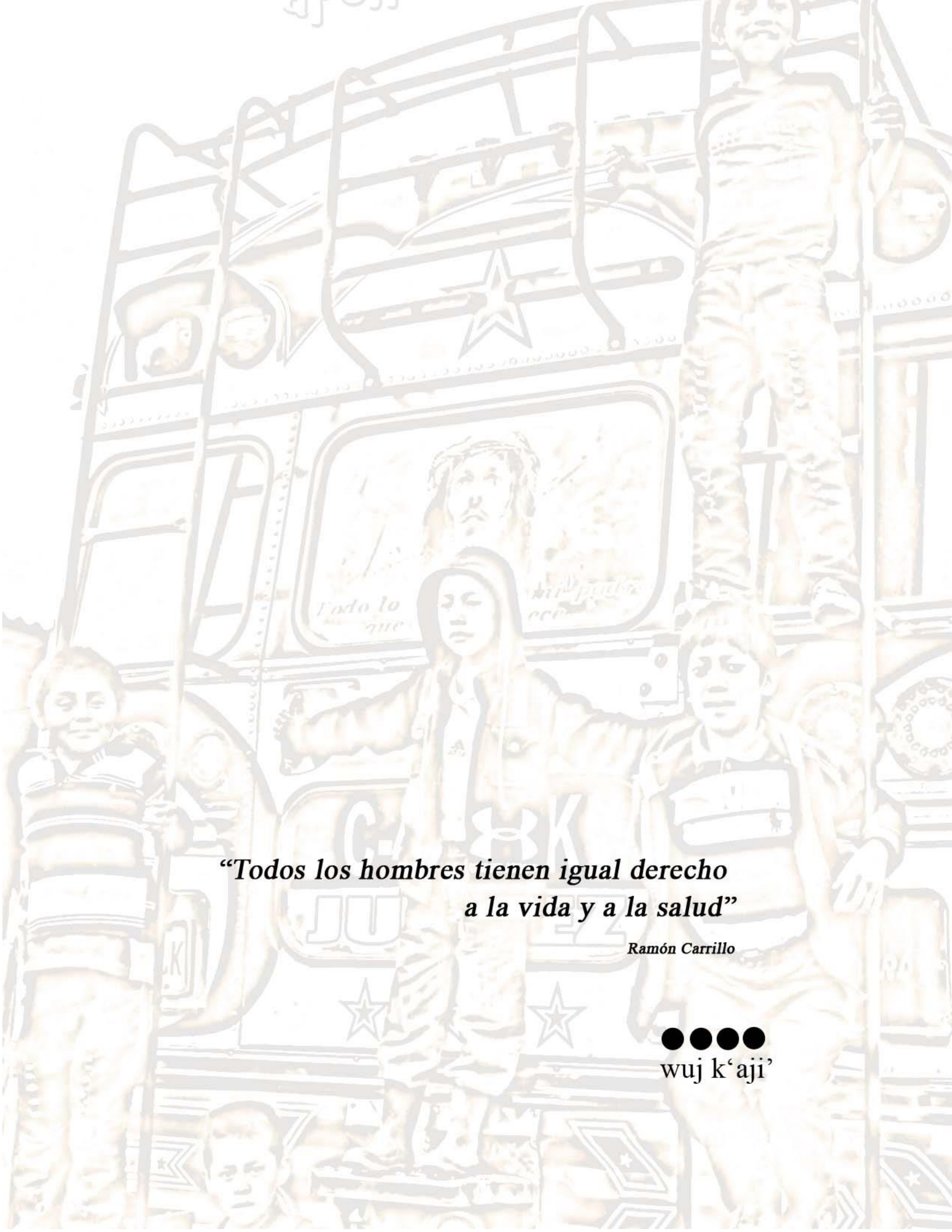
Las Ong en Salud, evidencia una debilidad más en este Sistema, ya que es necesario contar con estas organizaciones para hacer llegar este servicio a las zonas rurales del país. Y lamentablemente muchas de ellas, no cuenta con ese apoyo institucional y trabajan de manera independiente lo cual representa un desaprovechamiento en ese esfuerzo por unificar el Sistema de Salud en Guatemala.



La situación de la Salud en Guatemala, tiene una predisposición a la privatización, es tal la crisis de que vive, que la única respuesta que encuentra esta situación es migrar a la privatización de los servicios de salud.

Ante esta situación plantear un nuevo modelo de atención que sienta sus bases en la Inclusión y dirija sus esfuerzos a fortalecer la parte de prevención, es una alternativa viable que pueda llevar a largo plazo a salir de esta crisis. Ya que como se ha podido apreciar en la investigación la mayoría de las enfermedades que se atienden actualmente son prevenibles.

Es importante también considerar el factor de la multiculturalidad, ya que ello influye considerablemente en la forma en la que debe llevarse a cabo las tareas de prevención. Como lo plantea el Modelo Incluyente de Salud, el cual se fundamenta en tres perspectivas, un concepto incluyente y multidimensional de la salud-enfermedad, la categoría de reproducción social, los niveles de análisis-acción y una redefinición de qué es el primer nivel de atención.



***“Todos los hombres tienen igual derecho
a la vida y a la salud”***

Ramón Carrillo

●●●●
wuj k'aji'



*PARTE II. LA ASOCIACIÓN PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO, ASSADE:
ANÁLISIS Y PROPUESTA DE PLAN DE COMUNICACIÓN*

Capítulo 4.

**Análisis de la ONG ASSADE y de su imagen y
comunicación**



4.1. COMO INSTITUCIÓN

La Asociación para la Salud y el Desarrollo (ASSADE) se establece en San Andrés Itzapa. Un municipio que pertenece al departamento de Chimaltenango, localizado en el altiplano guatemalteco a 1,450 msnm, con una población para el año 2017 de acuerdo a las estimaciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 38,685 habitantes, de la cual más del 95 por ciento pertenece al grupo Maya Kaqchikel inmigrante. La organización se localiza específicamente a cuatro cuadras del centro del municipio, y a una del Juzgado de Paz. Municipio de clima frío, gran diversidad natural y mayoritariamente agrícola, especialmente dedicado al cultivo de maíz, frijol y hierbas para el consumo familiar. Itzapa proviene del vocablo Maya “*ruyaal chay*” que significa río de obsidiana, y que luego durante la colonización le agregarían al nombre San Andrés, para así completar el nombre oficial hasta la fecha.

Fuentes y Guzmán (1690) escribió. “Yace este lugar hacia la parte del septentrión, respecto de la situación de Guatemala en tierra alta de despejada llanura, con claros horizontes, y saludables vientos, que haciendo grata y acomodando su vivienda, su tierra fértil, y sus pastos feraces, y en mucho modo ofrece a sus habitantes mucha comodidad para vivir la vida humana, haciéndola feliz y sin dolencias a todo el implemento de dichosos...”

En cuanto al público que atiende ASSADE, se puede mencionar que beneficia directamente a más de 850 personas mensualmente en cuestiones diversas relacionadas a salud curativa. Se beneficia anualmente cerca de 400 niños de las comunidades vulnerables de la región en cuánto a salud preventiva y educación. El principal grupo beneficiario es el materno infantil de escasos recursos, aunque se atiende a todas las personas que lo requieren y no cuentan con recursos para pagar servicios privados siguiendo una máxima de la organización -el derecho universal a la salud-. De los beneficiarios el 49% son mujeres de 10 años en adelante, 34% niños y niñas menores de 10 años y 17% hombres. Al menos el 98% de la población atendida es indígena y de escasos recursos. Respecto al alcance comunitario de los beneficiarios propiciaron un mapa de impacto.

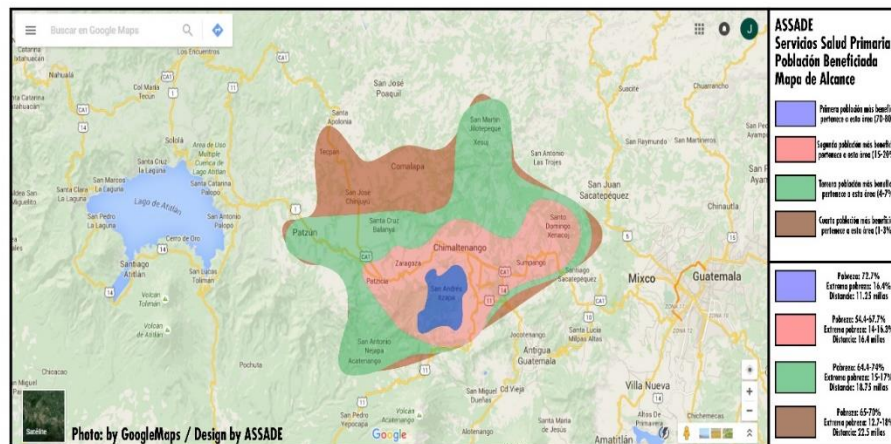


Figura 21. Mapa donde opera ASSADE
Fuente: ASSADE, 2016

4.1.1. Misión y visión

Basar todas las acciones en la convicción de que la asistencia sanitaria es un derecho constitutivo de los seres humanos y debe atender las necesidades psico-sociales de los individuos, familias y comunidades; y que entendería el desarrollo como la posibilidad de que los diferentes grupos y culturas sean agentes libres de su propio destino a nivel económico, social y político, siendo su fin último la armonía universo, naturaleza y humanidad: *Utzilaj k'aslem winakirem* en idioma Maya Kaqchikel.

Servir al menos del 75% al 100% de la población más pobre y susceptible la cual incluye preferencialmente a las mujeres embarazadas y los niños. Ser un centro integral auto sostenible de cuidados sanitarios completos que garantice el acceso a la salud universal digna y de calidad a las comunidades vulnerables de la región del altiplano guatemalteco. Un centro capaz de cubrir la atención primaria en salud, emergencias y educación para todos y todas en un ambiente adecuado, agradable, culturalmente armónico, diseñado e inspirado para cumplir nuestra filosofía: la búsqueda de la plenitud de vida en un período no mayor de quince años.

4.1.2. Objetivos y público atendido

- Garantizar el derecho de recibir cuidados y tratamientos sanitarios integrales – curativos y preventivos- para las comunidades vulnerables azotadas por un sistema excluyente, discriminatorio y alienado con intereses que menosprecian la vida.



- Proveer un derecho a la salud con las siguientes características: de calidad, respetuoso, equitativo, igualitario, justo, inclusivo, digno, innovador, pertinente y apasionado.
- Creación de la educación a través de la sinergia comunitaria en pro de la prevención sanitaria y el desarrollo, y la búsqueda de alternativas nuevas que solucionen las diversas problemáticas de la región.
- Búsqueda del *Utzilaj K'aslem Winakirem*, el equilibrio armónico entre la vida, humanidad y entorno natural desde el derecho sanitario como eje transformador de la cotidianidad sociocultural política de la región del altiplano guatemalteco.
- Establecer un modelo alternativo sobre asistencia sanitaria inclusiva a comunidades indígenas basados en lineamientos de conocimiento compartidos y aplicación sinérgica para la redefinición del derecho a salud; replicable a nivel nacional.

4.1.3 Recursos y Financiación

La unidad básica de análisis son los recursos individuales de la organización, pero para examinar cómo ésta puede crear ventaja competitiva debemos observar cómo los recursos trabajan en conjunto para crear capacidades. Por tanto, es útil realizar una distinción entre recursos y capacidades. Entendemos por recursos o activos de una organización el stock de factores disponibles y controlables para la empresa para desarrollar una determinada estrategia competitiva (Cuervo, 1993; López, 1996), y se clasifican en financiero, físicos, humanos, tecnológicos y reputación.

Por su parte, las capacidades o competencias son un conjunto de conocimientos y habilidades, e incluso tecnologías, que surgen del aprendizaje colectivo de la organización, consecuencia de la combinación de recursos, de la creación de rutinas organizativas, que desarrollan por intercambio de información con base al capital humano de la empresa, y dependen del sistema de incentivo e integración del personal (Cuervo, 1993).



La principal desventaja para identificar los recursos es que el sistema de información de gestión provee una visión parcial y distorsionada de los recursos organizacionales, pues el balance contable ignora los recursos intangibles y las habilidades de las personas. Un útil punto de partida es una clasificación funcional, en lo que coinciden Hofel y Schendel (1978) y Grant (1996), por ello es apropiado destacar que los recursos tangibles abarcan recursos físicos y financieros, mientras los intangibles comprenden recursos humanos, el valor de la marca, la reputación y las relaciones con usuarios y socios, la cultura organizacional y tecnología, mismos que toman cada vez mayor importancia y efectividad en la creación de valor y competitividad para la organización, en relación con los activos tangibles, lo cual es demostrado por estudios realizados por Jacobson (1988), Hansen y Wernerfelt (1989) y Hall (1992).

Los recursos de las organizaciones son todos aquellos elementos que están bajo el control de la organización, y que potencialmente pueden contribuir al logro de sus objetivos. Así mismo se pueden evaluar y monitorear en cuánto a utilización, rendimiento e impacto sobre las actividades que concatenan los programas y servicios con los que se busca cumplir los objetivos. La teoría de los recursos define a la empresa como una colección única de recursos y capacidades que no se pueden comprar y vender libremente en el mercado (Conner, 1991). De este modo, cada organización es única, y las diferencias de recursos y capacidades entre las distintas empresas, se manifiestan en diferencias en los resultados a largo plazo.

Por un lado, los recursos humanos encuadran el trabajo y conocimiento que aporta el conjunto de personas de la organización, un factor clave de la operatividad de organización y su éxito. La organización cuenta con siete personas laborando de manera permanente, cuatro en bases regulares por lapsos semanales, y el personal transitorio extranjero o voluntarios.

Por otro, los recursos sanitarios son también aquí esenciales. Siendo el área fundamental de acción de la organización cuestiones sanitarias cuenta con personal de enfermería profesional y auxiliar, médicos, estudiantes de medicina, etc. En cuanto a la parte de enfermería cuentan con el aval del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)



para desarrollar todas las funciones que define el Código de Salud de Guatemala, que incluye atención primaria. Los médicos son egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC) en sus distintas especialidades o postgrados, con sus colegiados activos lo que permite puedan ejercer en territorio nacional.

Los estudiantes de medicina de bases regulares provienen de cinco universidades del medio oeste de Estados Unidos y realizan rotaciones internacionales previas a obtener el título de médicos bajo la supervisión de médicos guatemaltecos. También hay que destacar el esfuerzo educativo. La fuerza que se une al servicio sanitario de la organización y el mayor componente de los programas es la educación, por lo que se cuenta con educadores en diferentes áreas como: educación para la salud, educación popular, cosmovisión y cultura maya y educación para el desarrollo.

Según Freire (2002) Una distintiva educación es posible, que pase del simple espectador a interferir en la realidad para modificarla, creando o recreando la herencia cultural recibida, integrándose a las condiciones de su contexto, respondiendo a sus desafíos, objetivándose a sí mismo, discerniendo, trascendiendo, se lanza el hombre a un dominio que le es exclusivo, el de la historia de la cultura (p. 30-31).

Por su parte la administración es también parte importante de la organización, esa parte que planifica, crea, implementa, monitorea y evalúa el desarrollo de la organización es la administrativa. Es aquí donde la sostenibilidad se define, y en la actualidad cuenta dos personas para la administración de todas las actividades de la organización, las cuales cuentan con títulos universitarios que se relacionan al área, y que además personas que han estado desde la creación de la organización por lo que se le suman ese proceso histórico de aprendizaje puntual.

En cuanto a los recursos materiales, estos abarcan aquellos bienes tangibles que la organización usa como herramientas dentro de sus actividades, proyectos y programas para la búsqueda y logro de sus objetivos. Es prudente decir que se debe considerar que los recursos materiales deben ser adecuados para el recurso humano que existen en la



organización, con la salvedad de que debido a la naturaleza de la misma el personal se rige en principio de trabajar con lo que existe in situ en cuanto sea posible, lo cual permite la ampliación de destreza e innovación en el desarrollo. Aquí se enumeran máquinas, equipos, inmuebles, insumos, productos o servicios, elementos de oficina, instrumentos, herramientas, etc.

Los recursos financieros engloban el efectivo y el conjunto de activos financieros que tienen un grado de liquidez, con los cuales la administración y operación de la organización es posible, es decir, que hay una sostenibilidad. Debido al tipo de organización es imprescindible recalcar esta parte ya que se considera a primera vista que organizaciones no gubernamentales dependen exclusivamente de la cooperación nacional o internacional. Las fuentes de recursos financieros de la organización se encuentran: servicios sanitarios ofrecidos a las comunidades, subvenciones nacionales e internacionales y socios de la cooperación internacional

Finalmente, los recursos intangibles se refieren a aquellos recursos distintos a los financieros, son los que no pueden ser percibidos físicamente. Una de las fuentes principales de la creación del recurso intangible es el recurso humano, y si bien es difícil estimar el valor numérico de los recursos tangibles si lo comparamos con los materiales, los intangibles pueden si se procura tener un impacto en la eficacia y eficiencia de la organización. Se caracterizan por ser indivisibles, acá debe mencionarse que son factores como: percepción o imagen de la organización en el público, relación con proveedores o socios de la cooperación, capacidad de adaptación e innovación, entre otros son fundamentales al momento de evaluar y determinar los resultados e impacto. A diferencia de los otros recursos, los intangibles no se pueden obtener en el mercado, ya que estos responden a un proceso histórico que surge en el seno de cada organización.

4.1.4. Estructura de la organización

La organización se estructura de forma de una ceiba centenario (*Yaxché*) según la cosmovisión Maya. En la parte de las raíces una parte abultada en forma de vientre se



encuentra la Junta Directiva, ese grupo de soñadores. Para llegar acá han atravesado los niveles debajo de la tierra, comúnmente conocido como Inframundo, que refiere al proceso histórico de Guatemala. La Junta directiva es la semilla inicial, la cual está conformada legalmente ante el Registro de las Personas Jurídicas y Dirección de Asuntos Jurídicos (SIREPEJU) y cuenta con un presidente, vicepresidente, secretario, tesorero y tres vocales. La parte del tronco de *Yaxché* que es lo que dirige y mantiene el equilibrio, la columna vertebral se encuentra estructurada en la parte administrativa y operativa de la organización bajo la filosofía interna. Las ramas y flores de *Yaxché* definen los niveles del cielo, que son factores que van implementándose a partir de la estructura principal, que abarcan servicios, proyectos y programas en las comunidades, provisión de sombra y cobijo según Figura 21 proporcionada por la organización.



Figura 22. Estructura de la organización según la cosmovisión Maya
Fuente propia 2017

Actualmente la organización cuenta con instalaciones donde abre a la comunidad la mayoría de sus servicios, proyectos y programas. Las instalaciones están abiertas a todas las comunidades, y funcionan con un sistema de camina-atención, que significa que las personas son atendidas conforme llegan sin número ni previa cita, con salvedad de las emergencias. Parte de los proyectos realizados en la comunidad la organización no cuenta con una estructura física por lo que utiliza los hogares de mujeres líderes o socias de la organización



como bases. La estructura física se divide en diecisiete áreas principales que abarcan: clínicas, sala de recuperación, farmacia, oficina, comedor, sala de espera, bodegas, desinfección de instrumentos, baños, patio y terraza. Según los planos básicos proporcionados por la organización se estructura físicamente como muestra.

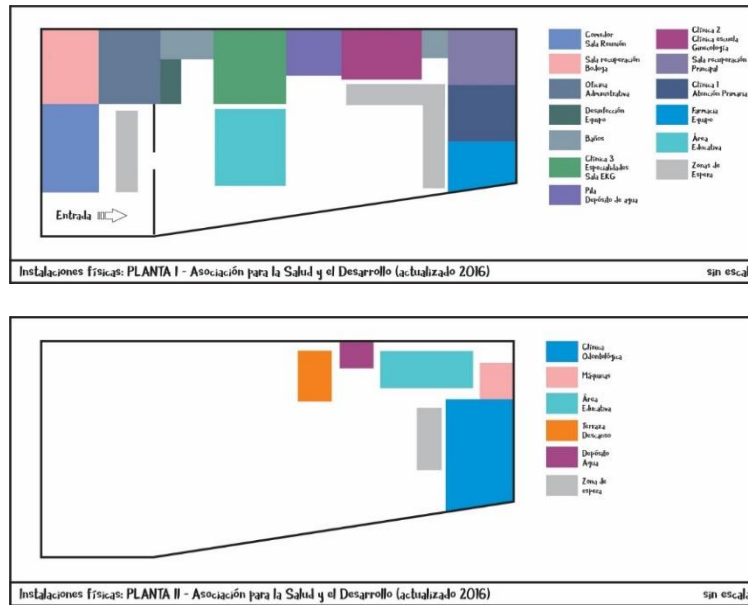


Figura 23. Estructura física de la organización
Fuente: ASSADE, 2016

4.1.5. Equipos

La organización cuenta con el equipo, instrumental e insumos necesarios para soportar los servicios permanentes que ofrece diariamente a las comunidades sin ninguna limitante puntual, ya que se estima que tiene capacidad para atender hasta dos mil personas mensualmente dentro de sus servicios permanentes y de mayor necesidad. Cabe resaltar que para nuevos servicios conforme se establecen se buscan donaciones en equipo y material para iniciar acciones, si en dado caso la organización no tenga la capacidad financiera para soportar el gasto. Los servicios en la parte curativa se encuentran equipados con calidad y de acuerdo a los lineamientos para un segundo nivel de atención sanitaria. Todos los equipos son propiedad de la organización y se consideran bienes abiertos para todas las comunidades sin excepción.



Dentro de los equipos que cuenta la organización se dividen de la siguiente manera: atención primaria, cirugía menor, sala de recuperación, emergencias, farmacia, ginecología, odontología, máquinas, depósitos agua, administrativos y educativos.

4.1.6. Gastos diversos

De acuerdo a la información proporcionada por la organización manejan un presupuesto de operación anual promedio de US\$ 80,000. Para soportar la parte administrativa la organización canaliza un 25% de este presupuesto, y el resto va enfocado en sostener los servicios y programas que abre a las comunidades. Cerca de un 60% del presupuesto soporta la parte curativa, y el resto se conduce a la prevención sanitaria. En el área curativa contempla gastos recurrentes en adquisición de medicamentos, insumos, equipo y herramientas para mantener las operaciones. En relación a la prevención los gastos contemplan insumos, dispositivos y material para realizar las actividades ligadas a la búsqueda y cumplimiento de sus objetivos.

4.2. PROYECTOS DESARROLLADOS

Hasta aquí, ASSADE funciona como un centro de atención primaria en salud con un modelo incluyente distintivo en el país, y esto lo logra a través de la complejidad en la creación e implementación de proyectos que integran este sistema que se sostienen en tres piedras inamovibles: sostenibilidad, impacto y participación comunitaria. Todos los proyectos desarrollados por la organización surgen a partir del seno comunitario. El proceso inicial se da a través de discusiones, mesas de diálogo, lluvias de ideas, entre comunitarios y personal de la organización el cual pasa a la siguiente etapa del diseño donde sigue el involucramiento de ambos. De esta manera se conduce hasta el desarrollo e implementación, a principio en nivel piloto para luego mayor escala, posterior al monitoreo y evaluación. Durante todo el proceso y etapas del proyecto la organización considera importante que el proceso sea participativo, y que las comunidades sean sujetos de construcción en salud y desarrollo.



4.2.1. Relación con la comunidad

Es un proceso participativo constantemente actualizado a través de la retroalimentación que conduce a la transformación más acertada, es esta relación la sinergia necesaria para resolver la problemática envolvente desde puntos de partida concretos, sostenibles y de alto impacto, a nivel comunitario, regional y/o nacional. A continuación, se describen los proyectos que la organización lleva a cabo independientemente y con otras entidades, tanto nacionales como internacionales.

K'uxiub'al – Educación y Desarrollo Comunitario

Fundamentado en la prevención sanitaria, enfocándose en tres condiciones prevalentes que amenazan la vida en la región: infecciones respiratorias, infecciones intestinales y desnutrición. Creación e implementación de acciones concretas para la erradicación de las causas concretas de las condiciones, complementándose en una segunda etapa por educación para la transformación individual y comunitaria. Potabilización del agua, construcción de estufas mejoradas, huertos familiares, sistemas de disposición de desechos, preservación medioambiental, cooperativas y educación popular.

K'etejik - Género y Sexualidad

Enfocado en la curación y prevención de cáncer de cérvix, así como la promoción y práctica de métodos de anticoncepción desde la perspectiva integrada comunitaria y control pre/post natal de mujeres vulnerables en la región. Contiene un componente educativo en derechos sexuales en jóvenes y adultos en la región. Talleres y capacitaciones para comadronas comunitarias del municipio y de municipios aledaños.

Suplementación de Nutrientes y Micronutrientes

Suplementación permanente sin discriminación y gratuidad de micronutrientes, vitaminas y alimentos complementarios al grupo materno infantil de las comunidades en bases semestrales. Este programa surge de la ausencia de cobertura en la región de estos bienes por parte del sector público de salud, y que son cruciales para el desarrollo y búsqueda



del bienestar humano a nivel individual y colectivo; la máxima de la organización es acercar el acceso sanitario integral a los excluidos especialmente.

Cirugía en niñez excluida

La cirugía necesaria en casos excepcionales que no cubre la salud pública o que el costo por ella esté fuera del alcance de la niñez. Creado para la complementación de tratamientos y/o cirugías en la niñez a través de la cooperación internacional para que a través de este los niños puedan tener un cambio en su desarrollo individual y social.

4.2.2. Relaciones con otras organizaciones

Siguiendo el tema de proyectos, la organización también lleva a cabo alguno de los proyectos en los que trabaja con instituciones nacionales e internacionales, a continuación, describimos su relación con las mismas.

DOCare International

Esta es una organización sin fines de lucro dedicada a promover servicios de atención sanitaria en el hemisferio occidente, incluyendo Perú, Haití, Guatemala y Nicaragua. En el año 2011 ASSADE firma un convenio de cooperación internacional para abrir una clínica más de atención primaria, sería una plataforma educativa para estudiantes de medicina de tercer y cuarto año de medicina de cinco universidades de Estados Unidos pudieran realizar rotaciones internacionales.

EntreMundos

Esta es una organización localizada en Quetzaltenango, y es una organización sin fines de lucro dedicada a apoyar otras organizaciones o grupos que están comprometidos en luchar en contra de la pobreza y en la defensa y promoción de los derechos humanos de las comunidades más marginadas y vulnerables del país. Mayormente esta organización apoya a nivel educativo para reforzar las características de cada organización y grupo, en la tecnificación, en coaching de diversos aspectos, todo enfocado en el reforzamiento de las fuerzas con las que llevan a cabo el trabajo que realizan. En el caso de ASSADE han



participado en entrenamientos como: Trabajo en equipo, Cooperación, Manejo de Donadores, Project para manejo de proyectos, Programas de desarrollo desde la perspectiva de la cosmogonía Maya, Medicina Ancestral, etc. Por otro lado, esta organización maneja un Programa de Pequeñas Donaciones en el cual abre convocatoria de noviembre a enero para presentar proyectos relacionados a los pilares mencionados en la que pueden participar organizaciones o grupos comunitarios que tengan personería jurídica.

Project C.U.R.E

Es una de las organizaciones más grandes en proveer insumos y equipo médico a países en vías de desarrollo alrededor del mundo. Ellos manejan diversos programas que van desde las donaciones de equipos para mejorar las instalaciones físicas de clínicas establecidas o bien insumos para programas como la higiene (con kits de cepillos o jabón).

Compassion Medicine

Es una organización sin fines de lucro establecida en Estados Unidos que está enfocada en proveer atención médica a niños con condiciones médicas severas de países afectados por pobreza extrema. Casos como: deformaciones genéticas, problemas cardíacos, prótesis de miembros, terapias, etc.

Feed my starving child

Es una organización cristiana sin fines de lucro dedicada a prestar comidas nutritivas enfocadas en la reducción de la desnutrición de países azotados por pobreza en el mundo.

GoPhilanthropic Foundation

Es una organización sin fines de lucro estadounidense dedicado a hacer una red de socios (organizaciones locales) y una red de donadores potenciales, y a través de su trabajo crear una sinergia entre organizaciones sobresalientes con necesidad de fondos y donadores que puedan conocer de primera mano el proyecto que soportan. Esta organización soporta proyectos únicamente en Nepal, India, Cambodia, Laos, Uganda y Vietnam, y desde 2016 en Guatemala.



Centro de Salud Madrileño

Una organización pública de atención primaria en Madrid que ha considerado las actividades educativas en la rama preventiva de ASSADE encajan de la mejor manera con los objetivos para permitir a las enfermeras profesionales que cursan el Máster en Educación Comunitaria de este centro pueda realizar rotaciones internacionales junto a la organización, donde apoyan con el recurso humano al proyecto. Se inició a trabajar en el año 2014, y hasta la fecha han pasado siete personas por esta experiencia.

Vitamin Angels

Una organización estadounidense sin fines de lucro dedicada a proveer de micronutrientes a organizaciones no gubernamentales en países en vías de desarrollo para cubrir una necesidad básica en áreas marginadas que las instituciones públicas no pueden cubrir. Funciona a través de un programa de suplementación de vitaminas, desparasitación y micronutrientes en niños y mujeres en etapa de lactancia.

Red de Protección de la Niñez y de la adolescencia

Una red que se crea a partir de organizaciones sin fines de lucro y entidades públicas de la región en fin de coordinar y accionar de manera conjunta acciones en pro de la niñez y de la adolescencia. Actividades educativas, foro, talleres, espacios saludables, etc., contemplan la red, y es una iniciativa apoyada por UNICEF Guatemala.

4.2.3. Otras ONGs de atención primaria de la región

ASSADE ejerce su tarea en un contexto en el que trabajan también otras ONGs de atención primaria como son; la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA); la Asociación Civil de Comadronas Tradicionales de Chimaltenango, (ACOTCHI); la Asociación de Comadronas y Educadoras de Salud Q´OMANEEL y la Asociación de Salud y Desarrollo Rxiin Tnamet, dichas organizaciones operan en el altiplano guatemalteco, para proveer de atención y servicios de salud a las comunidades indígenas que viven en esta región.



La Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA); la conforma una red 58 organizaciones comunitarias de salud o programas socios, entre los que se encuentran: clínicas y hospitales comunitarios; asociaciones de promotores, promotoras de salud; comadronas; cooperativas; terapeutas indígenas, diócesis y pastorales de salud. El trabajo que realiza esta organización impacta, especialmente en la población rural-indígena y ladina pobre con pocas posibilidades de acceso a los servicios de salud.

Por su parte (ACOTCHI) trabaja con las comadronas del departamento de Chimaltenango, esta organización busca aglutinar a las comadronas tradicionales y recoger su ser y sentir, constituyéndose en un instrumento organizativo eficaz, oportuno y responsable, que responda a las necesidades integrales de sus asociados, para construir una vida digna, libre y con igualdad en condiciones en la vida.

La Asociación de Comadronas y Educadoras de Salud Q´OMANEEL, se dedicada a la elaboración de productos a base de plantas medicinales, así como a transmitir el conocimiento acerca de su cultura y el uso de las plantas que ellas cosechan en el jardín de la Asociación, además de prestar servicios como comadronas.

Y finalmente Asociación de Salud y Desarrollo *Rxiin Tnamet*, es una organización de salud comunitaria con más de 40 años brindando servicios de salud integral preventivo y curativo para transformar las vidas del Pueblo Maya-Tzutujil de la orilla del Lago Atitlán, Sololá, Guatemala.

El punto en común de estas organizaciones, es que surgen de la necesidad de que en los lugares donde operan no se cuenta con la cobertura del servicio de atención en Salud. Al igual que ASSADE estas cuatro organizaciones trabajan en el primer nivel de atención en salud además de desarrollar actividades en paralelo en educación y formación para la prevención, aún sin tener una relación oficial entre ellas sus objetivos son compartidos. El logro obtenido por estas instituciones es que comprenden y respetan la idiosincrasia de los pobladores y eso hace posible establecer relaciones de confianza y tolerancia entre ambos.



4.3. COMUNICACIÓN

4.3.1. Campañas y acciones de comunicación de ASSADE

Las acciones de comunicación que regularmente realiza ASSADE se encuentran en círculos cerrados, como suelen ser con donadores y cooperantes nacionales e internacionales, la organización, comunica a través de informes las actividades realizadas y los resultados obtenidos a manera de mantener al tanto sobre un determinado proyecto o determinada acción. Estos informes suelen ser escritos o audiovisuales según cada caso de proyecto, y son un medio de transmitir los avances, logros, retos, lecciones aprendidas y hasta una forma de mantener la transparencia en la gestión de fondos. Así mismo cuando se ha intentado realizar algo de mayor envergadura en cuanto a comunicación, han centrado esfuerzos en material videográfico para luego divulgarlo en círculos de interés o abierto a público en redes sociales digitales.

La organización cuenta con un sitio web creado en 2009, se creó con el objeto de fortalecer la imagen organizacional, y fue diseñada con los elementos más básicos a nivel informativo sobre qué es, qué hace y qué necesita. Dentro de este únicamente se encuentran algunas fotografías de la labor que realizan y es verdad que una imagen transmite varias cosas, pero no está organizado por proyectos ni complementado con otro tipo de material más explícito que podría ser de utilidad. Todo esto evidencia una debilidad para la organización, que muchas veces no se actualiza debido a una cuestión de recursos, económicos o de formación en la rama.

Campañas

La organización hasta la fecha ha desarrollado campañas que giran en torno a; derechos sexuales, prevención para la purificación de agua y cocción de alimentos. Estas temáticas, surgen como el resultado de una investigación que ASSADE llevo a cabo en 2011, la cual tenía como objetivo identificar las enfermedades más recurrentes por parte de los usuarios, el resultado de esta determino en acciones que llevaran a la prevención de estas enfermedades, y por ello sus campañas son dirigidas a esta área.



A partir de ahí una de los proyectos educativos, relacionado a derechos sexuales es el que ha experimentado mayor campaña a nivel comunitario, en la divulgación en escuelas, grupos de jóvenes, mujeres líderes, aunque nada a nivel radial o televisivo. Sino a través de talleres interactivos educativos enfocados al área de la prevención.

Con cierta similitud el proyecto de prevención para la purificación de agua y cocción de alimentos segura se han hecho campañas a nivel comunitario sobre la problemática y sus soluciones inmediatas. Las campañas de fomento de hábitos saludables y construcción de agentes de salud se realizan en las escuelas año con año desde el año dos mil doce.

A nivel externo no se ha realizado ninguna campaña a nivel regional, nacional o internacional sobre ASSADE, sus objetivos, proyectos o programas, actividades, entre otras. A nivel municipal ASSADE participó en una campaña en contra de la disposición de desechos de la municipalidad a nivel de organizaciones locales, que culminó en una denuncia formal ante la municipalidad por la gravedad de la situación y un plan de disposición de desechos técnico, sin embargo, aún no está procesada y la situación sigue aumentando.

Otras campañas, que los voluntarios han realizado por decisión propia en sus países de origen para la recaudación de insumos o recurso económico para apoyar alguna rama en específico han sido los únicos medios por los cuales se ha divulgado en sí qué es ASSADE.

Producción Audiovisual

En cuanto al trabajo audiovisual ASSADE cuenta con un canal de YouTube, identificado como ASSADE Guatemala, en el cual se han desarrollado alrededor de 15 videos, los cuales van enfocados, a los proyectos que realizan tanto dentro de la clínica como fuera y a la labor del voluntariado. Alguno de estos materiales audiovisuales son obra de los propios voluntarios y el encargado de Proyectos, con el objetivo de mostrar de manera gráfica el trabajo que se realiza. <https://www.youtube.com/user/amiklan231> (Ver anexo 1)



Lamentablemente estos materiales no cuentan con lineamientos o estándares de calidad que ayuden a la identificación correcta de la organización, algunos son muy largos y densos, no puntualizan las acciones específicas, sin embargo, la idea que sean hechos por voluntarios, le da ese toque participativo lo cual ayudaría mucho a potencializar este canal.

Otros videos encontrados, en esta investigación, son los que ha llevado a cabo la organización DOCARE Internacional y aunque va en la misma línea de ser elaborado por voluntarios o colaboradores, estos si cuentan con una clara línea de identificación, por lo tanto, considero que: si ASSADE adopta esta estrategia, en las producciones audiovisuales que realiza, podría ayudar a potencializar su imagen.

Página WEB y Redes Sociales

Como se menciona anteriormente la página web la cual fue realizada en el año 2009, misma que desde entonces no se ha renovado. Para este 2017, se tiene previsto una actualización y remozamiento de la misma ya que la institución considera que es una herramienta importante de cara a sus socios, voluntarios y público en general, la cual contribuye a la manera en que proyecta su imagen externa. La página web de ASSADE se encuentra alojada en, www.assade.org, y está disponible en español e inglés. En canto al tema de las redes sociales, la organización, posee únicamente un perfil de usuario en Facebook, el cual está muy mal gestionado y no transmite ese carácter institucional que ASSADE busca. Por lo anterior podemos decir que la organización no cuenta con redes sociales profesionales y sería conveniente que reflexionara sobre ello.



*Figura 24. Página Web ASSADE
Fuente ASSADE 2009*



4.3.2. Análisis y diagnóstico de la ONG ASSADE en relación a la comunicación

La organización no cuenta con un departamento de comunicación, debido al bajo presupuesto con el que opera, sin embargo, a pesar de ello ASSADE, ha logrado impactar en el lugar que opera, ha conseguido dar a conocer sus proyectos de atención y promoción de salud, educación y empoderamiento en los locatarios. En este apartado se realizará un análisis y diagnóstico sobre la forma experimental en que la organización ha desarrollado su comunicación, para recoger lo bueno de este proceso y desde esa perspectiva diseñar un plan estratégico que dicte los lineamientos para mejorar su proceso de comunicación interna y externa, tomando en cuenta las buenas prácticas que hasta ahora ha desarrollado de manera empírica.

4.3.3. FODA y Diagrama Ishikawa

Estas herramientas de análisis nos permitirán conocer las Fortalezas y Debilidades encontradas en la organización relacionadas a la comunicación, mientras que el diagrama, nos permitirá clarificar las causas del problema en esta área. A través de él se clasifican las diversas causas que se piensa que afectan los resultados del trabajo, señalando con flechas la relación causa – efecto entre ellas.

Tabla 5
Análisis FODA

Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
Infraestructura, un espacio diseñado específicamente para la atención en salud. Equipo, se cuenta con el equipo necesario para cubrir los servicios que se abren a la comunidad sin limitantes. Trayectoria, más de doce años de experiencia trabajando en las comunidades. Comunicación, confianza y trabajo con las comunidades	Consortios con otras entidades u organizaciones, hasta el momento se mantiene relación estrecha con algunas organizaciones de la región, pero se considera que hace falta mejorarla y concatenar esfuerzos en común para la transformación organizada desde las instituciones gubernamentales y privadas.	Al no contar con un plan de comunicación, la organización tiene la posibilidad de diseñar uno que reúna todas las características necesarias para mejorar sus procesos comunicativos. Plantear un plan estratégico de comunicación eficiente y adecuada para trasladar las actividades y proyectos fuera de la región, a vistas de personas y organizaciones nacionales y extranjeras que puedan tener criterios y filosofías afines que puedan unirse al proceso de transformación a través del voluntariado o la cooperación.	Comunicación institucional deficiente, hasta el momento a nivel comunitario los servicios y atención se comunican a través de un usuario a otro. Respecto a las actividades que se realizan en proyectos o dentro de las instalaciones se comunican únicamente con los socios a través de boletines, informes o visitas.

Nota: Identificar las fortalezas, oportunidades, amenazas y debilidades de la organización en la comunicación.

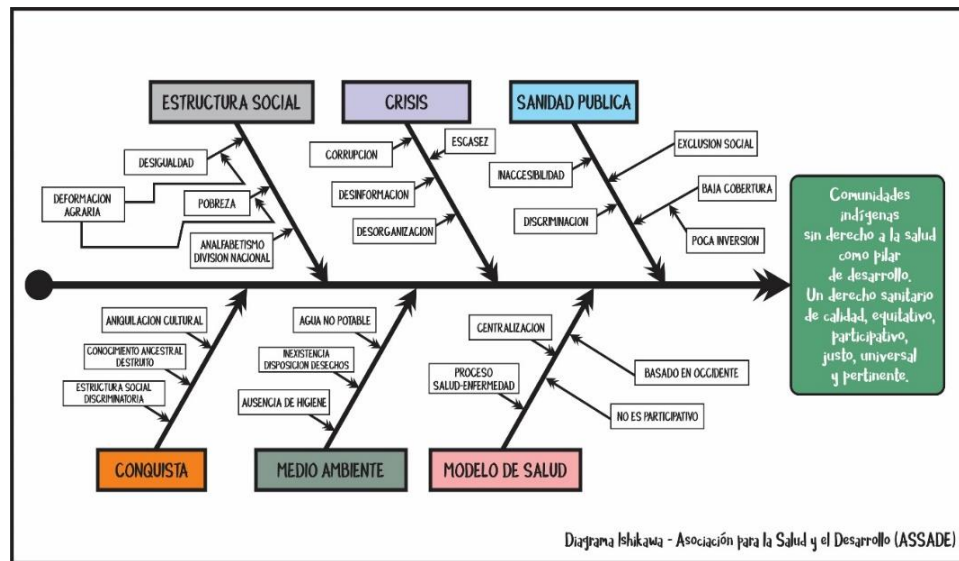


Figura 25. Diagrama de Ishikawa
Fuente Propia 2017

4.4. TRABAJO DE CAMPO

Dentro de los objetivos que plantea esta investigación, están el conocer el grado de conocimiento y percepción que tienen los voluntarios acerca de la Asociación, además de identificar cuáles son los programas de salud preventiva que tiene mayor demanda por voluntarios y como ven la comunicación de la organización, para ello se realizó una entrevista semi estructurada, vía Skype a dos de ellas, y los resultados de ambas entrevistas se presentan en este trabajo de campo. Inicialmente se buscaba que fuera a 6 voluntarios, pero debido a las agendas y horarios no se pudo concretar con más personas. Siguiendo en esta misma línea se diseñó una entrevista para los colaboradores de la organización, para entender cuáles son sus motivaciones y al mismo tiempo saber cómo funcionan sus procesos de comunicación a nivel interno y externo.

Finalmente se desarrolló una encuesta tipo cuestionario, dirigida a los usuarios de la organización esto con el fin de saber si ellos se sienten satisfechos con el servicio brindado y también estar al tanto de cómo ven o perciben la comunicación de ASSADE.



4.4.1 Entrevista aplicada a voluntarios ASSADE:

Objetivo

Determinar el grado de conocimiento que tienen los voluntarios acerca de la Asociación y su percepción hacia ella, sobre la labor en el campo de la salud y sobre la comunicación que realiza. Identificar los puntos fuertes y los posibles aspectos a mejorar. (Ver Anexo 2)

Las preguntas se dividieron en tres bloques:

La primera parte para recabar información acerca del Conocimiento de la Organización. Complementado esto con la experiencia propia del voluntario trabajando en la organización. Y por último cuál era la perspectiva sobre la comunicación en ASSADE que vivieron.

Parte I Conocimiento de la Organización

Se realizaron 2 entrevistas: Lamentablemente, se hizo difícil contactar con más personas debido a que los sugeridos por la organización trabajan en el sector de salud y sus horarios no permitieron hacer una entrevista, el medio utilizado fue de videollamada Skype. Voluntarias entrevistadas Aranzazú Ruiz y Lorena Lorenti de España.

Tabla 6
¿Cómo conocieron la organización?

Aranzazú	Lorena
<i>“...por un anuncio que pusieron ellos en una web de red de voluntariados y fue allí por donde conecte con ellos. En aquel momento yo quería hacer un voluntariado en Centroamérica, estaba interesada en México y lo más cercano que encontré fue Guatemala”</i>	<i>“Fue por una compañera de trabajo que había hecho ya de voluntaria y es la ex esposa de uno de los colaboradores y ella me hablo y me lo recomendó”.</i>

Nota: Ambas voluntarias conocieron la organización de forma diferente, una por la recomendación de una ex voluntaria y la otra a través de una plataforma digital donde se alojaba ASADE. En cuanto a la percepción que se tiene sobre la organización, ambas coinciden en, “*que es una organización confiable y que realmente hace una gran labor dentro de la región que opera*”. Lo cual genera confianza en ella para recomendarla en sus círculos cercanos.



Tabla 7
La motivación que los llevo a ser voluntarios de la organización

Aranzazú	Lorena
<i>“Tú ya sabes que a mí me va con el palpar el corazón, cuando me escribían me sentía cómoda. El Enlace con los voluntarias, que más adelante me entere que era Julio, pues me hacía sentir cómoda, me sentía con la confianza de poder decir mis necesidades y yo podría expresarles justo lo que podría aportar sin más ni menos y eso me hizo involucrarme. Y lo que más me gusto es que fuera a mujeres y a niños”.</i>	<i>“me lo pusieron muy fácil, la organización realizar un trabajo en el que ayudan a la gente, antes de ello yo estuve investigando otras ongs y te pedían dinero y en ASSADE no. En ASSADE solo te pedían que tu fueras y que llevaras muchas ganas de trabajar y colaborar. Te facilitaban hospedaje, me ayudaron a buscar vuelos, me hablaron del proyecto que tenían de educación, proyectos de fuentes agua y chimenea. Que no piden dinero sino que simplemente ayuden”</i>

Nota: En esta pregunta, las respuestas difieren, para una de ellas la motivación se la dio una corazonada, y para la otra fue porque la organización lo hizo accesible para ella. Otro factor que influyó es el tipo de voluntariado ya que este involucraba trabajar con niños y mujeres en materia de educación y prevención.

Parte II Experiencia en el voluntariado

Tabla 8
Experiencia como Voluntaria

Aranzazú	Lorena
<i>“Pues fue muy buena porque me permitió hacer cosas que antes no había hecho, conocer otra cultura y conocer varios lugares muy chulos de Guatemala, hice amigos, fue una bonita experiencia”... “Estuve alrededor de un mes colaborando en la clínica y en los programas de educación y desarrollo comunitario, en el mes que estuve”.</i>	<i>“Wow impresionante, como voluntaria es que no me sentí como una voluntaria, me sentí como si fuese a casa de unos familiares, es que no sé cómo explicar pero me sentí parte de esa familia que conforma ASSADE y formando parte de la familia de Julio y Maria Elena. Me sentí reconocida profesionalmente, apoyada, que todo eran facilidades, yo procuraba no molestar en absoluto adaptarme lo más posible y es que no era necesario. Todo era facilidad. Conecto con tu filosofía de vida” “Estuve tres meses como voluntaria”</i>

Nota: Ambas coinciden en que fue una buena experiencia y se sintieron parte de una familia.



Tabla 9
Lo que más le gusto de esta experiencia

Aranzazú	Lorena
<p><i>Para mí fue muy importante, tener a Julio no es como ayudante sino como colaborador yo sentía que cada paso que yo daba no lo daba sola y habían momentos en los que los pasos eran bastantes duros y Julio jamás me dejó caer, y eso para mí fue muy importante... organizamos unos talleres para soltar todo aquello que no necesitamos cargar en nuestras vidas, traumas en fin esas cosas que nos pesan. Y fue impresionante como un grupo de mujeres que muchas veces no quieren decir porque todas se conocen, no quieren hablar porque ya luego puede ser cotilleo del barrio, pues soltaron esas cosas y cuando terminé eso, era obvio que eso se quedara allí, que nadie se lo iba a llevar, eso para mí fue muy importante. Otro momento que también fue muy impactante, María Elena me llamo, yo estaba en consulta y me dijo que un bebe acababa de morir que tenía que apoyar a la madre y para mí fue un paso muy importante en mi carrera profesional porque tuve que poner en práctica en un segundo todas las herramientas que había leído en papel.</i></p>	<p><i>“Pues la verdad eso de fungir como maestra a niños pequeños estar en una clase, yo había impartido talleres pero no a niños y ver como ellos te miraban expectantes, como la gente te agradecía por lo muy poco que hubieras colaborado yo tampoco se mucho de educación, pero simplemente estés allí, ellos te lo agradecen demasiado, era muy gratificante. El vínculo que se forma, y todo ello. Y lo recomendaría a todo el mundo”.</i></p>

Nota: Las voluntarias comparten que el hecho de llevar a cabo actividades diferentes, el contacto con la gente a través de actividades lúdicas y participativas sumado a ello sentir el seguimiento apoyo y respaldo de la organización, es lo que destacan.

Tabla 10
¿Qué mejoraría de esa experiencia?

Aranzazú	Lorena
<p><i>“me gustaría que si voy a impartir talleres, esa información o esa publicidad estuviese dada antes de que yo vaya. Por ejemplo eso sería muy importante que los usuarios tuvieran acceso a la información antes. Porque cuando yo llegue hubo que hacer un trabajo de comunicación, de promoción de unir lazos, yo creo que eso sería productiva que ellos conocieran que tipo de voluntario va a ir, con qué tipo de competencias cuenta para generar toda una red de cuál es tu valor allí. Yo le pediría al voluntario que se posicionara un poco, yo sé que es difícil más si es su primer voluntariado pero que se posicionara en las herramientas que él tiene y en que va ayudar que proyectos, ambas partes”</i></p>	<p><i>“Mmmm la verdad es que no vi ninguna pega, en que el lugar de residencia para los voluntarios estuviera en antigua y no en san Andrés, porque había tardes que terminábamos de hacer el trabajo, en antigua hay más cosas que hacer. En san Andrés no hay nada, para hacer luego”</i></p>

Nota: En esta pregunta, vuelven a darse respuestas diferenciadas, por un lado, para una de ellas, es importante conocer previamente el perfil del voluntario y en base a ello estructurar sus actividades y aportaciones mientras



que, para la otra, es el lugar de residencia, ya que luego de las horas de voluntariado, le gustaría poder realizar actividades de recreación y ocio y el lugar donde se ubica la organización no posee ello.

Parte III Comunicación en la organización

Tabla 11
La comunicación interna y externa de ASSADE

Aranzazú	Lorena
<p>Comunicación interna, ay pues aquí es un tema difícil, la comunicación yo creo que uno de los mayores problemas que ellos tienen, primero porque por suerte o por desgracia es una empresa familiar y eso conlleva a muchas ventajas que se gestione mucho más fácil algunas cosas y al mismo tiempo eso hace que eso sea más farragosa, yo sé que ellos roles como bien estipulados, de quien hace esto y lo otro, creo que ello.</p>	<p>Comunicación interna: Es súper buena, con Julio, cualquier problema que se nos presentaba pues ellos nos apoyaban, y nos hacían sentir parte de todo lo que ellos hacen. Informan súper bien, digamos súper bien organizada y formal. Cosas claras y educadas, Julio nunca lo oírás diciendo una cosa mala es un chico súper bueno.</p>
Aranzazú	Lorena
<p>Comunicación externa...La página web estaba actualizada, pues me pareció si que vi que había cosas que se hacían y no estaban puestas allí, la página de Facebook pues no la vi mucho porque yo casi no la visito. La página a nivel de estética me gustó mucho, te juro me fue a decir que si yo quiero ir a trabajar aquí, muchas ongs sus páginas, sus fotos eran así blanquitos con niñitos de color, rubias preciosas, todos súper aseado y maravillosos, la gente que dirigía la asociación y a la gente que iba ayudar eran indígenas o gente de color, gente humilde, entonces esa separación esa superioridad y paternalismo no me gustó nada, y justo en ASSADE vi una organización natural concertada con la realidad. Realmente te voy a contar algo que es lo que realmente hago.</p>	<p>Comunicación externa... Yo la veía súper cercana con la gente, Maria Elena, que es la madre de Julio, Luis y Danilo, pues una relación muy cercana yo veía a la gente que llegaba y preguntaba por la doctora y la doctora y tratar a la gente como una familia, yo vi llegar a una familia que no tenía recursos y les brindaba atención. Los trataban como una pequeña familia, no la típica soy médico usted y paciente, sino esto le pasa, y la gente se fiaba de ellos, y luego Julio ha trabajado muy bien su relación con escuelas y pues ello ayuda a que los programas se den igual con los grupos de mujeres. Y la doctora siempre sabe cuidar a sus pacientes.</p>

Nota: En cuanto a la comunicación, interna nuevamente los puntos de vista de las voluntarias vuelven a contraponerse, por un lado, una considera que la comunicación es uno de los mayores problemas con los que la organización tiene que lidiar y que ello se debe a que la empresa es familiar, entonces a veces no se saben separar ello, haciendo que la gestión se torne lenta. Sin embargo, la opinión de la otra voluntaria, indica la comunicación es muy buena y que esto es gracias a la persona que tiene a su cargo la relación con los voluntarios (encargado de proyectos) la que hace que la comunicación se dé sin problemas.



En cuanto a la tarea de generar y promover los temas de salud, prevención y educación las entrevistadas, indicaron que no vieron nada. Una de ellas indico que en una oportunidad hicieron un cartel para pegarlo en la iglesia y en la municipalidad y fueron a la radio, pero que esta acción no tuvo ningún resultado, ya que fue la fundadora, la que hablo con una mujer que es líder en la comunidad y a través de ella, consiguieron participantes en los talleres.

En cuanto a la página web, pues los puntos de vista se contraponen, por un lado, Lorena dice que debe mejorarse y también las redes sociales, ya que esto permitiría que más personas pudieran ver lo que hace la asociación, que hoy la mayoría está en redes sociales, que deben crear Instagram y poner fotos de sus diferentes actividades, y una página que muestre a las personas que son parte de ASSADE. Mientras que para Aranzazú, la página está muy bien, porque es muy natural, que antes que mejorar la comunicación hacia fuera, deben mejorar la comunicación interna y la logística para tener un lugar en donde recibir a los voluntarios, y establecer un programa estrella o varios e integrarlos, para que el voluntario pueda aportar tanto si es experimentado o no.

En cuanto a las sugerencias, de que podría mejorarse a nivel de la comunicación, las entrevistadas respondieron;

Tabla 12
Mejoras para la organización

Aranzazú	Lorena
<i>“la logística y la comunicación entre ellos, ya que la credibilidad la tienen, tanto por los usuarios como por quienes llegan y la conocen”</i>	<i>“Yo creo que tiene un convenio con una universidad de Madrid, con más comunidades, fueron de prácticas, con sus estudios, creo que podrían comunicarse con el paciente, abrir practicas allí, luego hacer una página web más grande, sea fácil acceder, yo me encontré y había mucho problema para ver unas fotos. El Facebook igual subir fotos de todo lo que hacen, escribir más cosas, hacer un blog, está bien, usar el nivel online, para que se llega a la gente o Instagram”</i>

Nota: Según las entrevistadas, el tema de la gestión en su comunicación es algo que debe mejorarse, para dar pie a cambios estructurales en la forma en la que busca proyectarse.



4.4.2 Entrevista aplicada a colaboradores

Objetivo

Conocer de primera mano sus motivaciones, percepciones al trabajar en esta organización.

La entrevista en profundidad es una entrevista no estructurada, directa y personal. Generalmente se usa para descubrir las motivaciones, creencias, actitudes y sentimientos sobre un tema en particular.

Las entrevistas de este trabajo se realizaron de forma individual a cinco de los colaboradores permanentes de la organización a través video llamadas, debido a que los participantes se encontraban en Guatemala, sin embargo, fue la mejor manera para conseguir esta información. (Ver anexo 3)

Las preguntas se dividieron en tres bloques: La primera parte para recolección de datos generales y conocer sobre el rol de cada colaborador dentro de la organización. Pasando a una segunda etapa para comprender de primera mano la experiencia y lo que los llevó a formar parte de la organización. Por último, para concatenar información sobre la comunicación desde la perspectiva interna de quienes día a día trabajan en la organización.

Parte I - Datos y Rol en la organización

En total se realizaron 5 entrevistas: Administrador general de ASSADE, Raúl Barrera; la fundadora y al mismo tiempo médico de la organización, María Elena Letona; el médico, Erick Hernández; el encargado de proyectos, Julio Alberto Chávez y la enfermera y auxiliar de farmacia, Holga Salvajan.

Es importante mencionar que tres de los siete colaboradores son familia, relación; madre e hijos, y al consultar sobre su experiencia, coincidieron que es un legado de su madre, ya que ella decidió iniciar este proyecto y decidieron apoyarla.



Tabla 13
¿Qué experiencia les deja ser colaboradores de ASSADE?

Raúl	María Elena	Erick	Julio	Holga
<p>"la experiencia que considero que hoy por hoy tengo, son gracias a los momentos difíciles que hemos tenido que enfrentar los que me ha permitido generar ideas y buscar soluciones para poder salir adelante".</p>	<p>"Nunca había trabajado en el área rural, hospitalaria y urbana, me llamo la atención durante esos dos años de trabajo con la municipal, habían muchas necesidades en salud que a nadie le interesaba y pues es así, gente discriminada sin derecho a una atención digna, y pues es así como de una manera un tanto accidentada me animo a llevar a cabo este proyecto. Sumado a ello, un acontecimiento en mi vida, la muerte de mi hermano me marco en la vida, y pensé que él había muerto por los derechos de todos, y ASSADE es un proyecto con el que busco honrar su memoria.</p>	<p>"considero un trabajo muy interesante y me gusta mucho, estamos en un área básicamente rural, en donde la mayoría de pacientes son indígenas. Y esta es la razón de la organización atender a esta parte de la población y me gusta porque puedo apoyar y contribuir con mi trabajo en esta labor".</p>	<p>"...la visión y la filosofía que se maneja, tengo afinidad por esas formas de ver, la estructura y la forma de ayudar, como si descubriera una nueva forma de ayudar a través de una organización confines sociales".</p>	<p>"Al principio no me gustaba, debo decir que no le encontraba el gusto, pero con el paso del tiempo al ver el trabajo de la doctora y ver como ella atendía, con ese espíritu de servicio pues me fui motivando en esta labor".</p>

Nota: Los entrevistados coinciden que es una experiencia de vida y que se sienten a gusto como colaboradores de esta organización, por los valores y filosofía que la organización maneja.

Tabla 14
Motivaciones

Raúl	María Elena	Erick	Julio	Holga
<p>"el estar consciente y conocer las necesidades de la gente que nos visita poder ser parte de un cambio integral de las comunidades que atendemos. Poder cambiar algunas mentalidades dentro de la gente, eso es lo que al final mucho más que el salario, es más gratificante".</p>	<p>"...poder servir con este poco conocimiento a otros, en este caso personas olvidadas por los sistemas públicos, privados, políticos. Y cuando se me presenta algún problema tengo a mano una red de amigos médicos que me apoyan de manera voluntaria en el tema de asesoramiento u orientándome en algunas dudas que me surjan, esto para darle al paciente la mejor atención".</p>	<p>"...estar apoyando a las personas de bajo recursos que no tiene mucha educación, y que ellos pues también manejan otra percepción de la salud. Unas que tienen que ver con sus prácticas originales que se han heredado de sus abuelos, de sus antepasados y son conocimientos y prácticas de la medicina tradicional.</p>	<p>"A nivel personal considero que se está haciendo un cambio a nivel estructural y comparto ello, considerar el hecho de que si las cosas se pueden cambiar aunque sea mínimamente".</p>	<p>"Mi sueño es ser médico, y yo siento que necesito tener más experiencia en esto. Me motiva mucho trabajar aquí por el ambiente y un trato libre de discriminación en otros lugares no siempre es así, tratan a la gente dependiendo de cómo la vea.</p>

Nota: Las motivaciones se unifican en el tipo de trabajo que se hace, uno de carácter social. Los colaboradores consideran que cada uno desde sus capacidades aporta en la tarea de hacer algo que mejore las condiciones de vida de los pobladores que atiende ASSADE.

Tabla 15
Dificultades

Raúl	María Elena	Erick	Julio	Holga
<p>"Limitaciones económicas, equipo de insumos que se han tenido, y que de alguna manera hemos tenido que suplir esas necesidades, no todo el camino de ASSADE ha sido color de rosa"</p>	<p>"usted sabe que nadie es discípulo en su propia tierra, y pues la gente mala, siempre está buscando como dañar o frenar los proyectos, luchar en contra de la corriente, nadie puede entender porque tanta gente está a la par mía, que la confianza se gana y el respeto".</p>	<p>"en mi caso el idioma ya que muchos de los pacientes que atendemos no hablan muy bien el español y yo no puedo hablar los idiomas maternos de muchos de ellos, entonces hemos necesitado de un traductor.". la medicina tradicional.</p>	<p>"iniciar algo desde cero, como manejar la logística e intentar planear y manejar una idea o proyecto sin recursos y comenzar de cero. Pasar de esa línea de la idea a hacerlo realidad".</p>	<p>"Es ver morir a un paciente, fue para mí un terror enorme ya que uno pues se enfrenta a esa impotencia en la que ya nada se puede hacer. Aunque ahora pues ya he ido superándolo"</p>



Nota: Dentro de las dificultades que destacan, se encuentran los recursos económicos, empezar proyectos desde cero, el idioma y el descontento de algunas personas que ven el tema de salud, solo que de un modo privado. Pero al parecer ninguna de estas situaciones ha frenado el trabajo de ASSADE al contrario, ha surgido la creatividad y han salido adelante.

Tabla 16
Experiencia con voluntarios

Raúl	María Elena	Erick	Julio	Holga
<i>"bastante buena, toda persona que se acerca a la organización es una persona potencialmente capaz, de poder venir y ofrecer un tipo de ayuda, apoyo o soporte a las actividades que día a día se realizan dentro de la organización"</i>	<i>... "ha sido muy importante y es admirable, que venga de países tan lejanos, desarrollados que vean realmente como es nuestra realidad"... es fácil cuando ambas partes buscamos establecer un equilibrio.</i>	<i>"muy buena, porque con la participación de ellos se han establecido programas en salud, en prevención. Por ejemplo se han visitado las escuelas primarias, se ha platicado con niños, comadronas, también se tiene un programa de agua purificada, ellos han acudido a las casas de algunos pacientes y participar en la colocación de filtros para la purificación de agua, estufas ecológicas, también visitan enfermos que por diferentes razones no pueden acudir a la clínicas"</i>	<i>"Siempre he estado a favor de contar con personas como los voluntarios, sin importar el lugar de origen, considero que son una fuerza bastante grande, para poder cumplir con muchos objetivos que se plantean porque digamos contar con ellos representa una serie de ventajas, más allá de que el servicio sea adonorem que llegue un voluntario introduce otra perspectiva y opiniones, sobre el trabajo"</i>	<i>"Pienso que es muy importante ya que aportan conocimientos... uno aprende cosas nuevas y seguramente ellos también se lleva una bonita experiencia al compartir con nosotros"</i>

Nota: Coinciden en que ha sido buena experiencia contar con voluntarios además de que su participación ha contribuido en el trabajo que la organización lleva a cabo.

Parte III La comunicación interna o externa

Interna; La comunicación interna en ASSADE, se realiza de forma personalizada, es decir uno a uno y los colaboradores consideran efectiva esta forma porque son pocas personas, además de ello, la administración programa reuniones de grupo una vez al mes y manejan una agenda para ir abordando diferentes temas, evaluando programas, objetivos y planes de la organización.

En cuanto a cómo se da el proceso de comunicación interna, cuando se cuenta con voluntarios los colaboradores, respondieron.



Tabla 17
Comunicación interna o externa

Raúl	María Elena	Erick	Julio	Holga
<p><i>“Se le toma en cuenta si los voluntarios ya están puestos en ASSADE, es necesario que participen de manera presencial en dichas actividades ya que es parte del proceso de ser voluntario, es aquí donde podemos escucharlos, conocer sus puntos de vista, que aporten sus ideas y que se genere ese proceso”.</i></p>	<p><i>“se habla con ellos, y tratamos de que participen en nuestras actividades”</i></p>	<p><i>“buscamos integrarlo a todas nuestras actividades, pero la persona que se encarga, es el encargado de proyectos no tenemos mucha incidencia, más bien ya si trabajan con nosotros pues buscamos integrarlos”.</i></p>	<p><i>“...de manera personal, en horario laboral, todas las cuestiones, introducción al país, concientización sensibilización de nuestros métodos de educación a través de reuniones o talleres, así de crear un propio sistema de comunicación y de entendimiento dentro del grupo”.</i></p>	<p><i>“...la verdad la persona que se encarga del tema de voluntarios es Julio y entonces él toma la decisión de quienes se quedan en la clínica y pues se le da un seguimiento y acompañamiento ya cuando están trabajando directamente con uno y afortunadamente hasta ahora se ha logrado establecer una buena comunicación con ellos también”.</i></p>

Nota: Dos de los colaboradores, el administrador y el encargado de proyectos, son los responsables en coordinar la comunicación interna, cuando se cuenta con voluntarios en la sede, todo ello con el objetivo de que se dé una integración hacia los colaboradores y sus programas y el trato hacia los mismos es de manera personalizada.

En este apartado se transcribirá textualmente las respuestas, de cada uno, para conocer cómo perciben esta función y cuanta importancia le dan.

Tabla 18
Papel como Comunicador para colaboradores

Raúl	Julio
<p><i>“...es de vital importancia para el puesto... el poder facilitar esta comunicación entre los mismos colaboradores, asegurarse que todos tenga la misma información, en en el momento oportuno que se requiera”</i></p>	<p><i>“Si considero que tiene importancia y para mí más, y depende mucho de hacia quien estoy transmitiendo la información con quien me estoy comunicando y desde esa perspectiva la trato de transmitir, y si trato de que sea muy muy detallada, y la manera de trasladar como que todas las emociones, pensamientos que produce en mí, el trabajar en esto. Considero que son las únicas oportunidades donde se puede exponer que es la organización y como funciona y digamos volverlo más informado, no todo tan simple”.</i></p>

Papel como comunicador para los médicos

María Elena	Erick	Holga
<p><i>“doy la importancia que debe tener, con ellos como son personas del área rural hay que hablar claro y pues eso es algo que insisto sobre todo cuando tenemos voluntarios debemos hablar en un lenguaje no técnico sino ponernos en su lugar, ser empáticos para que ellos nos entiendan y les quede claro. Yo creo en la igualdad Para mí no es difícil, comunicarme con ellos y tratar de mantener una buena comunicación, aun cuando a veces hay personas difíciles”.</i></p>	<p><i>“lo intentamos desde la educación, es bien importante dejarle claro al paciente como debe tomarse su medicina, o las indicaciones que uno les deja para que puedan hacerlo correctamente”</i></p>	<p><i>“Le doy mucha, ya que a mí me encanta relacionarme con mis pacientes. Siempre me esfuerzo por que los pacientes me entiendan y trato de tener mucha paciencia más con aquellos, que no saben leer o escribir”.</i></p>



Nota: Para los colaboradores de ASSADE, la comunicación con sus usuarios es de vital importancia, además de ello coinciden en que se esfuerzan porque esta relación, sea horizontal y participativa, basados en la igualdad para brindar una atención de calidad.

En cuanto a la comunicación externa, ASSADE ha utilizado la publicidad de boca en boca, al principio comenta la fundadora; “este proyecto se desarrolló de manera conjunta con la municipalidad de San Andrés Itzapa” y solamente era yo, quien atendía a la mayoría de pacientes, con la ayuda de una enfermera que también despachaba la medicina, y la municipalidad se encargó de promocionar, este proyecto... desde sus propios canales de comunicación, luego decidí separarme y le comente a algunos de los pacientes que atendería en una nueva sede, y ellos se encargaron de promocionar el lugar, ya que luego de que los atendemos, suelen sugerirlo entre sus conocidos y es así como hemos logrado crecer y atender a más población”.

El encargado de proyectos, señala que otra forma que se utiliza para promocionar la organización a nivel externo es a través de las redes sociales e internet (página web), “... a través de reuniones, con otras organizaciones de la región, de las redes sociales, o los correos electrónicos, o vía telefónica, esto con socios y voluntarios”. Otra forma de promoción de boca en boca por los propios voluntarios, “a través de redes sociales, correos electrónicos, boletines, experiencias de otros voluntarios o material visual como videos que se envían de manera particular, los primeros voluntarios que se enteraron de nosotros fueron a través de una agenda a nivel latinoamericano que se difunde en Europa, en la cual nos inscribimos hace varios años, esta nos sirve de plataforma para darnos a conocer. Luego el voluntario nos contacta a través de nuestro correo electrónico, y pues ya se le da una asesoría de forma directa y personal sobre todo el proceso que necesita para ser voluntario y venir al país. Material escrito, visual, para que se familiarice, y como parte de la credibilidad de la organización. Luego ya el voluntario de acuerdo a la experiencia acuerda hacer carteles o afiches, en sus universidades, o centros de trabajo dando a conocer la organización, pero esto ya es más una iniciativa de ellos, y varía de acuerdo a cada persona”.

La organización hasta ahora, no ha realizado una campaña comunicativa o promoción de su labor por los medios tradicionales, radio, prensa o televisión, ya que esto es demasiado



costoso para los recursos que la organización maneja, y no consideran que el impacto que tendrían sería significativo, así que han elegido promover la salud, a través de sus programas, talleres participativos que llevan a cabo en centros educativos, o bien en jornadas médicas. Estas estrategias, han dado un buen resultado ya que se ha visto un crecimiento en el número de personas atendidas y la cobertura en más aldeas, y caseríos de la región.

En cuanto a la comunicación externa una de las estrategias adoptadas por la organización ha sido inscribirse en plataformas que promueven este tipo de instituciones, en Europa y el resultado ha sido positivo, ya que con ello se ha llegado a voluntarios en el viejo continente. Sumado a ello la experiencia de estos mismos, ha servido para referir a este lugar como una opción para hacer voluntariado.

4.4.3 Encuesta a Usuarios

Para complementar el análisis de la entidad y la información obtenida mediante las entrevistas, se ha considerado necesario hacer una encuesta a los usuarios del servicio que ofrece ASSADE, como herramienta que permita en conjunto una descripción sobre su percepción integral e individual de la misma.

La encuesta, consistente en un cuestionario que permite conocer cuáles son los beneficios que ha tenido al ser atendido por la organización y como este servicio podría mejorar, se entregó al encargado de proyectos de ASSADE, el ingeniero Julio Letona, quien la realizó en Guatemala, obteniéndose finalmente 60 encuestas. (Ver cuestionario en anexo 4)

La primera parte (preguntas incluidas en la encuesta inicialmente de la 1 a la 3), se hicieron para conocer aspectos sociodemográficos de los usuarios de ASSADE: si acuden más hombres o mujeres, su edad y la etnia a la que pertenecen. Como se puede ver en el Gráfico 1, existe una afluencia mucho mayor de mujeres a las consultas (83%) que de hombres.

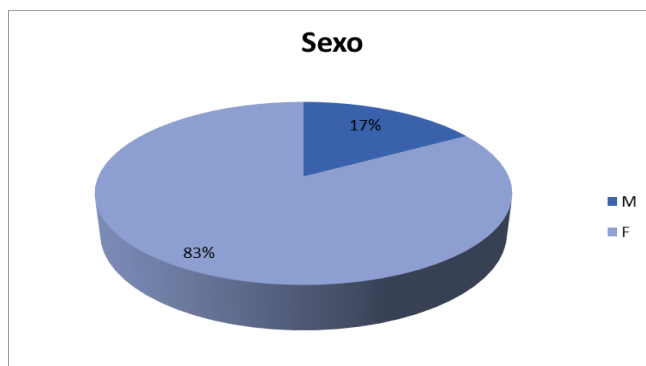


Gráfico 1. Sexo de los encuesta usuarios ASSADE
Fuente: Elaboración propia, 2017

En el Gráfico 2 se puede observar que ASSADE atiende en su mayoría a personas comprendidas entre las edades de 18-30 y 31-45 años. Siendo estos los grupos más significativos en la gráfica, seguido de un diecisiete por ciento de pacientes que oscila entre los 46 y 60 años. Por su parte el once por ciento lo conforman los menores de 18 años, algo importante a resaltar es que la atención que ofrece esta institución va dirigida a este grupo mujeres y niños.

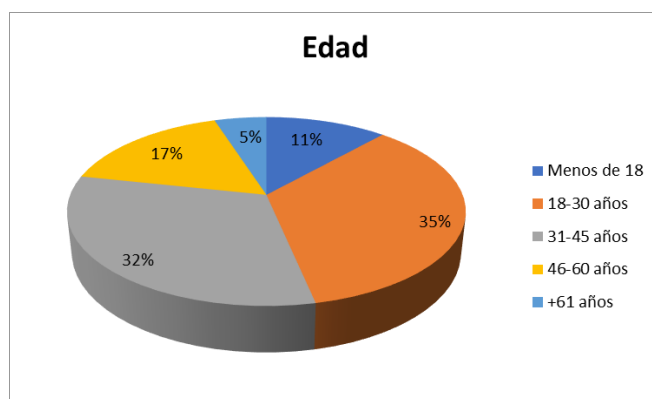


Gráfico 2. Edad de los usuarios de ASSADE
Fuente: Elaboración propia, 201

Por último, la etnia predominante que busca atención en la organización, es la kaqchikel, según se ve en los resultados del Gráfico 3, con un porcentaje que alcanza más de la mitad de las personas, seguida por la ladina que es significativamente menor.

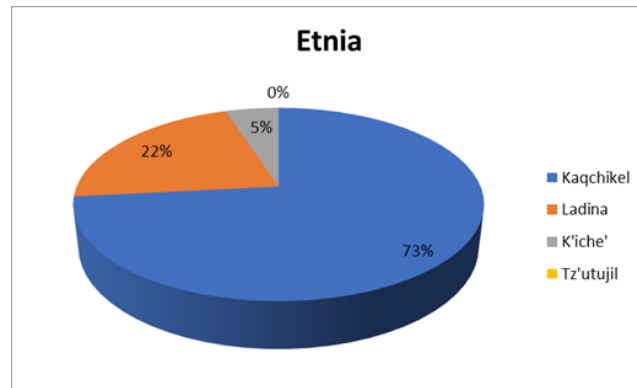


Gráfico 3. Etnia de los usuarios ASSADE
Fuente: Elaboración propia, 2017

La segunda parte de la encuesta estaba destinada a medir otros aspectos de la relación de ASSADE con sus usuarios, desde cómo la conocieron hasta su satisfacción con los servicios recibidos. Veamos los resultados.

Los Gráficos 4 y 24 se unifican, porque ambos se refieren a la forma en la que los usuarios conocieron la organización y bajo qué denominación. En el gráfico 4, más de la mitad de los encuestados afirman que se enteraron por un vecino o familiar, lo cual indica que la gente siente la suficiente confianza como para recomendarlos en sus círculos cercanos. Le sigue a esta forma de contacto, el mercado o tanque público, un lugar donde convergen varios pobladores, sobre todo los martes, que es cuando hay mercado en la localidad.

Por su parte en la gráfica 24, se ve que la denominación por la que conocieron los servicios de ASSADE es, para la mitad de los encuestados “la doctora *gringa*” y para un 20 por ciento “el hospitalito de la *gringa*”, en ambos casos se hace referencia a este término.

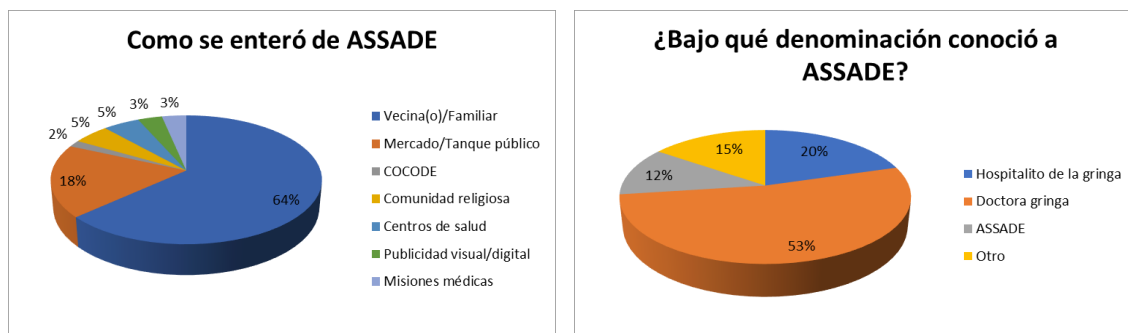


Gráfico 4 y 24. Como se enteraron los usuarios ASSADE
Fuente: Elaboración propia, 2017



En las siguientes graficas se observan los resultados relativos a las preguntas que buscaban conocer el grado de satisfacción que tienen los usuarios respecto a los horarios, tiempos de espera y la atención en consulta.

En cuanto al tiempo en sala de espera, la mitad de los encuestados coinciden en que es aceptable y a este le sigue un porcentaje que lo ve como adecuado y solo un tres por ciento lo considera insatisfactorio. En cuanto al tiempo que lleva la consulta y atención por parte del equipo médico, un noventa por ciento de los usuarios consideran que es un tiempo aceptable y adecuado, lo que indica que están satisfechos en esa área.

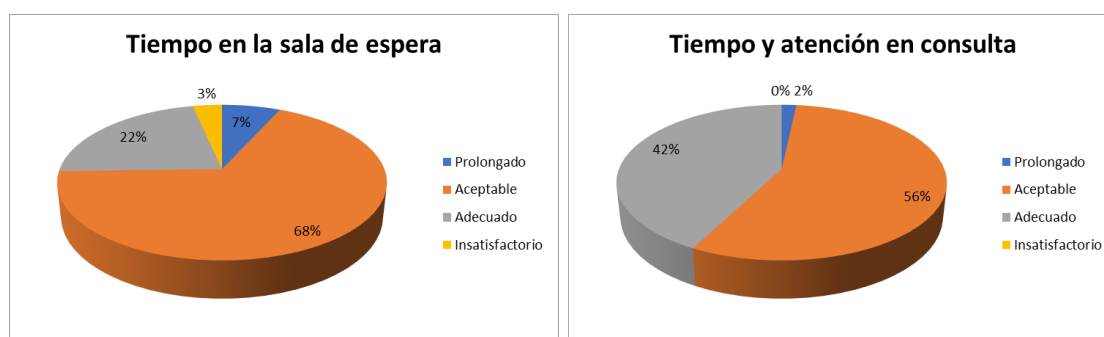


Gráfico 5 y 6. Tiempo de espera y atención en consulta usuarios ASSADE
Fuente: Elaboración propia, 2017

Respecto a cómo se sienten atendidos los usuarios de ASSADE, un 85 por ciento dicen que el servicio es excelente (28%) y bueno (42), siendo esta la calificación mayoritaria. Hay otro 28% que lo considera mejorable, por lo que, si unimos ambos porcentajes, se consideraría que un 56 % lo perciben como bueno con miras a mejorar. En cuanto al horario de atención que tiene ASSADE, la mitad de los encuestados consideran que puede mejorarse, pero que es conveniente para ellos.

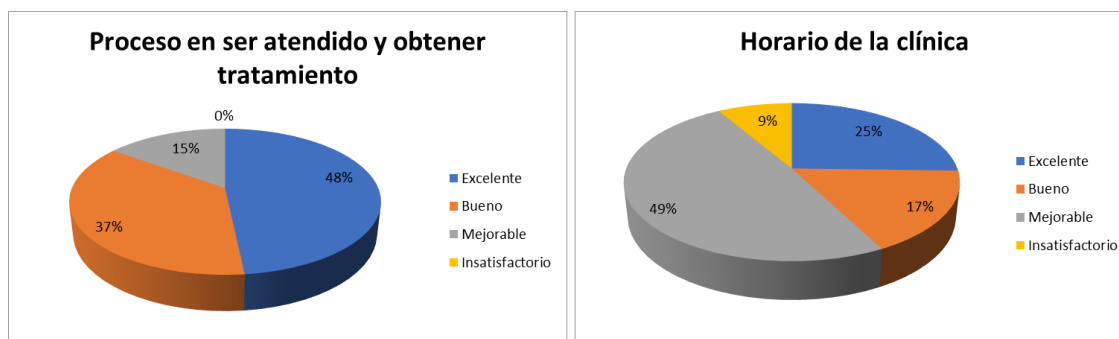


Gráfico 7 y 8. Procesos y horario encuesta usuarios ASSADE
Fuente: Elaboración propia, 2017



Respecto a la ubicación y el horario, como se ve en las gráficas 7 y 8, en la primera, predomina un 40 por ciento que considera que tienen una buena ubicación, seguido de un 28 por ciento, que considera puede mejorarse. En la segunda, se busca calcular la distancia medida en rangos del tiempo que existe entre ASSADE y las casas de los usuarios, y para la mitad de ellos se encuentra a un tiempo de 20-45 minutos caminando, y el otro 40 por ciento se divide en tiempos de 5 a 15 y de 50 a 60 minutos.

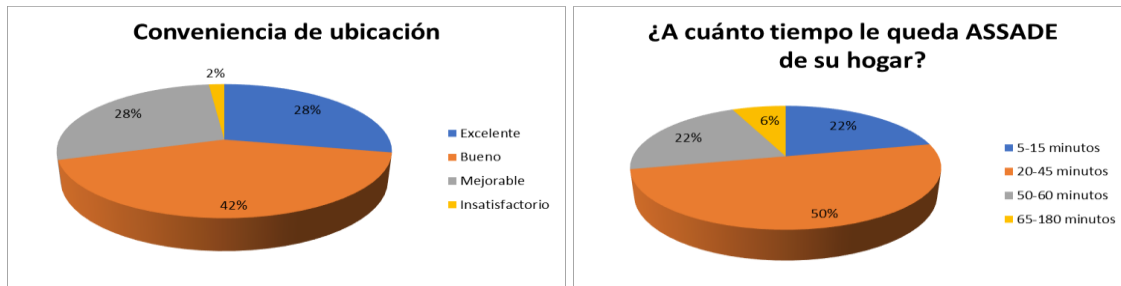


Gráfico 9 y 10. Conveniencia y ubicación encuesta usuarios ASSADE
Fuente: Elaboración propia, 2017

Finalmente, se realizaron preguntas sobre la comunicación propiamente dicha, y se consultó a los usuarios a través de diversas preguntas, cómo califican ellos este aspecto por parte de los colaboradores de la organización.

En el Gráfico 11 se puede observar que es la doctora la que lleva una mayor carga en el tema de atención, ya que según la gráfica atiende a un 60 por ciento de los usuarios, seguido por el ginecólogo, quien llega una vez al mes, en jornadas previamente establecidas. En cuanto a cómo considera el usuario que escuchan sus problemas, un sesenta y cinco por ciento lo califican de excelente seguido de un veintiocho que lo considera bueno, por lo que podría decirse que un noventa por ciento de los usuarios están satisfechos con la forma en la que se les escucha y atiende.

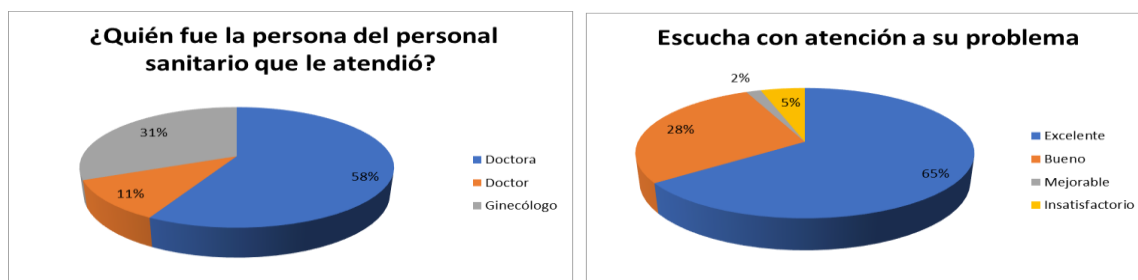


Gráfico 11 y 12. Atención encuesta usuarios ASSADE
Fuente: Elaboración propia, 2017



Las respuestas de los usuarios según el Gráfico 12, califican como bueno y excelente, el tiempo que los médicos les dedican, solo para 5 por ciento lo considera como insatisfactorio. En cuanto a su papel como comunicador, el 75 por ciento de los usuarios, califica como excelente este proceso. Pero también existe un grupo pequeño que no lo considera así.

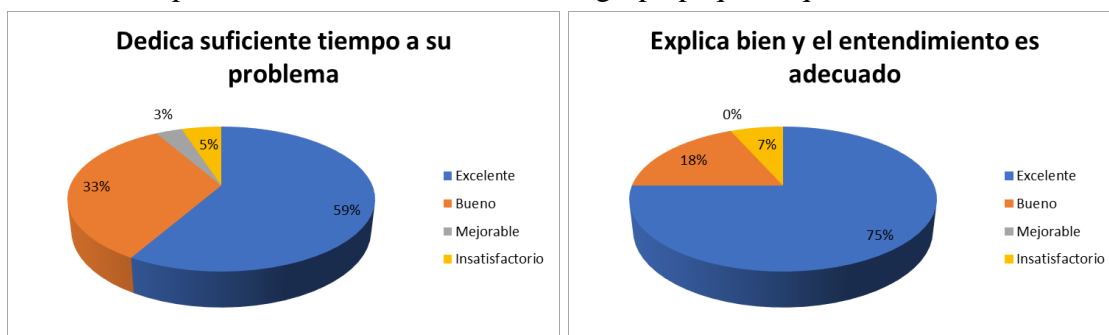


Gráfico 13 y 14. Tiempo y entendimiento encuesta usuarios ASSADE
Fuente: Elaboración propia, 2017

En el Gráfico 15, se puede observar que califican las sugerencias y consejos que se les dan como excelente (59%) y bueno (33%), sin embargo, sigue habiendo un pequeño grupo que no lo considera así. Lo cual es bueno para que la organización busque mejoras en este proceso de comunicación y atención.

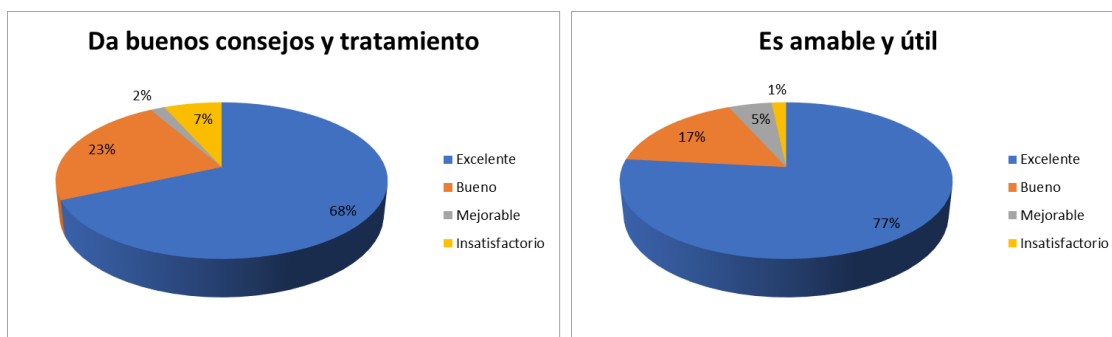


Gráfico 15 y 16. Trato y tratamiento encuesta usuarios ASSADE
Fuente: Elaboración propia, 2017

En cuanto a si es amable y útil, las respuestas se unifican calificando en un mayor porcentaje del setenta y siete por ciento que es excelente y bueno. Esta respuesta respalda los valores y filosofía de la organización.

Además, los usuarios califican como excelente la atención que prestan los sanitarios a sus preguntas, seguido de bueno con un 22% y solo un 3% considera que no lo hacen. En



cuanto a la interacción que se da con los médicos, los usuarios también ponderan esta acción como excelente y buena, con la excepción de un 7 por ciento, que lo considera insatisfactorio. (Gráficos 17 y 18).

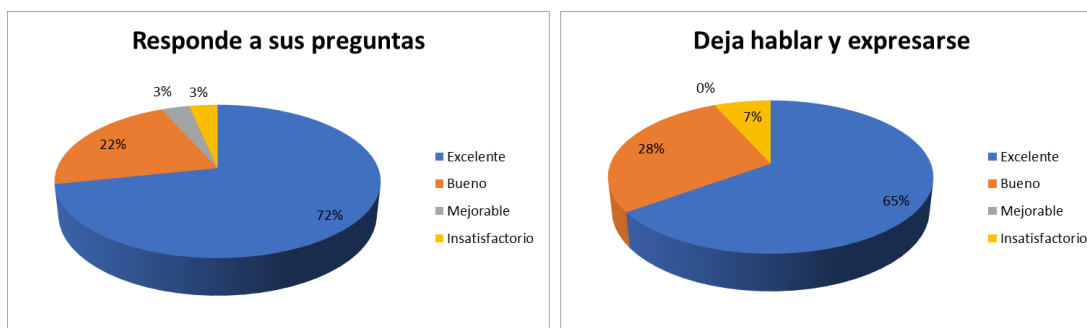


Gráfico 17 y 18. Comunicación personal sanitario encuesta usuarios ASSADE
Fuente: Elaboración propia, 2017

Sobre el factor comunicativo y cómo valoran los usuarios este proceso entre los sanitarios y ellos, un 68 por ciento considera que le dan participación, y un 25 por ciento, lo califica como bueno. Y aunque existe un pequeño grupo que lo considera insatisfactorio, en su mayoría los usuarios, consideran que el personal médico da pie a que ellos participen.

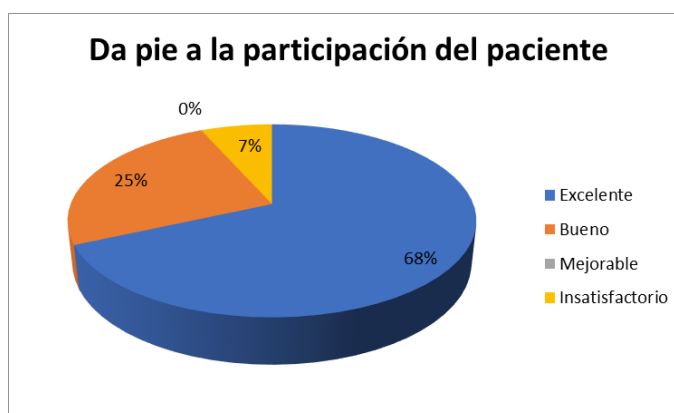


Gráfico 19. Participación encuesta usuarios ASSADE
Fuente: Elaboración propia, 2017

Y sobre el resto del personal de ASSADE, alrededor de un ochenta por ciento considera su trato como amable y útil, y nadie se muestra insatisfecho (Gráfico 20).

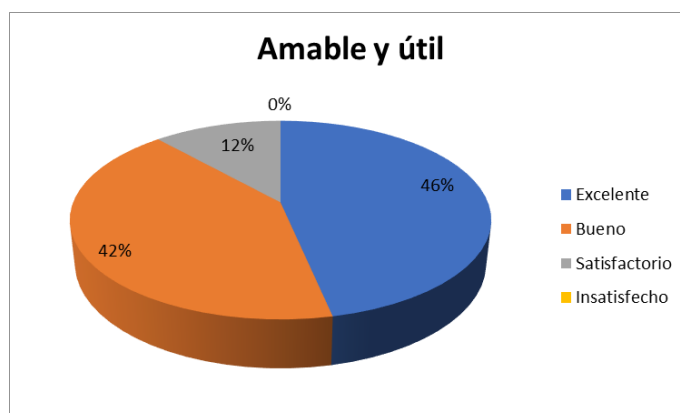


Gráfico 20. Trato encuesta usuarios ASSADE
Fuente: Elaboración propia, 2017

Vemos también que los usuarios ponderan como buena, la respuesta que el resto de los colaboradores les dan a sus preguntas y sobre la información que se les da sobre ASSADE y sus actividades, las opiniones son más diversas, ya que los porcentajes se quedan en buenos y satisfactorios y solo un ocho por ciento se considera insatisfecho (Gráficos 21 y 22).

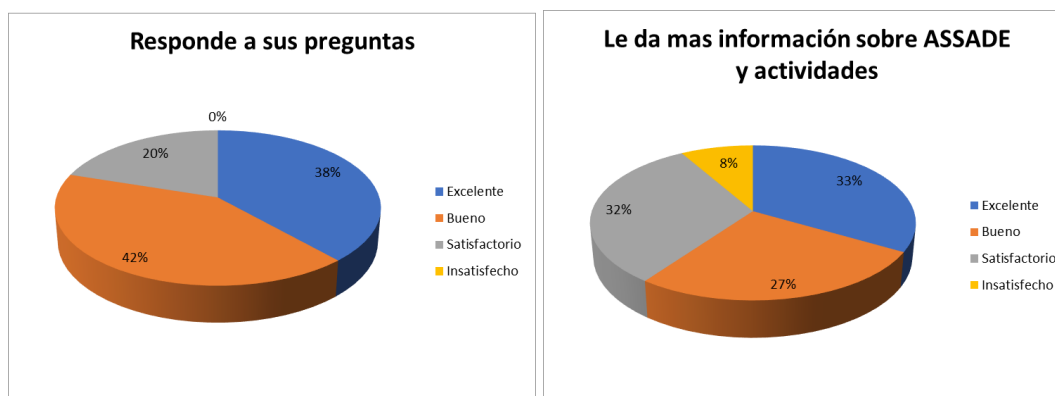


Gráfico 21 y 22. Información encuesta usuarios ASSADE
Fuente: Elaboración propia, 2017

Preguntados por los aspectos que hacen diferente a ASSADE, los usuarios consideran que el trato, los costos y los servicios son los factores que hacen diferente a la organización y por ello acuden a ella, aspectos que son de entera relevancia para este estudio (Gráfico 23).

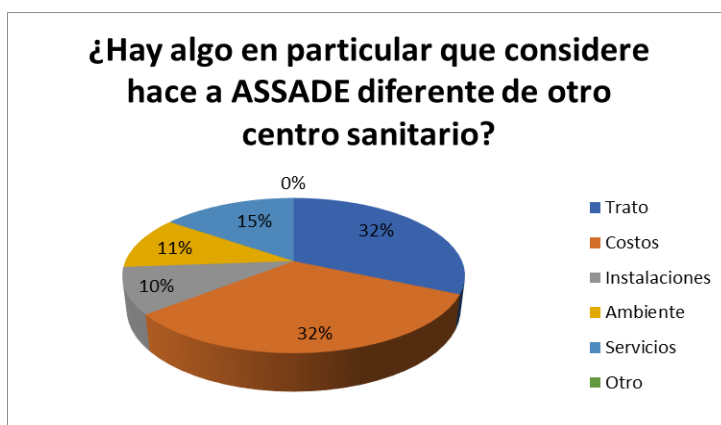


Gráfico 23. Diferenciación encuesta usuarios ASSADE
Fuente: Elaboración propia, 2017

Además, las respuestas de los usuarios confirman que en un noventa por ciento que sí volvería a utilizar sus servicios, mientras que un diez por ciento indica que “tal vez”, lo cual sugiere que su experiencia ha sido buena. Además, los usuarios indican que recomendarían mayoritariamente a la asociación (solo un 8 % indicó que nunca lo haría), lo que nos confirma que el boca a boca es la forma habitual en la que la organización se ha dado a conocer en los pobladores de la zona donde opera.



Gráfico 24 y 25. Referiría la clínica encuesta usuarios ASSADE
Fuente: Elaboración propia, 2017

Finalmente, ante la interrogante sobre qué se podría mejorar en ASSADE, los usuarios diversificaron sus respuestas, que, según su orden de importancia van: desde sus instalaciones, servicios, beneficiarios, idioma; hasta, ambiente ubicación e información. Refiriendo que, “si se contara con otras instalaciones, podrían contar con más servicios para las personas que visitan la organización”; lo cual coincide con algunas de las percepciones sobre necesidades que tiene la asociación.

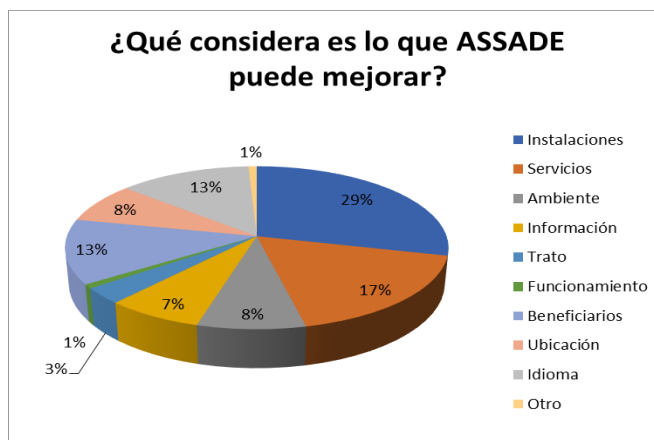
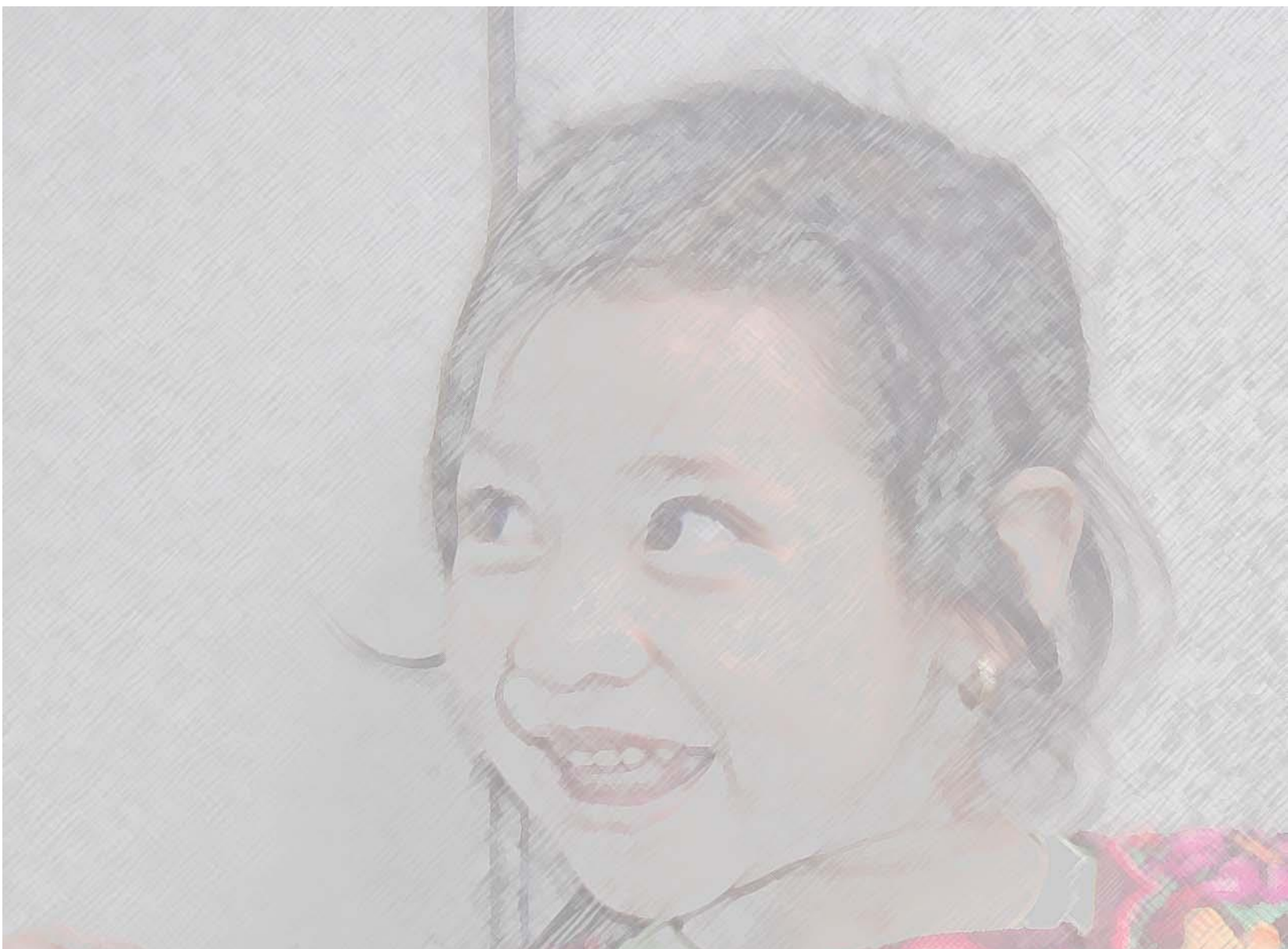


Gráfico 26. Mejoras encuesta usuarios ASSADE
Fuente: Elaboración propia, 2017

A estos datos, nos parece interesante añadir la percepción y lectura que realizó el ingeniero Julio Letona, a las encuestas, ya que fue el encargado de realizarlas. En su opinión; *“las entrevistas se realizaron dentro de un marco de tiempo de trece a catorce días, y se trató de hacerlo de la mejor manera posible. Dentro de las cosas que percibí en la encuesta se encuentran; dentro de las cosas que se podían mejorar por ejemplo hablaban de abrir 24 horas al día, más jornadas de ginecología, otros servicios de especialidades, más salas de encamamiento, separación de baños entre hombres y mujeres, contratar a otra enfermera solo para esa área y que las clínicas estuvieran localizadas en otro lado, que se atendieran partos, cosas en esta línea”*.

Opiniones sin duda muy valiosas para la mejora de los servicios de la organización, y que coinciden también en gran parte con los datos, donde como aspectos relacionados con la comunicación únicamente estaría la celebración de más jornadas de ginecología. Lo que entendemos como una necesidad de las personas de las comunidades atendidas que habrá que tener en cuenta en el futuro.





Capítulo 5.

Plan de comunicación ASSADE



Plan de comunicación estratégica para ASSADE:

“Relaciones que Generan Vínculos”

A continuación, se presenta el plan de comunicación estratégica que se ha diseñado para ASSADE, un plan que, en función de los parámetros de participación de los que se ha hablado en este trabajo, no es una propuesta cerrada, sino abierta, ya que deberá ser consensuada y en algunos puntos completada por los responsables de la organización y también por los colaboradores y usuarios de sus servicios.

5.1. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN Y DEL TRABAJO DE CAMPO

Antes de iniciar la descripción del plan, creemos que es importante presentar algunas conclusiones obtenidas en el diagnóstico previo a ASSADE, en relación a su comunicación, las cuales servirán de referencia para diseñar la propuesta de plan estratégico que se piensa presentar a la institución.

Como puntos positivos a tener en cuenta destacan:

- La organización, tiene **credibilidad y confianza en su entorno**, con voluntarios y entidades nacionales y extranjeras que le apoyan. Esto da pie a que, si decide emprender nuevos proyectos, cuente con su respaldo y apoyo.
- El **voluntariado** está diseñado de tal forma, que tanto la parte técnica o clínica se completa con actividades educativas o lúdicas en las que el **contacto con la gente es más cercano**, lo cual le suma mucho a la experiencia de voluntario y puede ser una buena manera de enfocar la comunicación para la captación de voluntarios.
- La forma en la que la organización se ha dado a conocer, en la región es a través de la **publicidad de boca en boca**, que hasta ahora ha sido una estrategia exitosa. Si reflexionamos sobre el hecho de que un amigo o familiar nos recomiende cierto servicio o producto, nos damos cuenta que la gente se fía más de la experiencia de sus cercanos, que de lo que digan otras personas más alejadas. Y este ha sido el reto



al que se ha lanzado ASSADE, ya que ha apostado todo a su servicio para que sea a través de este, que la gente pueda referirlos y, según las encuestas, esta acción ha tenido un resultado positivo porque se ha incrementado el número de usuarios. Por lo tanto, como punto importante hay que destacar un **buen servicio**, lo que indudablemente es una muy buena base para cualquier comunicación que se quiera realizar.

- La organización ha consolidado una **percepción positiva entre sus usuarios** del uso que se hace de la **comunicación**, tanto en las consultas como en otras actividades **holística, participativa y vinculante**. Al respecto:
 - Los **voluntarios**, consideran que la **forma en la que se comunica el personal sanitario** con los pacientes es **horizontal y participativa**, se trata con respeto y dignidad a todo el que acude a la organización, sin importar si tiene o no recursos económicos. Este grupo tiene una buena imagen de la institución y agregan a ello el hecho de sentirse en ASSADE como en casa y en familia.
 - Los **usuarios** por su parte también se sienten **satisfechos con la forma en la que se les atiende**, ellos consideran que el trato es familiar y amable (según los resultados de la encuesta realizada).

En cuanto a los aspectos que pueden dar lugar a mejoras se pueden destacar las siguientes:

- A pesar de que la organización es pequeña y familiar presenta **problemas de comunicación interna**.
- ASSADE **no cuenta con un departamento, ni un encargado de comunicación** esto da como resultado la **falta de profesionalización** en esta área. Tal situación es comprensible porque es una organización pequeña y no cuenta con los recursos necesarios para crear este tipo de cargo. Sin embargo es importante hacerles ver y crear conciencia de la importancia que tiene la gestión en la comunicación, ya que esta acción permitirá encaminar todos los esfuerzos y el trabajo que hasta ahora la institución ha ido desarrollando y mejorarlo. Creemos que la profesionalización en esta área de comunicación le brindara a la organización los lineamientos para diseñar sus estrategias y tácticas comunicativas y para potencializar su comunicación interna y externa.



- La organización **cuenta ya con algunas piezas y materiales comunicativos dispersos**, por lo tanto, es importante unificar este material y estandarizarlo, estableciendo unas líneas o guías que ayuden a potenciar no solo la imagen de la organización sino su forma de transmitir su comunicación.
- Aunque la organización trabaja en la rama de la prevención, hasta el momento ha hecho un **escaso uso de la comunicación para la salud**, limitando con ello su impacto en la comunidad y su situación como una institución que promueve y trabaja en esta área de la salud.

Como se ha podido evidenciar en el diagnóstico, la organización enfrenta algunas carencias en su comunicación interna y externa, sin embargo cuenta también con puntos fuertes sobre los que apoyar la propuesta de plan estratégico que, como veremos a continuación, debe integrar las opiniones y la participación de los sectores involucrados, voluntarios y usuarios, lo que permitirá conocer lo que realmente se quiere comunicar y la forma en la habrá que hacerlo.

5.2. EJES DEL PLAN

El plan estratégico de comunicación, “Relaciones que Generan Vínculos”, es una serie de estrategias integradas a corto, medio y largo plazo orientadas a fortalecer las relaciones efectivas de ASSADE con sus socios, voluntarios, usuarios y colaboradores.

La propuesta que se hace aquí parte de la dimensión interna de la organización, para iniciar un proceso de comunicación transformador hacia el exterior, apoyándose en el modelo de comunicación participativa, el cual promueve establecer y mantener relaciones de beneficio mutuo entre una organización y sus públicos, a través de un sistema comunicativo. Para el diseño del plan se utilizó como base un diagnóstico de intercambio que involucró activamente a los públicos que forman parte de asociación.

El Plan Estratégico de Comunicación se sustenta en tres líneas maestras o ejes transversales que servirán de guía para la orientación del plan, y que se describen a continuación.



Eje 1. El primero va encaminado a la profesionalización e institucionalización de la comunicación en la entidad con un enfoque estratégico y holístico a nivel interno y externo.

Eje 2. El segundo busca establecer un modelo de comunicación inclusiva en el que todos los esfuerzos y trabajos realizados “transmitan salud”; y que al mismo tiempo permita orientar las acciones comunicativas hacia la participación e integración de las opiniones de todos los sectores involucrados, socios, voluntarios, colaboradores y usuarios. Esto permitirá a la entidad conocer qué es lo que realmente quiere comunicar y la forma en la que quiere hacerlo.

Eje 3. Y, el tercer eje, en el cual convergen los puntos clave antes mencionados se resume en la idea de que “Todo Comunica Salud”, y trata de impulsar a la organización hacia la asunción de un papel de mayor relevancia como emisor en el tema de la prevención, (ver figura 26).

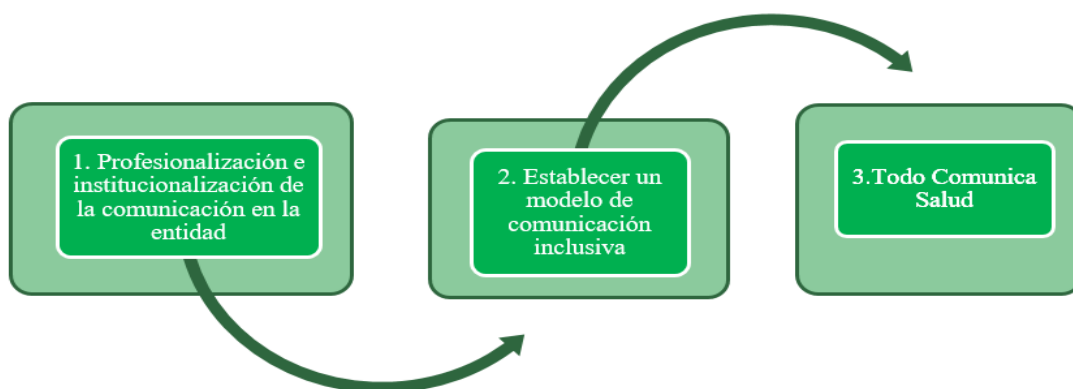


Figura 26. Ejes del Plan Estratégico.
Fuente Propia 2017

El plan de comunicación propuesto se sustenta en estos tres ejes y el resultado de aplicarlos se materializa a través de dos programas sobre los cuales gira el diseño de esta propuesta; el primero orientado a las “Relaciones Internas”, el cual busca mejorar todo lo relacionado con la comunicación organizacional y la relación con los públicos identificados; el segundo, al que llamaremos “Relaciones y Vínculos Externos”, se enfoca en la



comunicación externa desde una perspectiva inclusiva que ayude a la organización a establecerse como un emisor relevante en el tema de la prevención en la salud.

Se han establecido los puntos clave que apoyan esta propuesta, pero antes de seguir con la descripción de la misma es importante, hacer un resumen que conecte con las conclusiones presentadas anteriormente, sobre los aspectos comunicativos que han funcionado y los que se pueden mejorar, esto con el objetivo de integrar todo a ello al plan estratégico.

Dentro de los elementos comunicativos que han funcionado para la organización, destaca la publicidad de boca en boca, una estrategia que ha permitido a la institución darse a conocer entre dos de sus públicos prioritarios, (voluntarios y usuarios). Otro aspecto positivo es el tema del servicio que ofrece, que ha sido percibido como bueno y eficiente, según los datos obtenidos en la encuesta y entrevista, con lo que ASSADE se ha ganado la confianza y credibilidad de sus públicos. Otro factor a su favor ha sido la relación médico paciente ya que esta se da de manera horizontal y participativa, por lo que los usuarios logran comunicarse de manera positiva con los salubristas. Y finalmente el voluntariado que la organización promueve se vincula a usuarios y voluntarios en actividades de prevención.

Asimismo, dentro de los aspectos que podrían mejorarse se encuentran: integrar estrategias a nivel interno y externo que ayuden a mejorar su comunicación y potencializar su imagen; introducir el tema de la comunicación de una manera más profesional y adquirir conciencia de la importancia de esta en la organización. A ello podemos añadir evitar la dispersión y unificar todo lo relacionado con su información y, por último, reforzar todo lo que hasta ahora se ha hecho bien en relación a la comunicación y la salud.

5.3. OBJETIVOS

Objetivo general de Comunicación

- Describir y diseñar un plan de comunicación que pueda contribuir a visibilizar el trabajo que la organización desarrolla y cómo ello puede repercutir en el fortalecimiento de la imagen institucional y tener impacto en los procesos transformativos en el área de prevención.



Objetivos Específicos

Objetivo 1. Fortalecer a nivel interno la gestión estratégica de comunicación de ASSADE

Objetivo 2. Promover la comunicación inclusiva como una plataforma de trabajo idóneo para intervenciones vinculadas al cambio social en las relaciones con voluntarios, colaboradores, socios y usuarios.

Objetivo 3. Asumir como organización el papel de emisor relevante en su entorno en el tema de la prevención.

5.4. FASES

La **primera fase**, desarrolla sus acciones encaminadas a cumplir con el primer objetivo planteado en este plan, con una duración prevista de seis meses, está orientada a institucionalizar la gestión estratégica de la comunicación de ASSADE a través de la **creación de una oficina responsable de la gestión de comunicación de la organización** y el diseño de las normas que rijan su accionar. Además, se busca crear conciencia en los colaboradores sobre la importancia de la Gestión en la Comunicación. Para ello se tiene previsto organizar capacitaciones orientadas a la comunicación organizacional, dictadas por un experto. Y finalmente se busca optimizar la calidad y cantidad de mensajes que se transmitan.

Estas acciones se ejecutarán en el programa “Relaciones Internas”. Se ha decidido iniciar el plan con estas acciones, ya que actualmente ASSADE no cuenta con una oficina específica responsable de conocer los públicos institucionales, coordinar y gestionar las estrategias de comunicación de la entidad, así como ejecutarlas a través de planes de acción específicos. La creación de esta unidad administrativa es un elemento fundamental para la efectividad del plan estratégico “Relaciones que Generan Vínculos”. Ya que la gestión estratégica de la comunicación requiere de una dirección permanente, y esta unidad administrativa sería la responsable de esta dirección, y, por ende, coordinaría la ejecución de la segunda fase del presente plan estratégico.



La **segunda fase** al igual que la primera dirige sus acciones al cumplimiento del segundo y tercero objetivo, con una duración de dieciocho meses se enfoca a **optimizar la comunicación externa** a través del fortalecimiento de la imagen institucional y con ello lograr la distinción de la organización frente a otras entidades. Posteriormente se plantea **divulgar el quehacer de la institución** a través de los canales con los que ya cuenta y crear otros para este fin. En cuanto a la **promoción de la salud**, se propone potenciar desde el modelo comunicación participativa las herramientas necesarias para impulsar la salud preventiva a través del Programa “Relaciones y Vínculos Externos”.

Previo a desarrollar esta segunda fase, es importante trabajar en la comunicación interna, ya que es el punto de partida de este plan para elevar de esta forma los niveles mutuos de conocimiento y comprensión de la comunicación participativa, como una plataforma de trabajo para intervenciones vinculadas al cambio social.

5.5. PROGRAMAS ESTRATÉGICOS

PROGRAMA 1. “RELACIONES INTERNAS

“Relaciones Internas” es un programa estratégico de ejecución en el ámbito interno de ASSADE. Su finalidad se centra en generar las condiciones y estructura básica para empezar el desarrollo del plan estratégico. Este programa se vincula con el **objetivo 1**, ya que su accionar se enfoca específicamente en fortalecer la institucionalización de la gestión estratégica de la comunicación de ASSADE.

El **público** al que se dirige está compuesto por los siete colaboradores permanentes, socios y cooperantes, recientes y antiguos de la organización y voluntarios que se suman a los diferentes proyectos que realiza la institución. Para fortalecer la comunicación interna de la organización se plantean las siguientes **estrategias** y sus respectivas **acciones**.



Estrategia 1.1: Institucionalizar la gestión estratégica de comunicación en ASSADE.

A nivel organizacional, las entidades se comunican en su interior y con su entorno. La calidad de este intercambio o diálogo es un bien intangible que cada vez es más reconocido y valorado para la gestión estratégica de las organizaciones. Esta gestión estratégica de la comunicación implica conocer y representar profundamente las actividades organizacionales partiendo de su objetivo central que es la dirección creativa de planes de comunicación que incluyan tácticas que contribuyan al logro de su objetivo. Su dirección incluye el conocimiento previo de los públicos y el contexto en el cual se está planteando la estrategia. A su vez, debe partir de objetivos claros de comunicación, ya que de lo contrario resultará erróneo.

Táctica 1.1.1. Creación de la Dirección de Comunicación Estratégica en la estructura organizacional de ASSADE

Esta Unidad sería la responsable de la dirección creativa de la comunicación con fin social, a través de desarrollar procesos periódicos de análisis y reflexión sobre el relacionamiento con los públicos, definir una línea directriz de la comunicación institucional, así como dar coherencia a la comunicación que la organización realice.

En el diseño de la Dirección de Comunicación estratégica se sugiere que se tome en cuenta los siguientes elementos:

- Rol de la unidad de comunicación estratégica.
- Áreas de trabajo.
- Perfil del coordinador de la unidad de comunicación estratégico.

Táctica 1.1.2. Diseñar una Normativa de Comunicación para la organización

La política de comunicación se planea como una normativa que establezca las directrices y principios que orienten las relaciones a nivel interno y externo de



ASSADE. Es decir, la orientación elegida para expresar como la organización desea comunicarse con la comunidad.

Táctica 1.1.3. Programa de inducción para nuevos colaboradores

Se propone también en esta parte desarrollar un programa de inducción para nuevos colaboradores y voluntarios, el cual puede ser a través de una presentación en *prezi* o *power point*, que incluya la filosofía, valores, políticas generales y comunicativas con las que cuenta la organización y de esta forma optimizar el trabajo que quieran hacer estos públicos.

Táctica 1.1.4. Reuniones periódicas con los públicos

Coordinar mensualmente reuniones con los colaboradores, socios y voluntarios si los hay, en un desayuno o almuerzo especial que sirva como punto de convergencia para hablar sobre los proyectos que la institución está llevando a cabo. Esto permitirá que se genere un clima de confianza e intercambio entre los diferentes grupos que interactúan en la organización, las reuniones son de vital importancia, porque ello permite a todos los miembros participar, generar nuevas ideas y evaluar los planes o proyectos.

Estrategia 1.2: Crear conciencia en los colaboradores sobre la importancia de la Gestión en el tema de Comunicación en ASSADE.

Para esta estrategia, se tienen contempladas acciones que buscan fortalecer la comunicación interna de la organización. Para ello se proponen; capacitaciones en forma de talleres participativos que giren en torno a la comunicación organizacional y comunicación participativa, estas deben ser dictadas por un experto externo a la institución. El objetivo es generar conciencia en los colaboradores y directivos, sobre la importancia que tiene la gestión de la comunicación.



Táctica 1.2.1. Talleres y capacitación en Comunicación Organizacional

Se plantean dos talleres por mes, uno dirigido a los colaboradores administrativos y otro a los médicos. Para los segundos no deben durar más de 4 horas, cada sesión, debido a que los médicos, son los que más trabajo tienen durante la jornada laboral, por ello se propone que estos puedan ser impartidos el día sábado por la tarde para que puedan participar en estas capacitaciones.

Lo que buscan estas capacitaciones, es mejorar esa comunicación personal con la que ya cuenta la organización y presentarles nuevas alternativas de comunicación interna que optimice el flujo de la información y retroalimentación de los involucrados.

Estrategia 1.3: Mejorar la calidad y cantidad de comunicación institucional y de comunicación participativa.

Este es el tercer paso en este programa.

Luego de haber institucionalizado la comunicación de la organización y haber capacitado a sus miembros sobre la importancia de la gestión de la comunicación, queda proceder en las mejoras en la calidad y cantidad de información y comunicación de la organización.

Para ello se implementarán las siguientes tácticas.

Táctica 1.3.1. Cronograma Interactivo

Elaborar un Cronograma interactivo anual o semestral, en el cual cada uno de los colaboradores, voluntarios (si los hay) puedan escribir en él las actividades o acciones que cada uno pueda realizar desde sus capacidades para cumplir las metas fijadas por la organización, y de esta forma incentivarlos a que vean que su trabajo y labor impacta en la organización.



El cronograma interactivo, puede ser hecho de una manera sencilla, con una cartulina, y pegarlo en el punto de mayor convergencia de colaboradores, para que tengan total acceso a él. Esta acción traerá como resultado una motivación agregada a la labor que diariamente realizan.

Táctica 1.3.2. Uniformar los medios, canales y recursos de comunicación.

Con esta acción se busca unificar tanto el contenido como el recurso para brindar una comunicación más eficaz.

Ello permitirá reconocer lo que ya se tiene y mejorarlo, elaborar mensajes asertivos para sus públicos y diseñar la forma de transmitirlos, teniendo como referencia el modelo de comunicación participativo en el cual cada uno de los públicos pueda aportar desde su experiencia para mejorar el aspecto comunicativo en la organización.

Táctica 1.3.3. Optimizar los procesos comunicativos a través de la tecnología.

Aprovechar las nuevas tecnologías para optimizar los procesos de comunicación interna en la organización.

Para ello se propone crear grupos en Whatsapp, de colaboradores, voluntarios y socios, para transmitir la información relevante, o cambios, circulares, reuniones, consultas, entre otras informaciones.

A continuación, se presenta una tabla que incluye las distintas estrategias y tácticas del **Programa 1**, en relación con los públicos implicados en ellas, su duración y los costes que su aplicación podría suponer.



Tabla 19
Resumen de Ejecución Programa 1

PROGRAMA1: RELACIONES INTERNAS				
PUBLICO	ESTRATEGIA	TÁCTICAS	COSTE	CRONOGRAMA
Colaboradores, socios y cooperantes permanentes, voluntarios	Estrategia 1.1. Institucionalizar la gestión estratégica de comunicación en ASSADE	Táctica 1.1.1. Creación de la Dirección de Comunicación Estratégica en la estructura organizacional de ASSADE.	Q. 7000.00	PRIMER BIMESTRE DE 2018
		Táctica 1.1.2. Diseñar una Normativa de Comunicación para la organización.	Sin costo	
		Táctica 1.1.3. Programa de inducción para nuevos colaboradores.	Sin Costo	
Proceso interno, colaboradores	Estrategia 1.2. Crear conciencia en los colaboradores sobre la importancia de la Gestión en el tema de Comunicación.	Táctica 1.2.1. Talleres y capacitación en Comunicación Organizacional.	Q.2500.00	SEGUNDO BIMESTRE DE 2018
Colaboradores, socios permanentes y voluntarios	Estrategia 1.3: Mejorar la calidad y cantidad de comunicación de su quehacer institucional y de comunicación participativa.	Táctica 1.3.1. Cronograma Interactivo	Q. 50.00	TERCER BIMESTRE DE 2018
		Táctica 1.3.2. Uniformar los medios, canales y recursos de comunicación	Sin Costo	
		Táctica 1.3.3. Diseño de un nuevo logo y eslogan (se ha hecho una propuesta)]	Q. 450.00	
		Táctica 1.3.4. Optimizar los procesos comunicativos a través de la tecnología	Q. 500.00	

Nota: Se presenta un resumen de la ejecución del Programa 1, que refiere a la parte interna del Plan Estratégico que Generan Vínculos.

PROGRAMA 2. “Relaciones y Vínculos Externos”

“Relaciones y Vínculos Externos” es un programa estratégico de ejecución en el ámbito externo, específicamente dirigido a socios, voluntarios y usuarios de ASSADE. Su finalidad es promover la comunicación participativa como una plataforma de trabajo idóneo para intervenciones vinculadas al cambio social en las relaciones con sus públicos a través de generar procesos de información, sensibilización y formación en dicha materia, que oriente a crear y potencializar relaciones de trabajo conjunto.

Este programa trata de alcanzar los objetivos de comunicación 2 y 3 previamente enunciados que recordamos aquí.

- **Objetivo 2:** Promover la comunicación inclusiva como una plataforma de trabajo idóneo para intervenciones vinculadas al cambio social en las relaciones con voluntarios, colaboradores, socios y usuarios



- Objetivo 3. Asumir como organización el papel de emisor relevante en el tema de la prevención.

El público objetivo al que se dirige este programa está integrado por potenciales socios y cooperantes de la organización, así como a potenciales voluntarios y colaboradores, pero también a los usuarios que ya tiene y a los potenciales usuarios. Desde el enfoque participativo que se plantea como eje transversal, se puede trabajar de manera conjunta con todos los públicos aquí mencionados para lograr buenos resultados comunicativos.

Para mejorar la comunicación externa de la organización se plantean las siguientes estrategias y sus respectivas acciones tácticas.

Estrategia 2.1. Dar a conocer a la organización y su actividad.

Se pretende aumentar el conocimiento del origen de ASSADE, así como de su filosofía, sus valores y las actividades que desarrolla y ha desarrollado hasta la fecha.

Para ello se proponen tres acciones tácticas.

Táctica 2.1.1. Elaborar un concepto/mensaje clave para la organización

Se trata aquí de crear un concepto clave que refuerce el posicionamiento de ASSADE Guatemala, y que unifique toda su comunicación, ya sea está dirigida a socios, voluntarios y usuarios.

Este concepto deberá estar alineado a la filosofía de la Asociación y difundir la idea de una manera clara, concisa y atractiva para todos los públicos. Logrando de esta forma, la distinción frente a otras organizaciones que trabajan en salud preventiva. Se hace aquí una propuesta de cuál entendemos podría ser ese concepto, basada en



las palabras de idioma maya kachiquel, “*Utzilaj K’aslem Winakirem*” que ya forman parte de la identidad de la organización, y que indican, bienestar equilibrio armónico entre la vida, humanidad y entorno natural.

Tomando como base este concepto, se ha considerado necesario introducir también una alusión a la participación, como una de las claves del funcionamiento de la organización a potenciar en el futuro cercano.

De este modo, se ha llegado al eslogan “ASSADE compartiendo bienestar”, que creemos refleja los valores de la organización y que podría convertirse en la base de su comunicación, utilizándose como lema corporativo.

Táctica 2.1.2. Diseño de un nuevo logo símbolo y eslogan.

Actualmente la organización cuenta con un logo saturado y poco entendible, cargado de elementos que no se relacionan entre sí y no conectan con la filosofía de la organización.

Es por ello que, identificado el mensaje clave que diferencia a ASSADE se propone diseñar un nuevo logosímbolo, sencillo y limpio, en donde se conecten estos valores. La propuesta que se hace incorpora una figura en forma de humano que con las manos levantadas forma un corazón. La forma utilizada es la del círculo, porque conecta con el tema de la participación que es uno de los ejes transversales del plan.



Figura 27. Propuesta de logo
Fuente Propia 2017



Táctica 2.1.3. Realizar un video institucional

Creemos que también es importante contar con este tipo de material audiovisual y difundirlo a través de la página web y redes sociales. A través del video institucional se buscará transmitir la historia y evolución de la Organización su filosofía y valores, sus puntos fuertes y los mensajes clave.

El video deberá de ser dinámico, con un tono moderno y actual, que exprese el espíritu de la institución, en el tiempo justo, el cual se estima de aproximadamente 3 minutos. Además, deberá de permanecer en la página principal del sitio web, y difundirse a través de las redes sociales en las que tiene participación la organización.

Estrategia 2.2. Brindar información periódica a través de los canales comunicativos con los que cuenta ASSADE.

Luego de dar a conocer la organización con su nuevo lema y logo-símbolo, el siguiente paso es proporcionar información periódica a través de los canales comunicativos con los que ya cuenta, sobre los avances, actividades y proyectos desarrollados por sus diferentes públicos, para ello se proponen las siguientes acciones.

Táctica 2.2.1 Elaborar un folleto corporativo.

El folleto corporativo debe incluir la historia de la Organización, su filosofía y el detalle de la visión estratégica. Este folleto deberá de poder descargarse en el sitio web de la organización.

Táctica 2.2.2. Desarrollar una presentación de credenciales en formato Power Point o Prezi.



Es importante que la Asociación cuente con una presentación institucional la cual sirva de apoyo ante posibles donantes, cooperantes y voluntarios.

Esta acción permitirá mostrar al usuario, de manera sistemática, las actividades y áreas de acción de la organización, así como también identificar la forma en la cual trabaja y el apoyo que puede generarse a la iniciativa.

Esta presentación deberá realizarse respetando la línea gráfica de la Organización y apoyándose en el mensaje clave establecido, deberá contener al menos la siguiente información:

- Breve reseña del surgimiento de ASSADE
- Quienes son y qué hacen
- Misión, Visión, Objetivos y valores
- Áreas de acción
- Áreas geográficas en las que trabajan
- Trayectoria y experiencia
- Cómo unirse a la iniciativa
- Contactos

Táctica 2.2.3. Nombrar un portavoz oficial de ASSADE.

El candidato para esta función puede ser el profesional de comunicación que se sugiere en el primer eje de este plan.

Estrategia 2.3. Identificar a los públicos objetivo que puedan ser potenciales actores involucrados o cooperantes.

Para las organizaciones no Gubernamentales, es importante contar con personas que se sumen a sus proyectos ya sea como socios o voluntarios, por lo tanto, es importante conocer a



los públicos objetivo que puedan ser potenciales actores involucrados o cooperantes y en base ello enfocar la comunicación para ello se propone lo siguiente.

Táctica 2.3.1. Hacer un análisis de posibles públicos

Es importante identificarlos y tipificarlos en base a la relación que podrían tener con la organización.

Hasta ahora, ASSADE, por el tipo de labor que realiza, ha contado con profesionales que se relacionan con los temas de la sanidad, voluntarios que van desde enfermeras, médicos, odontólogos, fisioterapeutas y psicólogos.

En este plan se plantea incrementar el número de estos voluntarios, pero a largo plazo se busca llegar a más públicos, como trabajadores sociales, comunicadores, ingenieros, educadores, generar un voluntariado multidisciplinario, que pueda sumarle a la organización esas capacidades para impactar de mejor manera en la organización.

Se propone realizar un listado de los públicos clave, para lo cual se deberá identificar a todos los públicos que tienen o pueden llegar a tener un tipo de relación con ASSADE. Este listado se clasificará en públicos internos, públicos externos y públicos relacionados.

Estrategia 2.4. Elaboración de campañas comunicativas que se orienten al modelo participativo.

Es importante también en este punto trabajar campañas comunicativas que se orienten al modelo participativo, dirigidas a estos públicos, las cuales pueden ser hechas por ellos mismo



y de esta forma generar vínculos que fortalezcan la comunicación. Para esta acción se proponen dos acciones tácticas.

Táctica 2.4.1. Trabajar de manera conjunta en la identificación de los mensajes clave para llegar a cada público.

Es importante que desde cada grupo se aporten ideas para la identificación de los mensajes a transmitir de manera más adecuada para cada público, ya que si se quiere llegar a sus públicos es importante que sean ellos quienes los diseñen y ayuden no solo en su creación sino también en su difusión. Sería necesario fijar un concepto básico para dirigirse a cada uno de los públicos, conservando siempre el lema “compartiendo salud” como unificador e identificador de la organización. Los mensajes, pueden girar en torno a los conceptos de bienestar y armonía de manera transversal y de esta manera adoptarlos a cada grupo.

Táctica 2.4.2. Desarrollar campañas sistemáticas de captación y prevención

Identificados los conceptos, habría que elaborar mensajes para realizar campañas sistemáticas de promoción y prevención de la salud para usuarios, captación de voluntarios, colaboradores y fondos a través de diferentes canales y medios con los que cuenta la organización. Estas campañas podrían realizarse sistemáticamente, las que están dirigidas a usuarios sobre promoción y prevención pueden realizarse de manera trimestral, mientras que para la captación se proponen que se trabajen por cuatrimestres, obteniendo así tres campañas al año, enfocadas a estos públicos.

Un ejemplo de ella podría ser una campaña para captación de voluntarios, utilizando un tono moderno y actual en el que exprese el espíritu y el sentir de la Institución y que pueda ser transmitido inicialmente en los medios on line con los que cuenta la organización, (Facebook, Instagram o Twitter). Esta propuesta no cuenta con el apoyo de alguna agencia de comunicación o publicidad, ya que forma parte de



la sugerencia y aportación que este plan de comunicación propone. (Ver diseño en ejemplos de propuestas)

Estrategia 2.5. Divulgar la labor que realiza la organización a nivel on line y off line.

En la siguiente estrategia se busca divulgar la labor que realiza la organización a través de los canales con los que cuenta a nivel on line y off line, para ello se proponen las siguientes acciones.

Táctica 2.5.1. Análisis y Reestructuración de la página Web Institucional de ASSADE.

Los cambios que se busca integrar son una mejor comprensión y lectura de la misma. Es necesario hacer un análisis sobre el diseño y estructura de la página Web y en base a ello proponer su remozamiento, o bien trabajar en una nueva. Dentro de los cambios que se sugieren están; un menú más amigable, que permita una lectura rápida de la organización; más interactiva y gráfica, se propone trabajar en el diseño de iconos o símbolos que refieran los servicios y programas de una manera personalizada que conecten con la esencia de la organización, que incluya en su estructura un mecanismo para hacer a través de ella donaciones. Se propone también que sea editada en inglés, para llegar a otros públicos. Existe conciencia de que estas sugerencias son muy generales, simples y básicas. Es por ello que se propone una participación de los públicos con sugerencias, de cómo se podrían llevar a cabo estas mejoras.



Táctica 2.5.2. Trabajar en la creación de redes sociales específicas

Es importante trabajar esta parte, crear perfiles en redes sociales (facebook, youtube, Instagram, Lidkelin) que sirvan para la promoción de la labor de ASSADE con sus públicos.

Es importante que la organización tome en cuenta que no es un perfil de Facebook, sino estandarizar las redes, de modo que se conecten con el concepto institucional y oficial que desea enviar a sus públicos.

Táctica 2.5.3. Editar una revista electrónica semestral y crear un blog de comunicación para la salud

Esta acción busca dar soporte al informe que entrega la organización a socios y cooperantes, y de esta forma apoyar en la labor comunicativa.

Se propone la siguiente estructura para la revista:

“Editorial del Director Ejecutivo - Noticias - Próximas actividades - Caso de éxito y testimoniales - Entrevista a algún Voluntario, Socio, Usuario y Colaborador - Reportaje sobre un tema de salud preventiva”.

La revista electrónica puede ir en la línea de la comunicación participativa, en la cual los involucrados puedan aportar en las temáticas de salud abordadas.

Por su parte el blog también debe ir enfocado en esa línea participativa en el cual colaboradores, socios, usuarios puedan elegir los temas y tópicos a abordar.

Táctica 2.5.5 Establecer un acercamiento con los medios de comunicación locales.

Formar una alianza estratégica entre ASSADE y los medios locales que operan en la región para trabajar de manera conjunta y que ambos se beneficien.



Un tipo de canje, en el que las radios comunitarias y la televisión local ayuden a difundir jornadas o actividades importantes para los usuarios de ASSADE y a cambio la organización podría generar contenido para su programación.

Estrategia 2.6. Impulsar programas de salud preventiva

Partiendo de que la comunicación debe ser participativa, se propone utilizar el modelo de Comunicación para la Salud para promover programas y acciones que la organización desarrolla en esta área.

Táctica 2.6.1 Generar espacios de interacción y análisis sobre comunicación participativa.

Generar espacios de interacción análisis y reflexión sobre la comunicación participativa entre los públicos. Esta acción puede llevarse a cabo a través de talleres entre colaboradores - voluntarios, y colaboradores – usuarios y que sea la comunidad la que plantee las necesidades en salud para orientar la prevención.

Táctica 2.6.2. Diseñar campañas en forma de talleres interactivos educativos.

Enfocados al área de la prevención. Hasta la fecha, la organización ha desarrollado este tipo de acciones, lo que se busca es ampliar el número de participantes. Este tipo de talleres, deben ir dirigidos a niños y mujeres, ya que son el público que más demanda tiene la organización. Se propone elaborar talleres interactivos ya que estos son los que más significación cobran en el participante, recordar más si hizo y participo que si solamente asistió y escucho.



Táctica 2.6.3. Identificar y capacitar a los líderes de la comunidad.

Es importante llevar a cabo esta acción para que ellos participen como mediadores en este proceso comunicativo.

Con esta acción se busca identificar a los líderes de la comunidad para trabajar de manera conjunta en los espacios de interacción y análisis, así como en los talleres interactivos para que luego sea ellos los que repliquen esta labor hacia su comunidad.

A continuación, se presenta una tabla, la cual incluye la forma en que piensan llevarse a cabo las estrategias y tácticas presentadas en este plan a nivel externo, programado para dieciocho meses.

Tabla 20
Resumen de Ejecución Programa 2

PROGRAMA2: RELACIONES QUE GENERAN VÍNCULOS				
PUBLICO	ESTRATEGIA	TÁCTICAS	COSTE	CRONOGRAMA
Socios, cooperantes, voluntarios y colaboradores	Estrategia 2.1. Dar a conocer el origen de la Organización, filosofía, valores y las actividades desarrolladas	Táctica 2.1.1. Elaborar mensajes clave para la organización. Táctica 2.1.2. Diseño de un nuevo logo y slogan. Táctica 2.1.3. Realizar un video institucional.	Sin costo Sin costo Q.2500.00	PRIMER CUATRIMESTRE DE 2018
Colaboradores	Estrategia 2.2. Brindar información periódica a través de los canales comunicativos con los que cuenta	Táctica 2.2.1 Elaborar un folleto corporativo. Táctica 2.2.2. Desarrollar una presentación de credenciales en formato <u>Power Point</u> o <u>Prezi</u> . Táctica 2.2.3. Nombrar un portavoz oficial de ASSADE.	Q.2500.00 Sin Costo Q.7000.00	PRIMER Y SEGUNDO CUATRIMESTRE DE 2018
Colaboradores, voluntarios	Estrategia 2.3. Identificar a los públicos objetivo que puedan ser potenciales actores involucrados o cooperantes.	Táctica 2.3.1. Hacer un listado de posibles públicos	Sin costo	PRIMER Y SEGUNDO CUATRIMESTRE DE 2018
Colaboradores, voluntarios	Estrategia 2.4. Elaboración de campañas comunicativas que se orienten al modelo participativo	Táctica 2.4.1. Trabajar de manera conjunta en la realización de los mensajes. Táctica 2.4.2. Desarrollar campañas sistemáticas de captación y prevención	Sin costo Sin costo	
Socios, voluntarios, colaboradores y usuarios.	Estrategia 2.5. Divulgar la labor que realiza la Organización a nivel on line y off line.	Táctica 2.5.1. Reestructuración y remozamiento de la página Web Institucional. Táctica 2.5.2. Trabajar en la creación de redes sociales específicas. Táctica 2.5.3. Editar una revista electrónica semestral y crear un blog de comunicación para la salud. Táctica 2.5.4 Establecer un acercamiento con los medios de comunicación locales.	Q. 4000.00 Sin Costo Q. 2500.00 Sin Costo	SEGUNDO Y TERCER CUATRIMESTRE DE 2018
Socios, voluntarios, colaboradores y usuarios.	Estrategia 2.6. Impulsar programas de salud preventiva.	Táctica 2.6.1 Generar espacios de interacción y análisis sobre comunicación participativa. Táctica 2.6.2. Diseñar campañas en forma de talleres interactivos educativos. Táctica 2.6.3. Identificar y capacitar a los líderes de la comunidad	Q. 900.00 Q.2800.00 Q. 900.00	ULTIMO SEMESTRE DE 2018

Nota: Se presenta un resumen de la ejecución del Programa 2, que refiere a la parte externa del Plan Estratégico que Generan Vínculos.



5.6. EVALUACIÓN DEL PLAN

Es importante agregar el factor evaluativo a los programas y planes estratégicos, ya que ello permitirá medir la eficiencia y efectividad, así como identificar las carencias o fallas y mejorarlas. A continuación, se describen los mecanismos empleados para medir estas acciones.

Mecanismos de evaluación del Programa 1

En el programa estratégico “Relaciones Internas” se estableció como mecanismo de evaluación de sus estrategias el desarrollo de reuniones mensuales, las cuales pueden incluir un almuerzo especial, entre los colaboradores, para evaluar las mejoras que se han dado en torno a la comunicación.

También se plantea que a los tres meses de haber iniciado la primera fase se realice una encuesta anónima de clima laboral, para recopilar de ella valiosa información que ayude a las mejoras en esta vía.

Mecanismos de evaluación del programa 2

Se piensa programar reuniones, al finalizar cada cuatrimestre, para evaluar cada etapa y determinar si se están cumpliendo con los objetivos, si es necesario hacer mejoras o reajuste a cada acción emprendida.

Repetir encuestas a los usuarios, para determinar si las acciones emprendidas por el plan, están contribuyendo a mejorar la percepción que ellos tienen de la organización. A través de las redes sociales, también se pudo medir como los usuarios han recibido los cambios, ya que estas herramientas digitales tienen dentro de su estructura una métrica que permite obtener datos estadísticos sobre el incremento y participación de seguidores. Con estos resultados se puede conocer lo que está funcionando y potencializarlo.

En cuanto a los talleres, a través de una bitácora conocer cuántas personas han decidido participar, si se ha registrado un aumento y que tipo de talleres, son más concurridos y porque han tenido mayor participación que otros.



5.7. EJEMPLOS DE DESARROLLO DE ALGUNAS PIEZAS DEL PLAN.

A continuación, se presentan las propuestas elaboradas para este plan.



Figura 27. Propuesta de logo
Fuente Propia 2017



Figura 28. Propuesta de Afiche o cartel para Voluntarios
Fuente Propia 2017



5.8. EXPLICACIÓN VISUAL DEL PLAN

A continuación, se presenta un resumen, del plan estratégico, “Relaciones que Generan Vínculos” a través de cuadros para una lectura más rápida sobre la esencia del mismo.

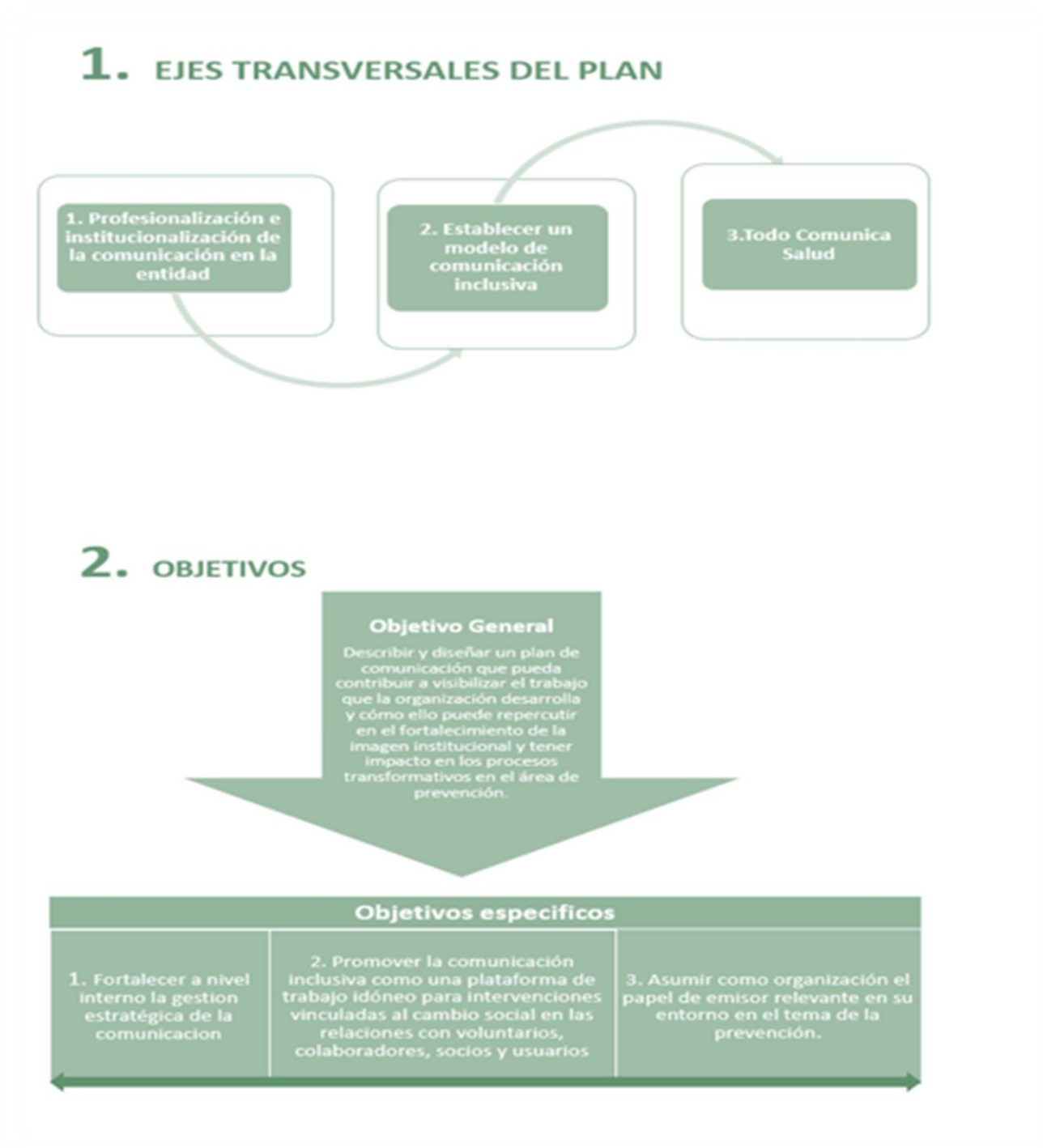


Figura 29. Ejes y objetivos Plan de Comunicación
Fuente Propia 2017



3. FASES

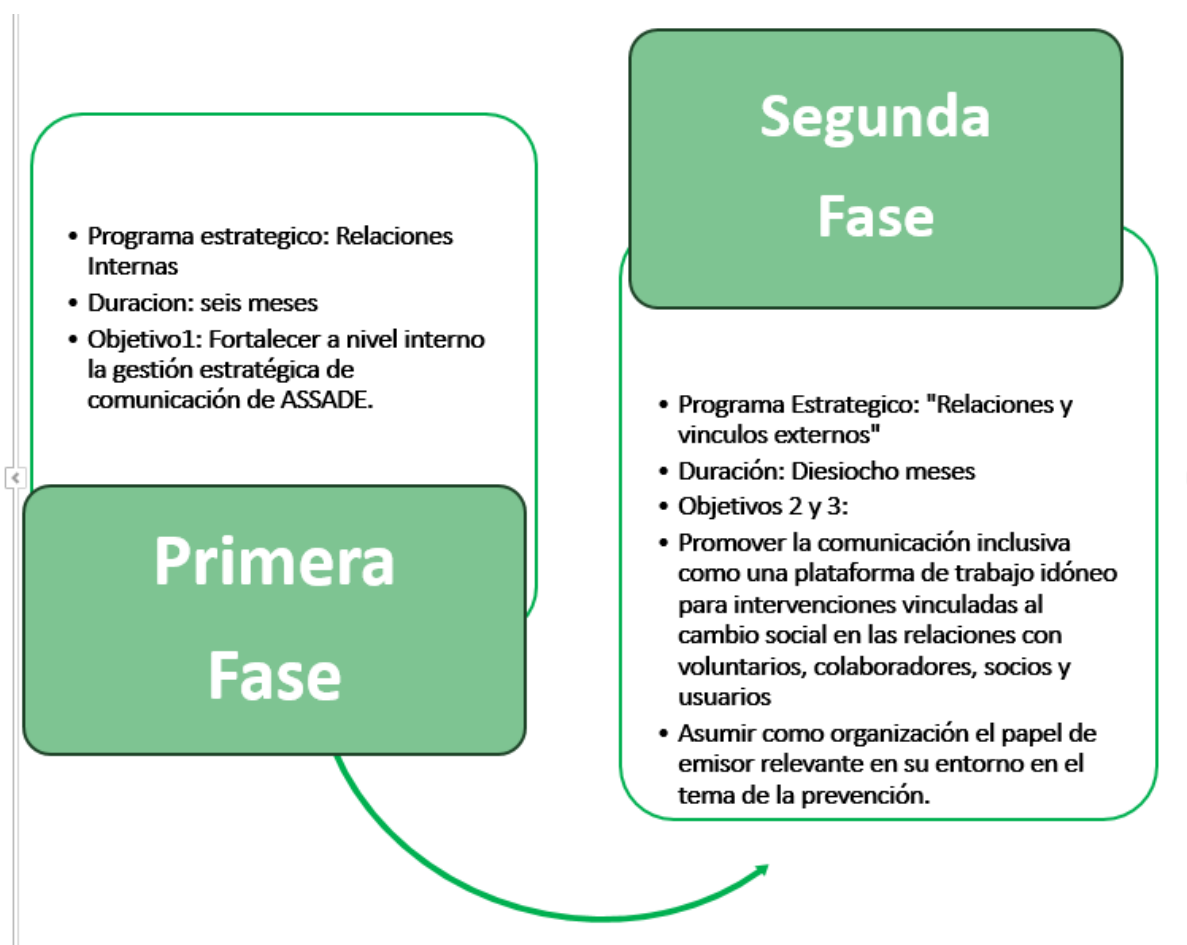


Figura 30. Fases Plan de Comunicación
Fuente Propia 2017



4. PROGRAMA 1: RELACIONES INTERNAS

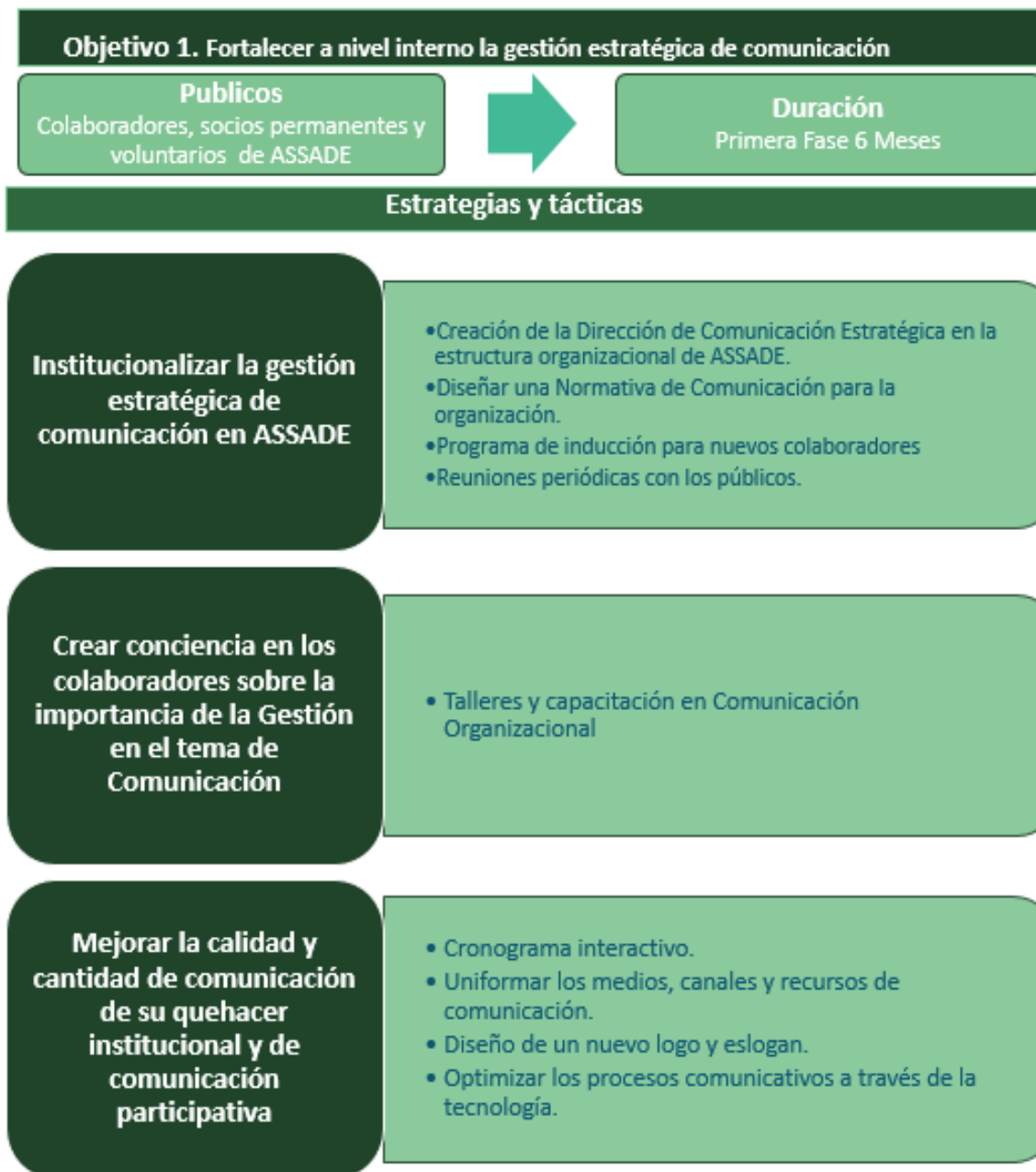


Figura 31. Programa 1, Relaciones Internas

Fuente Propia 2017



5. PROGRAMA 2: RELACIONES QUE GENERAN VÍNCULOS

Objetivos 2 y 3.

Promover la comunicación participativa como una plataforma de trabajo idóneo para intervenciones vinculadas al cambio social en las relaciones con voluntarios, colaboradores, socios y usuarios.

Asumir como organización el papel de emisor relevante en el tema de la prevención.



Estrategias y tácticas

Dar a conocer el origen de la Organización, filosofía, valores y las actividades desarrolladas	<ul style="list-style-type: none">•Elaborar mensajes clave para la organización•Diseño de un nuevo logo y eslogan.•Realizar un video institucional.
Brindar información periódica a través de los canales comunicativos con los que cuenta ASSADE	<ul style="list-style-type: none">•Elaborar un folleto corporativo.•Desarrollar una presentación de credenciales en formato Power Point o Prezi.•Nombrar un portavoz oficial de ASSADE
Identificar a los públicos objetivo que puedan ser portenciales actores involucrados o cooperantes.	<ul style="list-style-type: none">•Hacer un listado de posibles públicos.
Elaboración de campañas comunicativas que se orienten al modelo participativo	<ul style="list-style-type: none">•Trabajar de manera conjunta en al realización de mensajes.•Desarrollar campañas sistemáticas de captación y prevención.
Divulgar la labor que realiza la organización a nivel on line y off line.	<ul style="list-style-type: none">•Reestructuración y remozamiento de la pagian Web de ASSADE.•Trabajar en la creación de redes sociales específicas.•Editar una revista electronica y crear un blog de comunicación para la salud.•Establecer un acercamiento con los medios de comunicación.
Impulsar programas de salud preventiva.	<ul style="list-style-type: none">•Generar espacios de interacción y análisis sobre comunicación participativa.•Diseñar campañas en forma de talleres interactivos educativos.•Identificar y capacitar a los líderes de la comunidad.

Figura 32. Programa 2, Relaciones que Generan Vínculos

Fuente Propia 2017



Referencias Bibliográficas

- Alarcón, E. (1988). Cfr. *Teoría de la vida orgánica* (Apuntes de Psicología). Pamplona.
- A, G. -D. (2001). *Comunicación para la Salud: el reto de la participación*. Agujero Negro.
- En G. -D. A.
- Artigas-Lelong, B. &.-V. (2009). *La salud en el siglo XXI: el reto de los cuidados multiculturales*. Index de Enfermería, 2009 - SciELO Espana, 18(1), 42-46.
- Sen, A. K. (1998). *Las teorías del desarrollo a principios del siglo XXI*.
- Cuadernos de economía, 17(29), 73-100.
- Mittelbrunn, C. P. (2008). *Conceptos Fundamentales de la Salud a Traves de sus Historia Reciente*. Obtenido de www.fedicaria.org.
- http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf
- Mundial, B. (2006). Innovaciones en el sistema de salud de América Central: lecciones e impactos de nuevos enfoques. . *Innovaciones en el sistema de salud de América Central: lecciones e impactos de nuevos enfoques*. . Washington, D.C.
- Salud, O. P. (9 de octubre de 2009). Salud en las Américas . *Salud en las Américas* . Guatemala : <http://www.paho.org/HIA/archivosvol2/paisesesp/Guatemala%20Spanish.pdf> 14.
- Salud, O. P. (Octubre de 2010). Salud en las Américas Guatemala . *Salud en las Américas Guatemala* . <http://www.paho.org/HIA/archivosvol2/paisesesp/Guatemala%20Spanish.pdf>.
- Social, I. G. (2008). Informe de Labores 2008 IGGS . *Informe de Labores 2008 IGGS* .
- Social, M. d. (2010). Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social . Guatemala .
- W., F. (2008). El sistema de salud en Guatemala: ¿Así...funcionamos?.. . *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*.



CONCEPTODEFINICION.DE. (1 de 12 de 2014). <http://conceptodefinicion.de>.

Obtenido de <http://conceptodefinicion.de.com>

HUMANOS, D. U. ((2013)). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*.

Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Mondiale de la Santé, O. (1997). *Salud para todos en el Siglo 21*.

Moreno, E. (2001 (12-18)). *Salud Pública y Educación para la Salud. La salud pública en el siglo xxi*. .

Mosquera, M. (2003). *Comunicación en salud: conceptos, teorías y experiencias*. Comminit, *La iniciativa de la comunicación*.

Obtenido de <http://www.portalcomunicacion.com>

OMS. (1948). *Organización Mundial de la Salud*.

Obtenido de <http://www.who.int>

Picazzo Palencia, E. G. (abril de 2011). *La teoría del desarrollo humano y sustentable: hacia el reforzamiento de la salud como derecho y libertad universal*.

Obtenido de www.scielo.org.mx: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-45572011000100010&script=sci_arttext

Egidos, D., & Páez, L. (2000). *Comunicación en instituciones y organizaciones: una aproximación teórico-analítica a su diversidad conceptual*.

Revista Latina de Comunicación Social, 35(3)

Rizo, M. (2012). *El interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto: Hacia un nuevo concepto de comunicación*.

Aula abierta: Lecciones Básicas. Consultado en septiembre de.

Beltrán, L. R. (2000). *Promoción de la salud: una estrategia revolucionaria cifrada en la comunicación*. Comunicação e Sociedade. São Paulo: Umesp, 35.



Gumucio Dagron, A. (2001). *Haciendo olas: historias de comunicación participativa para el cambio social*. New York.

Gumucio-Dagron, A. (2001). *Comunicación para la salud: el reto de la participación*. *Agujero Negro*, 1-6.

CONCEPTODEFINICION.DE. (1 de 12 de 2014). Obtenido de <http://conceptodefinicion.de.com>

OMS. (1948). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int>

Picazzo Palencia, (2011) *La teoría del desarrollo humano y sustentable: hacia el reforzamiento de la salud como un derecho y libertad universal*.

Estudios sociales (Hermosillo, Son.), 19(37), 253-279. Recuperado en 01 de abril de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572011000100010&lng=es&tlng=es.

Becerril-Montekio, V., & López-Dávila, L. (2011). *Sistema de salud de Guatemala*.

Salud pública de México, 53, s197-s197.

Baum F.: *¡Salud para todos, ahora! Reviviendo el espíritu de Alma Ata en el siglo XXI*.

Medicina social.2007; 2(1): 37-46. (www.medicinasocial.info).

Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural. 2014. Plan Nacional de Desarrollo K'atun: nuestra Guatemala 2032. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia de Guatemala. Guatemala. ISBN: 978-9929618-82-4.

Constitución de la República de Guatemala 1945, decretada por la Asamblea Constituyente en 11 de marzo de 1945. Guatemala. (Translation by Abt Associates.)

Constitución de la República de Guatemala 1985, Asamblea Nacional Constituyente, Constitución Política de la República de Guatemala, 31 de mayo, 1985, modificada por decreto legislativo No. 18-93 de fecha 17 de noviembre, 1993, Guatemala, 1993.

http://www.right2info.org/resources/publications/laws1/guatemala_constitution_eng.

Acceso 19 de marzo, 2015. Contreras A, y Estrada G. 2012. Estudio sobre los mecanismos,



costos y formas de financiamiento para disminuir la mortalidad materna en Guatemala, 2013-2022. Boletín No 9. ICEFI (Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales)/UNICEF. 2012.

Cuervo (1993). *El papel de la empresa en la competitividad*.

Papeles de Economía Española 56. 363-377

Díez, I. & Uria, J. L. (2005) *Salud y cooperación para el desarrollo*.

Vitoria: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.

Diana Ortega Vincenzi (2002). *Educación para la Salud de los niños y de las niñas de Centroamérica*.

Coordinadora Educativa y cultural centroamericana. Colección Pedagógica
Formación inicial de Docentes centroamericanos de educación primaria básica.
Costa Rica.

Frenk J. (1992): *La Crisis de la Salud Pública*.

Reflexiones para el debate. Washington DC: OPS - Publicación Científica 540

Freire, P. 2002. *La educación para como práctica de la libertad*.

(La educación como práctica de la libertad p. 30-31).

Grant, R.M. (1991). *The resource-based. Theory of Competitive Advantage: Implications for Strategy Formulation*.

California Managem. Rev., Spring. 114-135

Gumucio Gragon, Al. (2003). “*El cuarto mosquetero: la comunicación para el cambio social*”.

Investigación & Desarrollo.

Hall, R. (1992). *The strategic analysis of intangible resources*. 135-144

Hansen y Wernerfelt (1989). *Determinants of firm performance:*

The relative importance of economic and organizational factors. 399-441

Holtz T.H, Holmes S, Stonington S, Eisemberg L.(2006): *La salud es todavía social*.

PLos Med 3(10): e310.(www.plosmedicine.org)

Kuhn T. (1993): *The Structure of Scientific revolution*.



Chicago: University of Press,

Lesley Doyal. (1995): *What Makes Women Sick:*

Gender and the Political Economy of Health. Macmillan, London.

Milan, S. (2006): “*Medios comunitarios y regulación: una perspectiva de comunicación para el desarrollo*”.

Investigación y desarrollo: revista del Centro de Investigaciones en Desarrollo Humano.

MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social). 2010. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008 (ENSMI-2008/09). Informe Final: Mujeres. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)/Instituto Nacional de Estadística (INE)/Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Guatemala.

———. 2011. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008 (ENSMI-2008/09). Informe Final: Hombres. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)/Instituto Nacional de Estadística (INE)/Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Guatemala.

———. 2012a. Estimaciones y Proyecciones del VIH y VIH avanzado. Guatemala. [http://www.osarguatemala.org/userfiles/EstimacionesVIHGuatemala por ciento2012.pdf](http://www.osarguatemala.org/userfiles/EstimacionesVIHGuatemala%20por%20ciento2012.pdf). Acceso 8 de mayo, 2015.

———. 2012b. Diagnóstico Nacional de Salud. Guatemala, 2012. (Traducción de Abt Associates)

———. 2014a. Memoria de Labores 2014. [http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/MemoriaLabores/MemorialaboresMSPAS por ciento2014.pdf](http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/MemoriaLabores/MemorialaboresMSPAS%20por%20ciento2014.pdf). Acceso 20 de marzo, 2015.

———. 2014b. Plan Estratégico MSPAS 2014-2019. Ciudad Guatemala, Guatemala.

———. 2014c. Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Lucha Contra El VIH y el sida. MSPAS Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Ciudad Guatemala, Guatemala.

———. 2015a. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ciudad Guatemala, Guatemala, entrevistas personales, abril, 2015.

———. 2015b. Estrategia de Fortalecimiento y Desarrollo Institucional del Primer Nivel de Atención. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 16 de abril.

———. 2015c. Cuentas Nacionales de Salud, Reporte de Guatemala al Informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales. Ministerio de Salud Pública Asistencia Social (MSPAS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS).



———. 2015d. Situación de la mortalidad maternal: Informe de País 2013. Guatemala. <http://www.osarguatemala.org/userfiles/Informe%20MM%202013%20final-2.pdf>. Acceso 10 de agosto, 2015.

———. 2015e. Departamento de Finanzas, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ciudad Guatemala, Guatemala, entrevistas personales, Abril, 2015.

MSPAS/INE/INCAP/USAID/Embajada de Suecia en Guatemala. 2014. Memorandum of Understanding for Completing the 2013-2014 Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil. Guatemala MSPAS/PAHO 20072008-2009. Indicadores Básicos de Salud. Guatemala. MSPAS/PAHO. 2013. Segunda Medición de Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud: Informe Final, Guatemala.

http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_metas_2013_gua.pdf Acceso 7 de marzo, 2015. MSPAS/SE-COMISCA/CDC. 2013. Informe Final de la Evaluación de Sistema de Vigilancia Epidemiológica del VIH en Guatemala. Guatemala. ONHRS (Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud). 2015.

Programa de Residencias Médicas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. <http://www.observatoriorh.org/guatemala/?q=node/82>. Acceso 25 de mayo, 2015.

Programa de Residencias Médicas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

<http://www.observatoriorh.org/guatemala/?q=node/82>. Acceso 25 de mayo, 2015.

———. 2015. <http://www.observatoriorh.org/?q=node/242>. Acceso 19 de marzo, 2015.

Ramiro Beltrán, L. (2005): *“La comunicación para el desarrollo en Latinoamérica: un recuento de medio siglo.”*

Documento presentado al III Congreso Panamericano de la Comunicación. Julio 12-16, Buenos Aires.

Referencia: Conner, 1991 “A historical comparison of resource-based theory and five schools of thought within industrial organizational economics” 132-137.

Suárez e Ibarra, s.f. *“La teoría de los recursos y las capacidades”*.

Un enfoque actual en la estrategia empresarial”. Cuba. 67-80.

Verdugo, Juan. (2008) *Del dicho al hecho*.

Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente.

Sofía. (Marzo 22, 2016 @ 11:00 am). ¿Cuál es el panorama del sistema de salud en Centroamérica? Forbes, México. Recuperado de <https://www.forbes.com.mx/panorama-del-sistema-salud-centroamerica>.

[Servindi Noticias](#) (11-09-2013) Entrevista a Alfonso Gumucio sobre comunicación para el cambio social [archivo de video] Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=7X5DcGybYCY>.

CAOI Andina (23-06-2012) video Buen Vivir y Vivir Bien [archivo de video] Recuperado de <https://youtu.be/9oZHJMTcfOE>.



Organización Mundial de la Salud, (12-2015) Salud y Derechos Humanos, Centro de Prensa, [Nota descriptiva N°323] recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

Naciones Unidas Derechos Humanos Alto Comisionado, (16-12-1966) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, [Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI)] recuperado de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

Mamani, F. H. (2010). Buen Vivir/Vivir Bien. Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas. Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas-CAOI.

Nos, E., Iranzo, A., & Farné, A. (2012). La eficacia cultural de la comunicación de las ONGD: los discursos de los movimientos sociales actuales como revisión. CIC. Cuadernos de Información y Comunicación, 17.

Akin, J. S., Birdsall, N., & De Ferranti, D. M. (1987). *Financing health services in developing countries: an agenda for reform* (Vol. 34). World Bank Publications.

Periódico digital Plaza Pública (19 04 15) Un enfermo crónico llamado Salud Pública, Hernández, Oswaldo J. [Nota descriptiva] recuperado de <https://www.plazapublica.com.gt/content/un-enfermo-cronico-llamado-salud-publica>

Comunicación participativa en salud; Gumucio-Dagrón (Comunicación para la Salud: el Reto de la Participación) y Paulo Freire.

Gumucio-Dagrón (2010) *Teoría de la promoción de la salud, “Cuando el doctor no sabe Comentarios críticos sobre promoción de la salud, comunicación y participación”*

/WINSLOW, Charles E. The Untilled Fields of Public Health, Science (1920)

(Referencia. Francisco Antonio de Fuentes y Guzmán. 1690. Recordación florida)

Bustamante. E (2013) “La comunicación interna y la promoción de la salud.

Estudio de caso en Madrid Salud”. Tesis Doctoral , Barcelona.

Material elaborado con apoyo del Gobierno de Navarra, Medicus Mundi Navarra y USAID. Salud Incluyente (ISIS). Instituto de Salud Incluyente. Lucrecia Hernández Mack.

Tomás de Aquino. Summa Theologiæ, I-IIae, q. 50, a. 1, c.

Cfr. Alarcón E. Op. cit. Cfr. Choza J. Manual de antropología filosófica. Madrid: Rialp, (1988). Organización Médica Colegial. Código de Ética y Deontología Médica, Artículo 4.2: “El médico debe cuidar con la misma conciencia y solicitud a todos los pacientes, sin



distinción por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”.

SIGSA 2013. Documento de Especificaciones, Requerimientos y Criterios de Aceptación de Software para el “Sistema Integrado de Información para el Primer y Segundo Nivel de Atención en Salud Basado en la Ficha Única” Versión 1.0. Guatemala.

———. 2015a. Manual de Organización, Puestos y Funciones, Versión 1.0-3-2015. Guatemala. <http://sigsa.mspas.gob.gt/uno/2013-08-22-21-18-41/sigsa-web.html?start=20>. Acceso 8 de mayo, 2015.

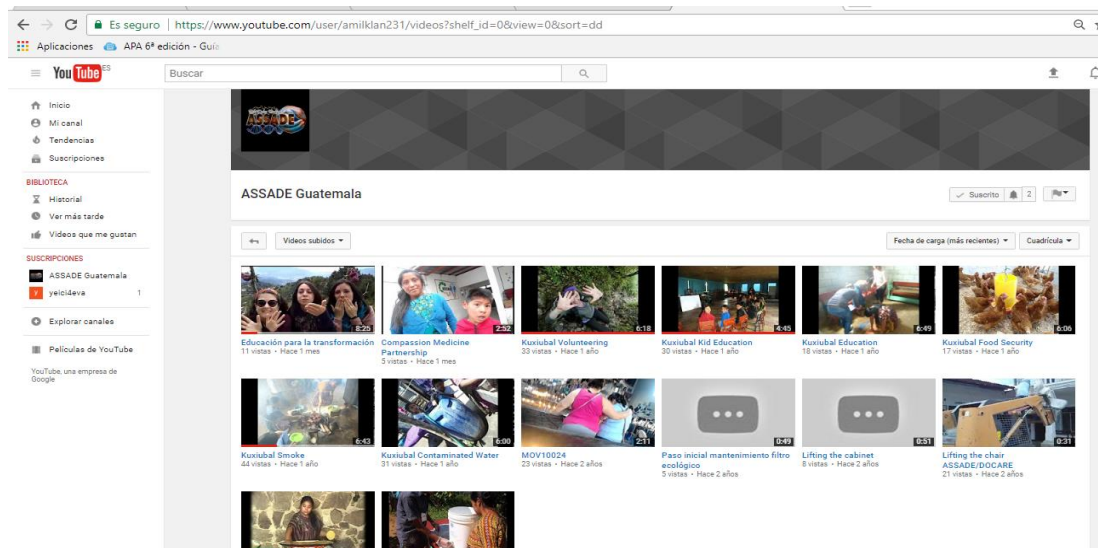
———. 2015b. <http://sigsa.mspas.gob.gt/tableroinformativo/index.php/uno/balances-de-ejecucion-financiera>. Acceso 8 de mayo, 2015.

USAID (United States Agency for International Development) GeoCenter. 2015. Geographic analysis of MSPAS infrastructure and supply chains. With inputs from: USAID HPP Project, MSPAS, SIAS, Oak Ridge National Lab.



ANEXOS

ANEXO 1. Imagen del Canal de YouTube ASSADE.



Anexo 2. Formulario de Entrevista a voluntarios

Objetivo de la entrevista para voluntarios y socios:

Determinar el grado de conocimiento que tiene los actuales socios y voluntarios acerca de la Asociación y su percepción hacia ella, sobre la labor en el campo de la salud y sobre la comunicación que realiza.

Identificar los puntos fuertes y los posibles aspectos a mejorar.

Para ello propongo las siguientes preguntas y las segmentó en tres bloques. El primero, enfocado en el conocimiento que tiene de la organización, la experiencia vivida y como ven y califican la comunicación de la organización.

Propuestas de Preguntas para Entrevista

1. Conocimiento de la Organización

¿Cómo se enteró usted de la existencia de ASSADE? ¿A través de qué medio?

¿Qué fue lo que le llamó la atención de ASSADE para involucrarse como voluntario?

¿Sabe usted cuál es la labor que realiza ASSADE?

¿En qué programa de salud preventiva apoyo en la organización?

2. Su experiencia

¿Cuál fue su experiencia como voluntaria? ¿Cuánto tiempo, dónde...?

¿Qué cosas destacaría de esa experiencia?

¿Cuáles serían las situaciones que mejoraría de experiencia?

¿Cuáles considera que pueden ser posibles barreras para que más voluntarios participen como voluntarios ASSADE?

3. En cuanto a la Comunicación



¿Cómo ve la comunicación que realiza la Asociación?

- Comunicación interna... ¿Cómo se comunica con los voluntarios y socios?
- Comunicación externa... ¿Y con los pacientes y la sociedad a la que se dirige?

¿Desde el punto de vista interno... se siente parte de la comunicación de ASSADE... como voluntario o como socio? ¿Cuál cree que es su papel desde el punto de vista de la comunicación...

¿Y en relación a la salud?

¿Durante su estancia en ASSADE vio piezas de comunicación como trífolios informativos, afiches, etc.? ¿A quién iban dirigidas?...

¿Conoce la web de ASSADE? ¿Qué le parece? ¿Qué información le gustaría encontrar en las páginas de la organización?

¿Cree que el trabajo de ASSADE es conocido por los distintos públicos de su entorno?

¿Cómo se comunica ASSADE con la sociedad y con los pacientes? ¿Y viceversa?

¿Considera necesaria la comunicación para la tarea que desempeña esta entidad? ¿Qué importancia le da... mucha, bastante, poca, ninguna... y por qué?

¿Desde su punto de vista que aspectos de la comunicación de esta entidad podrían mejorarse qué podrías sugerir, para que este trabajo sea mejor conocido y divulgado y para que a ASSADE le llegue el feedback de la sociedad...?

Anexo 3. Transcripción de Entrevista aplicada a Voluntarios

Objetivo de la entrevista para voluntarios y socios:

Determinar el grado de conocimiento que tiene los actuales socios y voluntarios acerca de la Asociación y su percepción hacia ella, sobre la labor en el campo de la salud y sobre la comunicación que realiza.

Identificar los puntos fuertes y los posibles aspectos a mejorar.

Para ello propongo las siguientes preguntas y las segmentó en tres bloques. El primero, enfocado en el conocimiento que tiene de la organización, la experiencia vivida y como ven y califican la comunicación de la organización.

Propuestas de Preguntas para

Entrevista Lorena Lorenti (enfermera)

Octubre 2016 – 30 días de voluntaria.

Palma de Mallorca

1. Conocimiento de la Organización

¿Cómo se enteró usted de la existencia de ASSADE? ¿A través de qué medio? Fue por una compañera de trabajo que había hecho ya de voluntaria y es la ex esposa de uno de los colaboradores y ella me habló y me lo recomendó.

¿Qué fue lo que le llamó la atención de ASSADE para involucrarse como voluntario? Antes de conocerlo, porque me lo pusieron muy fácil, la organización realiza un trabajo en el que ayudan a la gente, antes de ello yo estuve investigando otras ONGs y te pedían dinero y en ASSADE no. En ASSADE solo te pedían que tu fueras y que llevaras muchas ganas de trabajar y colaborar. Te facilitaban hospedaje, me ayudaron a buscar vuelos, me hablaron del proyecto que tenían de educación, proyectos de fuentes de agua y chimenea. Que no pidan dinero sino que simplemente ayuden.

¿Sabe usted cuál es la labor que realiza ASSADE? Sí porque yo en principio, pensé que iría a ver cosas de enfermería, suturas y atención curativa, sin embargo ya estando allí, pues me comentaron sobre toda esta labor de educación y proyectos y me pareció súper interesante y me permitieron combinar el trabajo de salud con esta labor educativa.

¿En qué programa de salud preventiva apoyo en la organización? En la clínica y en el educación

2. Su experiencia

¿Cuál fue su experiencia como voluntaria? Pues fue muy buena porque me permitió hacer cosas que antes no había hecho, conocer otra cultura y conocer varios lugares muy chulos de Guatemala, hice amigos, fue una bonita experiencia.

¿Cuánto tiempo, dónde...? Estuve alrededor de un mes colaborando en la clínica y en los programas de educación y desarrollo comunitario.

¿Qué cosas destacaría de esa experiencia? Pues la verdad eso de fungir como maestra a niños pequeños estar en una clase, yo había impartido talleres y como los niños te miraban expectantes, como la gente te agradecía por lo muy poco que hubieras colaborado yo tampoco se mucho de educación, pero simplemente estás allí, ellos te lo agradecen demasiado, era muy gratificante. El vínculo que se forma, y todo ello. Y lo recomendaría a todo el mundo.



¿Cuáles serían las situaciones que mejoraría de experiencia? Mmmm la verdad es que no vi ninguna pega, en que el lugar de residencia para los voluntarios estuviera en antigua y no en san Andrés, porque había tardes que terminábamos de hacer el trabajo, en antigua hay más cosas que hacer. En san Andrés no hay nada, para hacer luego.

¿Cuáles considera que pueden ser posibles barreras para que más voluntarios participen como voluntarios ASSADE? Mmmm yo creo que la gente no lo conoce, yo lo conocí por esta compañera de trabajo, sino ni de coña me entero. También pienso que solo por ir a la clínica a trabajar como de atención y pues llega un punto en el que uno pues se aburre, pero en cambio sí se integra a los otros proyectos la experiencia es mucho más aprovechada. La barrera que hay es que no se conoce mucho. Yo estoy sugiriéndoles a mis amigas que vayan.

3. En cuanto a la Comunicación

¿Cómo ve la comunicación que realiza la Asociación?

- Comunicación interna... ¿Cómo se comunica con los voluntarios? Es súper buena, con Julio, cualquier problema que se nos presentaba pues ellos nos apoyaban, y nos hacían sentir parte de todo lo que ellos hacen. Informar súper bien, digamos súper bien organizada y formal. Cosas claras y educadas, Julio nunca lo oírás diciendo una cosa mala es un chico súper bueno.
- Comunicación externa... ¿Y con los pacientes y la sociedad a la que se dirige? Yo la veía súper cercana con la gente, María Elena, que es la madre de Julio, Luis y Danilo, pues una relación muy cercana yo veía a la gente que llegaba y preguntaba por la doctora y la doctora y tratar a la gente como una familia, yo vi llegar a una familia que no tenía recursos y les brindaba atención. Los trataban como una pequeña familia, soy medio usted y paciente, esto le pasa, y la gente se fiaba de ellos, y luego Julio ha trabajado muy bien su relación con escuelas y pues ello ayuda a que los programas se den igual con los grupos de mujeres. Y la doctora siempre sabe cuidar a sus pacientes.

¿Desde el punto de vista interno... se siente parte de la comunicación de ASSADE... como voluntario o como socio? ¿Cuál cree que es su papel desde el punto de vista de la comunicación...

¿Y en relación a la salud? Mi papel no atendí un caso grave, con algún dolor, o infección como pasa en un centro salud, tranquila no me pareció un trabajo difícil, que no pudiera hacer, me fue bien, poner sueros, aprendí hacer ecografía de embarazos, es algo que piden mucho. No aprendí grandes técnicos de enfermos, pero sí de la vida, que la verdad son importantes.

¿Durante su estancia en ASSADE vio piezas de comunicación como trifolios informativos, afiches, etc.? Una página web que estaba Luis estaba haciendo, Luis me pidió unas palabras para esa Web

¿A quién iban dirigidas?...

¿Conoce la web de ASSADE? ¿Qué le parece? Pues la que esta no me parece, que este tan bien, como que no tiene, deben mejorar la parte online, una web más grande, también vi Facebook, agrandarla y meter fotos, para que la gente de afuera, vea lo que se hace allí. No sabía lo que iba hacer, sino tenía una idea, videos, experiencias, y todo ello pues sería, habría fotos, para que la gente vea que hacen cosas.

¿Qué información le gustaría encontrar en las páginas de la organización? En plan más información, de todo lo que hacen más interactivo y poner de quienes recibimos ayuda. De américa, de España, de Guatemala, Educación, fotos y videos y fotos de la clínica tratando de pacientes, y promover el nuevo servicio dental. Creo que también deberían presentarse cada uno de los que trabajan allí, y decir bueno somos esto, hacemos esto y puedes ayudarnos en esta labor, en su página web y también en su Facebook.

¿Cree que el trabajo de ASSADE es conocido por los distintos públicos de su entorno? Si, ASSADE, es muy conocido, yo a principio me perdía, y le preguntaba sabe dónde está la clínica, y la gente me decía, la clínica de la doctora y ya me decían por dónde, o sea que dentro de la región es muy conocida. Era como un centro de referencia.

¿Cómo se comunica ASSADE con la sociedad y con los pacientes? ¿Y viceversa?

¿Considera necesaria la comunicación para la tarea que desempeña esta entidad? Si importantísimo, en el tema de educación para saber a qué niños vas a dar la clase sobre todo en plan de Guatemala, hay muchos temas tabú, las mentalidades son diferentes, el preservativo y todo lo que tiene que ver con la sexualidad.

¿Qué importancia le da... mucha, bastante, poca, ninguna... y por qué?

Mucha yo creo que siempre están con nosotros los voluntarios, sugiriendo, y apoyando en casi todo.

¿Desde su punto de vista que aspectos de la comunicación de esta entidad podrían mejorarse... qué podrías sugerir, para que este trabajo sea mejor conocido y divulgado y para que a ASSADE le llegue el feed-back de la sociedad...? Yo creo que tiene un convenio con una universidad de Madrid, con más comunidades, fueron de prácticas, con sus estudios, creo que podrían comunicarse con el paciente, abrir practicas allí, luego hacer una página web más grande, sea fácil acceder, yo me encontré y había mucho problema para ver unas fotos. El Facebook igual subir fotos de todo lo que hacen, escribir más cosas, hacer un blog, está bien, usar el nivel online, para que se llega a la gente o Instagram.

Propuestas de Preguntas

Aranzu Ruiz

Fecha: 25 de Febrero – Madrid

4. Conocimiento de la Organización

¿Cómo se enteró usted de la existencia de ASSADE? Fue por un anuncio que pusieron ellos en una web de red de voluntariados y fue allí por donde conecte con ellos. En aquel momento yo quería hacer un voluntariado en Centroamérica, estaba interesada en México y lo más cercano que encontré fue Guatemala. En esa búsqueda mande muchos correos a otras ongs que se anunciaba en esa página, y entonces pues, finalmente hubo una que me contestó y hubo con niños de leucemia, y yo preferí ASSADE porque iba llegar a más familias era una organización más estructurada y volver a escribir para obtener una respuesta.



¿A través de qué medio? Medios electrónicos.

¿Qué fue lo que le llamo la atención de ASSADE para involucrarse como voluntario? Tú ya sabes que a mí me va con el palpar el corazón, cuando me escribían me sentía cómoda. El Enlace con los voluntarias, que más adelante me entere que era Julio, pues me hacía sentir cómoda, me sentía con la confianza de poder decir mis necesidades y podría expresarles mis necesidades, y justo lo que podría aportar sin más ni menos y eso me hizo involucrarme. Y lo que más me gusta es que fuera a mujeres y a niños.

¿Sabe usted cuál es la labor que realiza ASSADE? Si, porque me metí en su página web, fui investigado que función hacía en San Andrés.

¿En qué programa de salud preventiva apoyo en la organización? No se te decir, porque yo hice unos cursos de empoderamiento de la mujer, y en el ámbito doméstico y familiar donde más nos centramos y luego eran terapias individuales, quien quisiera ya sea físico y emocional.

5. Su experiencia

¿Cuál fue su experiencia como voluntaria? Wow impresionante, como voluntaria es que no me sentí como una voluntaria, me sentí como si fuese a casa de unos familiares, es que no se cómo explicar pero me sentí parte de esa familia que conforma ASSADE y formando parte de la familia de Julio y María Elena. Me sentí reconocida profesionalmente, apoyada, que todo eran facilidades, yo procuraba no molestar en absoluto adaptarme lo más posible y es que no era necesario. Todo era facilidad. Conecto con tu filosofía de vida,

¿Cuánto tiempo, dónde...? Tres meses como voluntaria.

¿Qué cosas destacaría de esa experiencia? Para mí fue muy importante, tener a Julio no es como ayudante sino como colaborador yo sentía que cada paso que yo daba no lo daba sola y habían momentos en los que los pasos eran bastantes duros y Julio jamás me dejó caer, y eso para mí fue muy importante, sino era la organización, sino María Elena también respaldaban mi trabajo, hubo momento muy duros. Hubo uno en donde organizamos unos talleres para soltar todo aquello que no necesitamos cargar en nuestras vidas, traumas en fin esas cosas que nos pesan. Y fue impresionante como un grupo de mujeres quemuchas veces no quieren decir porque todas se conocen, no quieren hablar porque ya luego puede ser cotilleo del barrio, pues soltaron esas cosas y cuando termino eso, era obvio que eso se quedara allí, que nadie se lo iba a llevar, eso para mí fue muy importante. Otro momento que también fue muy impactante, María Elena me llamo, yo estaba en consulta y me dijo que un bebe acababa de morir que tenía que apoyar a la madre y para mí fue un paso muy importante en mi carrera profesional porque tuve que poner en práctica en un segundo todas las herramientas que había leído en papel. Y como apoyar esa mujer, que para mí, era una joven de 16 años, como poder apoyarla, para que pudiera decir un adiós a su hija, como poder también en una sociedad tan machista, que la suegra y el marido pudieran permitirle soltar, tener esos momentos.

¿Cuáles serían las situaciones que mejoraría de experiencia? Pues me hubiera gustado y eso pienso que voy a volver para allá, y si voy a dar talleres allá me gustaría que esa información o esa publicidad estuviese dada antes de que yo vaya. Por ejemplo eso sería muy importante que los usuarios tuvieran acceso a la información antes. Porque cuando yo llegue hubo que hacer un trabajo de comunicación, de promoción de unir lazos, yo creo que eso sería productiva que ellos conocieran que tipo de voluntario va a ir, con qué tipo de competencias cuenta para generar toda una red de cuál es tu valor allí.

Yo le pediría al voluntario que se posicionara un poco, yo sé que es difícil más si es su primer voluntariado pero que se posicionara en las herramientas que él tiene y en que va ayudar que proyectos, ambas partes. María Elena que libertad le puede dar al voluntario, aprender, poder darle más alas al voluntario.

¿Cuáles considera que pueden ser posibles barreras para que más voluntarios participen como voluntarios ASSADE? Como logística, carecen de un lugar para alojar a los voluntarios yo siento que al no tener un lugar para los voluntarios, no generan la energía para que muchos voluntarios vayan, entonces más que publicitario, lo segundo, como si no voy abarcar para ello es imposible que den. Si no sé qué proyectos quiero que mi voluntario haga, no sé qué tipo de voluntarios quiero, porque yo pienso que eso, algunas veces, buscan a voluntarios, para darles también a los voluntarios, el voluntario llega muy perdido, y acaso que sea una persona con vuelo, o con experiencia de vida o emprendedor, se puede quedar en plan de yo observo, y a mitad tal vez participo. Yo pienso que si los programas estuvieran estructurados, tendría una direccional mucho mayor, yo sé que a ASSADE le beneficia que haya extranjero, porque aparte de los gringos, yo sé que a nivel de España, yo sé que el hecho de que vaya gente española les genera un prestigioso pero pienso que se quedan cortos, yo pienso que sería súper bueno y que se pusieran en contacto con las universidades. Por una parte quieren abrir tanto la gama, que pierden personas que personas le aportarían mucho vayan.

6. En cuanto a la Comunicación

¿Cómo ve la comunicación que realiza la Asociación?

- Comunicación interna, ay pues aquí es un tema difícil, la comunicación yo creo que uno de los mayores problemas que ellos tienen, primero porque por suerte o por desgracia es una empresa familiar y eso conlleva a muchas ventajas que se gestione mucho más fácil y al mismo tiempo eso hace que eso sea más farragosa, yo sé que ellos roles como bien estipulados, de quien hace esto y lo otro, creo que ello.
- Comunicación externa... ¿Y con los pacientes y la sociedad a la que se dirige? La página web estaba actualizada, pues me pareció si que vi que había cosas que se hacían y no estaban puestas allí, la página de Facebook pues no la vi mucho porque yo casi no la visito. Estética me gustó mucho, te juro me fue a decir que si yo quiero ir a trabajar aquí, muchas ongs sus páginas, sus fotos eran así blanquitos no con niñitos de color, rubias preciosas, todos súper aseado y maravillosos, la gente que dirigía la asociación y a la gente que iba ayudar eran indígenas o gente de color, gente humilde, entonces esa separación esa superioridad y paternalismo no me gustó nada, y justo en ASSADE vi una organización natural conectada con la realidad. Realmente te voy a contar algo que es lo que realmente hago.

¿Desde el punto de vista interno... se siente parte de la comunicación de ASSADE... como voluntario o como socio? ¿Cuál cree que es su papel desde el punto de vista de la comunicación...

Hicimos un folleto, lo llevamos a la iglesia y a la radio, pero nada de esto funciona, fue María Elena la que cogió a la líder de un grupo de señoras de la comunidad y le hablo del curso y pues fue así que se logró realizarlo, el otro taller que impartí fue porque se estaba trabajando con una comunidad y pues se hizo el enlace para que también fueran.

¿Y en relación a la salud? Hacen un poco de prevención lo que pasa es que es un poco difícil no tiene alguien totalmente preparada en el nivel prevención, pero sí que cuando hacen esos proyectos de desarrollo, no yo fue más tarde que yo llegara.



¿Durante su estancia en ASSADE vio piezas de comunicación como tricólores informativos, afiches, etc.? ¿A quién iban dirigidas?...

Hicimos un folleto, lo llevamos a la iglesia y a la radio, pero nada de esto funcionó, fue María Elena la que cogió a la líder de un grupo de señoras de la comunidad y le hablo del curso y pues fue así que se logró realizarlo, el otro taller que impartí fue porque se estaba trabajando con una comunidad y pues se hizo el enlace para que también fueran.

Lo de la radio, como una vez que se pase, como a lo mejor pactar durante una semana, que pasen el spot, cuando llega el ginecólogo, siempre se sabe que llega, la gente siempre sabe.

¿Conoce la web de ASSADE? ¿Qué le parece? ¿Qué información le gustaría encontrar en las páginas de la organización?

¿Cree que el trabajo de ASSADE es conocido por los distintos públicos de su entorno?

¿Cómo se comunica ASSADE con la sociedad y con los pacientes? ¿Y viceversa?

¿Considera necesaria la comunicación para la tarea que desempeña esta entidad? ¿Qué importancia le da... mucha, bastante, poca, ninguna... y por qué?

¿Desde su punto de vista que aspectos de la comunicación de esta entidad podrían mejorarse... qué podrías sugerir, para que este trabajo sea mejor conocido y divulgado y para que a ASSADE le llegue el feedback de la sociedad...?

Pues que, no sé qué realiza una labor no pagada, deseo que crezca más.

Anexo 4. Formulario de entrevista a colaboradores

Entrevista, colaboradores de ASSADE para conocer de primera mano sus motivaciones, percepciones al trabajar en esta organización.

Propósito: Propuesta de plan de comunicación externa pro de la Asociación para la Salud y el Desarrollo, -ASSADE- San Andrés Itzapa, Chimaltenango, Guatemala – Centro América

Primera parte I / Datos y Rol en la organización

Edad

Sexo

Papel que desempeña (profesión/ puesto que ocupa) Médico, Enfermera Técnico Administrativo

Conserje Otro

¿Desde cuándo colabora con la organización?

¿Cómo conoció la organización y cómo llegó a ser colaborador de ASSADE?

Parte II / Acerca de su experiencia como colaborador

¿Explique brevemente por qué decidió formar parte del equipo de colaboradores de ASSADE?

¿Se siente a gusto como colaborador en esta organización? Si/no por qué

La percepción que usted tenía al iniciar dentro del equipo de ASSADE, ¿es la misma que tiene ahora? Si/no por qué

¿Qué lo motiva a seguir colaborando para esta organización?

De su trabajo en ASSADE, ¿Qué es lo que más le gusta?

Hasta el momento, ¿Qué cosas destacaría de su experiencia como colaborador?

¿Cuáles han sido los momentos más impactantes o difíciles que le ha tocado vivir como colaborador?

¿Cómo considera que su trabajo contribuye con los objetivos, misión, visión y filosofía de esta organización?

¿Qué opina de la participación de voluntarios dentro de la organización?

¿Cómo ha sido su experiencia al trabajar con voluntarios de otros países? Buena/mala por qué

Se le ha hecho fácil integrarse y trabajar de manera conjunta con voluntarios Si/No, por qué

¿Cuánto tiempo más piensa ser colaborador de esta organización?

Parte III/ En cuanto a la comunicación

Interna

¿Cómo se comunica ASSADE con sus colaboradores? Reuniones con el equipo Correos electrónicos De forma personal, otros

¿Considera efectiva esta forma de comunicación interna? Si/no y por qué

¿A través de qué vehículo de comunicación usted se informa de las actividades, planes, estrategias y objetivos que ASSADE, desarrolla o decide o emprender? Reuniones con el equipo Correos electrónicos De forma personal, otro...



¿Cómo se da el proceso de comunicación interna cuando se cuenta con voluntarios dentro de la organización?

¿Qué aspectos de comunicación interna considera usted que ASSADE debería de mejorar?

Sobre su papel como comunicador...

Si es médico (o está en contacto con pacientes)

¿Considera importante su labor como comunicador? ¿Qué importancia le da y por qué?

¿Cómo entiende la comunicación en la relación con los pacientes?

(Como información, persuasión o como diálogo...)

(De modo unidireccional y jerárquico o de modo horizontal y participativo...)

¿Se da voz a los pacientes?

¿Cómo es la relación médico-paciente desde el punto de vista de la comunicación?

¿Cómo percibe la eficacia o eficiencia de ese proceso de comunicación con el paciente en relación al problema a tratar? (Cree que es eficaz o no y por qué...)

Cree que este proceso de comunicación se puede mejorar y cómo...¿qué beneficios tendría...

Sobre la comunicación externa...

Desde su experiencia, ¿Cómo considera que ASSADE comunica su labor dentro de la región que opera?

¿Qué acciones de comunicación o campañas recuerda haber visto de ASSADE y a través de qué medios? (folletos, carteles...)

¿Considera que las estrategias y los medios de comunicación externa que emplea, son efectivas?

¿Habla usted de la Organización con otras personas para que la conozcan y/o se unan en la labor que desarrolla ASSADE?

¿Qué cree que podría mejorarse desde el punto de vista de la comunicación externa?

Anexo 5. Transcripción entrevista semiestructurada a colaboradores

Entrevista, colaboradores de ASSADE para conocer de primera mano sus motivaciones, percepciones al trabajar en esta organización.

Propósito: Propuesta de plan de comunicación externa pro de la Asociación para la Salud y el Desarrollo, -ASSADE- San Andrés Itzapa, Chimaltenango, Guatemala – Centro América

Primera parte I

Datos y Rol en la organización

Nombre: Raúl Danilo Barrera Letona

Edad: 37

Sexo: Hombre

Papel que desempeña: Administrador General

¿Desde cuándo colabora con la organización? 7 u 8 años.

¿Cómo conoció la organización y cómo llegó a ser colaborador de ASSADE? Conocí la organización porque mi madre es la fundadora y pues desde sus inicios, he estado colaborando en un principio de manera indirecta. Con el paso del tiempo surgió la necesidad de contar con una persona ya fija que se encargara de toda la parte administrativa y por ello ya empecé a ser colaborador fijo de la organización.

Parte II / Acerca de su experiencia como colaborador

¿Explique brevemente por qué decidió formar parte del equipo de colaboradores de ASSADE? Inicialmente para brindar el apoyo a mi madre, ya que en su momento se dio bien marcada la necesidad de este apoyo. También me motivó la labor que realiza ASSADE, la filosofía, la misión, la visión, los objetivos, como lo hace y los beneficios que provee a la población que atendemos.

¿Se siente a gusto como colaborador en esta organización? Si/no porqué

Sí me siento bastante satisfecho.

La percepción que usted tenía al iniciar dentro del equipo de ASSADE, ¿es la misma que tiene ahora? Si/no porqué

Depende, porque de alguna manera podría decir que sí, porque seguimos trabajando sobre la misma filosofía que tenía la organización en aquel entonces sobre los mismos principios y valores que la rigen. Y por la parte que diría que No, es por el crecimiento que ha tenido, en cuanto a sus intereses y planes que se tienen, en cuanto al movimiento en sí de la organización y el impacto que está teniendo dentro de la organización.



Hemos presentado un crecimiento en el tema de servicios que ofrecemos a la población, los planes que se tienen, la visión que día con día la organización nos permite ir creando, me refiero también a que no sería lo correcto pensar que hace 7 años estaba la organización de cierta manera y que pasado ese tiempo, la organización siga simplemente igual y que dentro de 10 años siga igual.

¿Qué lo motiva a seguir colaborando para esta organización? La mayor motivación me la da, el estar consciente y conocer las necesidades de la gente que nos visita poder ser parte de un cambio integral de las comunidades que atendemos. Poder cambiar algunas mentalidades dentro de la gente, eso es lo que al final mucho más que el salario, es más gratificante. Saber que estamos erradicando mentalidades retrogradadas que siguen golpeando nuestras comunidades de una forma activa.

De su trabajo en ASSADE, ¿Qué es lo que más le gusta? Pues me gusta todo, no podría contestarle con alguna actividad específica dentro del rol que desempeño porque la verdad es todo, el equipo con el trabajo, la gente a la que se atiende.

Hasta el momento, ¿Qué cosas destacaría de su experiencia como colaborador? Dentro de la experiencia que considero que hoy por hoy tengo, son gracias a los momentos difíciles que hemos tenido que enfrentar los que me ha permitido generar ideas y buscar soluciones para poder salir adelante.

¿Cuáles han sido los momentos más impactantes o difíciles que le ha tocado vivir como colaborador? Limitaciones económicas, equipo de insumos que se han tenido, y que de alguna manera hemos tenido que suplir esas necesidades, no todo el camino de ASSADE ha sido color de rosa, ha habido momentos difíciles, pero gracias a Dios y a la ayuda del equipo y personas particulares hemos salido adelante.

¿Cómo considera que su trabajo contribuye con los objetivos, misión, visión y filosofía de esta organización? Pues... como administrador general, creo que el puesto en si no puede contribuir el solo, creo es más una cuestión de equipo y un trabajo conjunto de todas las personas que estamos laborando acá. Obviamente teniendo ciertas directrices, normas, velando por el cumplimiento de esto, a nivel del puesto pues si monitoreando los alcances de los objetivos, avances y desarrollos y generando nuevas propuestas.

¿Qué opina de la participación de voluntarios dentro de la organización? Es bastante buena, toda persona que se acerca a la organización es una persona potencialmente capaz, de poder venir y ofrecer un tipo de ayuda, apoyo o soporte a las actividades que ya día a día se realizan dentro de la organización.

¿Cómo ha sido su experiencia al trabajar con voluntarios de otros países? Buena/mala porque

Bastante buena.

Se le ha hecho fácil integrarse y trabajar de manera conjunta con voluntarios Si/No, por qué? La interacción con los voluntarios se hace fácil, porque nosotros estamos abiertos y estamos conscientes de que cada voluntario que viene está haciendo un esfuerzo bastante grande para venir y colaborar con nosotros, entonces desde esta perspectiva yo creo que la relación interpersonal entre el voluntario y ASSADE es bastante buena y fácil de llevarla. Ahora el proceso como tal, es diferente ya que cada voluntario trae un tema de interés, entonces lo que normalmente nosotros hacemos es ponernos en con él, exponerle lo que hacemos y las actividades, ya luego ellos evalúan en que área es que quieren participar como voluntario y a partir de allí empezamos a entrelazar actividades que ya tenemos con capacidades, destrezas y experiencias de cada uno, pero es importante dejar claro que con cada voluntario es diferente.

¿Cuánto tiempo más piensa ser colaborador de esta organización? Por muchos más años.

Parte III/ En cuanto a la comunicación

Interna

¿Cómo se comunica ASSADE con sus colaboradores? Mayormente la comunicación es verbal si tenemos reuniones periódicas con el personal, reuniones formales y adicionales también desarrollamos reuniones informales en las que aprovechamos para tocar algunos temas que en su momento surgen y que ameritan la atención. Usamos también el correo, para que quede por escrito, pero como somos pocos es algo que no utilizamos y pues gracias a Dios todos somos muy conscientes entonces no hemos caído en el juego en el que caen muchas empresas de mejor mándemelo por escrito y así ahí queda y yo tengo mi respaldo, yo creo aquí somos personas adultas, responsable y que estamos contentos trabajando acá es por ello que la comunicación verbal es la mayormente utilizada.

¿Considera efectiva esta forma de comunicación interna? Si/no y por qué?

Si definitivamente si, las reuniones programadas se lleva a cabo en base a una agenda, pues si todo queda registrado dentro de un acta al final.

¿A través de qué vehículo de comunicación usted se informa de las actividades, planes, estrategias y objetivos que ASSADE, desarrolla o decide o emprender? Reuniones de equipo, a través de presentaciones power point, y no solo con proyectos nuevos sino al avance que se ha tenido con determinado proyecto se utilizan otros programas, de office para evaluar el crecimiento o alcance de los objetivos que se han planteado, y de igual forma para tratar temas como cambios sobre la marcha en cuanto a estrategias de ejecución en algún proyecto determinado.

Con los socios nos comunicamos a través de correo electrónico y lo que les hacemos llegar son informes con los resultados, o avances de cada proyecto, toda la comunicación formal que tenemos con los socios u organizaciones que de alguna manera nos han apoyado si es por medio de correo electrónico. Esto es la vía más utilizada ya que muchos de los socios y organizaciones que nos apoyan no son de Guatemala, entonces a través del internet, correos electrónicos o reuniones o videoconferencias por Skype los mantenemos al tanto de lo que realizamos.

¿Cómo se da el proceso de comunicación interna cuando se cuenta con voluntarios dentro de la organización? Se le toma en cuenta en las reuniones que organizamos, de hecho si los voluntarios ya están puestos en ASSADE, es necesario que participen de manera presencial en dichas actividades ya que es parte del proceso de ser voluntario, es aquí donde podemos escucharlos, conocer sus puntos de vista, que aporten sus ideas y que se genere ese proceso.

¿Qué aspectos de comunicación interna considera usted que ASSADE debería de mejorar? Somos tan poquitos, que yo podría decir que la comunicación está bien, como la llevamos ahora ya que somos tres cuatro personas únicamente, igual nos reuniones, realizamos la agenda y la llevamos a cabo, de pronto en futuro a mediano de plazo con el crecimiento que se espera la organización tenga, se espera implementar otro tipo de estrategias de comunicación para mantener a todos en la misma sintonía.

Sobre su papel como comunicador...



¿Considera importante su labor como comunicador? Si yo creo es una de las partes vitales para el puesto, independientemente si soy yo o es otra persona la que está cubriendo el puesto, es una parte vital el poder facilitar esta comunicación entre los mismos colaboradores, asegurarse que todos tenga la misma información, el mismo tipo de información en el momento oportuno que se requiera.

¿Qué importancia le da y por qué? Es de vital importancia.

¿Cómo entiende la comunicación en la relación con los pacientes? La retroalimentación que cada paciente nos da es bastante importante para nosotros como organización y de esta forma ir mejorando, evaluando y monitoreando los servicios que se prestan no es unidireccional es bidireccional la comunicación con ellos. Participativa

¿Cómo es la relación médico-paciente desde el punto de vista de la comunicación?

Creo que, está bastante bien, se le da el espacio al paciente, se le da voz, para que él pueda expresar sus inquietudes, ideas o sugerencias, observaciones, quejas incluso.

¿Cómo percibe la eficacia o eficiencia de ese proceso de comunicación con el paciente en relación al problema a tratar? (Cree que es eficaz o no y por qué...)

Creo que este proceso de comunicación se puede mejorar y cómo...qué beneficios tendría...

Sobre la comunicación externa...

Desde su experiencia, ¿Cómo considera que ASSADE comunica su labor dentro de la región que opera? Los dos medios que ahora estamos utilizando son, a través de la página en internet de la organización y las redes sociales, esos son los dos medios que se está utilizando para dar conocer la labor que se realiza.

¿Qué acciones de comunicación o campañas recuerda haber visto de ASSADE y a través de qué medios? (folletos, carteles...) No, se ha realizado. Porque ya en su momento se evaluó, se tomó en cuenta estos medios de comunicación y la repercusión que estos medios haya podido tener sobre la población no es significativa, hay otro tipo de medio de comunicación que utilizamos, lo que a nosotros nos ha funcionado para promocionar dentro de la localidad es la llamada publicidad de boca en boca. Ya que los pacientes, a través de la experiencia que han tenido con nosotros refieren a sus familiares a nuestras clínicas, similar nos pasa con los voluntarios que vienen, algunos han sido referidos por amigos o conocidos sobre el trabajo que se hace y por ello vienen.

¿Considera que las estrategias y los medios de comunicación externa que emplea, son efectivas? Si se pudiera mejorar, el asunto sería hacia donde nos queremos enfocar, y por eso le comentaba de los medio que usted me menciona dentro de la comunidad a la que atendemos no funcionarían de manera significativa, si hablamos de radio y televisión. Otros medios de comunicación como carteles o afiches, no los utilizamos porque la tasa de analfabetismo en el lugar es alta, mucha gente no puede leer entonces por gusto sería poner un afiche o cartel. Ahora si nos enfocamos hacia el extranjero, a la comunicación externa para atraer socios o voluntarios o áreas urbanas dentro de Guatemala, allí de pronto podría llegar a funcionar un medio de comunicación como los que hemos descrito anteriormente. Habría que hacer una investigación previa y evaluar de forma consciente si vale la pena hacer este trabajo con su respecta inversión.

¿Habla usted de la Organización con otras personas para que la conozcan y/o se unan en la labor que desarrolla ASSADE? Si, definitivamente. Hay conocidos amigos, familiares que ya me están ayudando con ese tipo de labor de promoción, ya que tal es mi fervor por la asociación que se los he logrado transmitir para que me ayuden en ello.

¿Qué cree que podría mejorarse desde el punto de vista de la comunicación externa? Sí, pero no sabría decirle como.

Primera parte I

Datos y Rol en la organización

Nombre: María Elena Letona Simmons

Edad: 67 años

Sexo: Mujer

Papel que desempeña: Director operativo y médico.

¿Desde cuándo colabora con la organización? Desde que empezó 2007...

¿Cómo conoció la organización y cómo llegó a ser colaborador de ASSADE?

Fundadora / Este proyecto surge de la necesidad que me surge a mí, me jubilo y debía pagar las universidades de mis hijos, inicialmente eso me lleva a querer trabajar en un proyecto así, soy una madre soltera. Inicialmente comencé a trabajar este proyecto con la municipalidad, pero en la medida en la que me iba relacionando con las personas e iba viendo de primera mano las necesidades que existían. Nunca había trabajado en el área rural, hospitalaria y urbana, me llamo la atención durante esos dos años de trabajo con la municipal, habían muchas necesidades en salud que a nadie le interesaba y pues es así, gente discriminada sin derecho a una atención digna, y pues es así como de una manera un tanto accidentada me animo a llevar a cabo este proyecto.

Sumado a ello, un acontecimiento en mi vida, la muerte de mi hermano me marco en la vida, y pensé que él había muerto por los derechos de todos, y ASSADE es un proyecto con el que busco honrar su memoria. El proyecto atención primaria en Salud inicia como una iniciativa del alcalde y solo contaba con una persona que me ayudaba en la farmacia y yo tenía que hacerlo todo, moverme de lugares y así para poder atender, esto genero problemas, así que decidimos cortar por lo sano y decidí emprender el proyecto sola.

Me fui a rentar una casa, pero estaba bastante mal, no podía ajustarse a una clínica, así que contacte con estudiantes de la Universidad Mariano Gálvez, ya que uno de mis hijos estudiaba allí, y el con unos amigos suyos se dedicaron a realizar las reformas a la casa para adaptarla y que se convirtiera en un clínica de atención medica en salud. Por otro lado mi otro hijo, estudiaba ingeniería y estaba buscando hacer su tesis y yo necesitaba que me apoyara con la parte geográfica del Municipio, datos como el número de habitantes, entre otros.



Poco a poco conocí, a americanos que hacían prácticas, que me quisieron dar la mano, en hacer jornadas en las aldeas más pobres, cosa que beneficia a la gente, aunque yo tenga que redoblar el trabajar. Luego de ello conocí a personas de Docare internacional y se creó con ellos un convenio para poder pagar otro médico, porque la demanda de personas iba en aumento. Esta organización internacional colabora con Medicina y organiza jornadas de manera eventual, nos apoyaron también para cambiar de sede, ya que donde estábamos ya no cabíamos ya que el sueño siempre ha sido ir creciendo como organización.

Parte II / Acerca de su experiencia como colaborador

¿Explique brevemente por qué decidió formar parte del equipo de colaboradores de ASSADE? Sola una persona que me ayudaba, a atender farmacia y todo lo demás lo hacía yo, ya que la casa del alcalde en funciones, esto me crea problemas.

¿Se siente a gusto como colaborador en esta organización? Si/no por qué

La percepción que usted tenía al iniciar dentro del equipo de ASSADE, ¿es la misma que tiene ahora? Si/no por qué

Sí, considero que ha ido creciendo a nuestro ritmo, uno de mis sueños era ello que fuera creciendo lento pero seguro. Las ayudas que me han ofrecido han sido condicionadas y pues no las he aceptado, porque no quiero eso precisamente que me condicionen, yo creo que tenemos guatemaltecos buenos que podemos hacerlo manteniendo nuestra integridad.

¿Qué lo motiva a seguir colaborando para esta organización? Soy enfermera anestésista, siempre me ha gustado la medicina, pienso que la experiencia no se consigue solo en las universidades sino también en el trabajo y en la vida, lo que motiva es poder servir con este poco conocimiento a otros, en este caso personas olvidadas por los sistemas públicos, privados, políticos. Y cuando se me presenta algún problema tengo a mano una red de amigos médicos que me apoyan de manera voluntaria en el tema de asesoramiento u orientándome en algunas dudas que me surjan, esto para darle al paciente la mejor atención.

De su trabajo en ASSADE, ¿Qué es lo que más le gusta? Sí, me siento bien, pero todavía falta, espero que Dios me de otros años para poder ver el hospital. Un hospital beneficiaría grandemente a la comunidad, mi misión es dar calidad de servicio, y pienso que ha sido difícil no todos pueden priorizar como uno, pero pienso ya que tendría un lugar cómodo, de atención 24 horas, con más servicios, dentro de los planes se contempla que el hospital también cuente con una guardería para niños de escasos recursos desnutridos, además se ha contemplado en que el lugar cuente con un área de apartamentos o cuartos, que sirvan a médicos, enfermeras y voluntarios puedan venir, y no gastar en hospedaje y comida ya que muchos de ellos pues vienen a colaborar con nosotros pero también gastan en este tipo de cosas entonces la idea es poder apoyarlos en ese sentido.

Hasta el momento, ¿Qué cosas destacaría de su experiencia como colaborador?

¿Cuáles han sido los momentos más impactantes o difíciles que le ha tocado vivir como colaborador?

El camino ha sido difícil, usted sabe que nadie es discípulo en su propia tierra, y pues la gente mala, siempre está buscando como dañar o frenar los proyectos, luchar en contra de la corriente, nadie puede entender porque tanta gente está a la par mía, que la confianza se gana y el respeto.

Médico del puesto que no lo conozco solo de vista, me parece ineficientes, pues encima vive hablando pestes, he aprendido que mientras yo me sienta bien y este haciendo las cosas bien no hay problema.

He tratado de ayudar a otras organizaciones como los bomberos voluntarios soy partidaria de que si como organizaciones de servicio nos tendemos la mano, el mayor beneficiario siempre será la gente que acude a nosotros con esa esperanza. El trabajo es duro, ya que a mi edad no es fácil pues estar parada todo el día, o atendiendo a más 35 personas diarias, eso de estar viajando todos los días, no es fácil. No he venido a cambiar el mundo, pero si puedo yo hacerlo cada día.

¿Cómo considera que su trabajo contribuye con los objetivos, misión, visión y filosofía de esta organización?

¿Qué opina de la participación de voluntarios dentro de la organización? Que ha sido muy importante y es admirable, que venga de países tan lejanos, desarrollados que vean realmente como es nuestra realidad, a veces se ponen muchas comodidades, es admirable que dediquen tiempo y dinero y sobre todo el empeño que tienen en ayudar a la gente.

¿Cómo ha sido su experiencia al trabajar con voluntarios de otros países? Buena/mala ¿por qué? Buena, es fácil cuando ambas partes buscamos establecer un equilibrio. También tal vez ha sido un poco más complicado, por las edades, porque las mentalidades son diferentes, no es lo mismo persona grande con experiencia a una joven, pero tampoco ha sido imposible.

Se le ha hecho fácil integrarse y trabajar de manera conjunta con voluntarios Si/No, por qué

¿Cuánto tiempo más piensa ser colaborador de esta organización? Hasta que Dios quiera.

Parte III/ En cuanto a la comunicación

Interna

¿Cómo se comunica ASSADE con sus colaboradores? De forma personal, con Docare por internet. Pero siempre están haciendo visitas o videoconferencias, con nuestros socios u organizaciones más allegados.

¿Considera efectiva esta forma de comunicación interna? Si/no y por qué

¿A través de qué vehículo de comunicación usted se informa de las actividades, planes, estrategias y objetivos que ASSADE, desarrolla o decide o emprender? Reuniones con el equipo Correos electrónicos De forma personal, otro...

¿Cómo se da el proceso de comunicación interna cuando se cuenta con voluntarios dentro de la organización?

¿Qué aspectos de comunicación interna considera usted que ASSADE debería de mejorar?



Sobre su papel como comunicador...

Si es médico (o está en contacto con pacientes)

¿Considera importante su labor como comunicador? Pues yo lo doy la importancia que debe tener, con ellos como son personas del área rural hay que hablar claro y pues eso es algo que insisto sobre todo cuando tenemos voluntarios debemos hablar en un lenguaje no técnico sino ponernos en su lugar, se empáticos para que ellos nos entiendan y les quede claro. Es importante hablar claro, que a veces la personas, no tienen nada físico, que pienso que a veces necesitan un abrazo, un sonrisa, una broma tratar de que se sienta bien, como que esta con una persona mejor que ellos. Yo creo en la igualdad

Para mí no es difícil, comunicarme con ellos y tratar de mantener una buena comunicación, aun cuando a veces hay personas difíciles. El paciente siempre tiene la razón. Y entonces solo tratar de escucharlo.

¿Qué importancia le da y por qué?

¿Cómo entiende la comunicación en la relación con los pacientes?

(Como información, persuasión o como diálogo...)

(De modo unidireccional y jerárquico o de modo horizontal y participativo...)

¿Se da voz a los pacientes?

¿Cómo es la relación médico-paciente desde el punto de vista de la comunicación?

¿Cómo percibe la eficacia o eficiencia de ese proceso de comunicación con el paciente en relación al problema a tratar? (Cree que es eficaz o no y por qué...)

Cree que este proceso de comunicación se puede mejorar y cómo...qué beneficios tendría... Pienso que sí, podría mejorarse, pero para eso necesito ayuda, a veces no es fácil para mí, ver 30 gentes diarias digamos que lo que me hace falta es tiempo.

Sobre la comunicación externa...

Desde su experiencia, ¿Cómo considera que ASSADE comunica su labor dentro de la región que opera? Pues a través de los pacientes, que han empezado y segundo porque se han implantado otros programas de prevención y educación, los cursos de mujeres que hemos todo ello ha contribuido a que nos demos a conocer en la población. La divulgación ha sido de boca en boca.

¿Qué acciones de comunicación o campañas recuerda haber visto de ASSADE y a través de qué medios? (folletos, carteles...)

¿Considera que las estrategias y los medios de comunicación externa que emplea, son efectivas?

¿Habla usted de la Organización con otras personas para que la conozcan y/o se unan en la labor que desarrolla ASSADE? Si he hablado con mis amigos, conocidos y pues eso al principio fue nuestro modo de darnos a conocer.

¿Qué cree que podría mejorarse desde el punto de vista de la comunicación externa? Se está trabajando en la mejora de la página web, más la revista que está circulando en manos de voluntarios.

Uno tiene un sueño, hay que agárraselo hasta conseguirlo.

Primera parte I

Datos y Rol en la organización

Nombre: Julio Alberto Chávez Letona

Edad: 30 años

Sexo: Hombre

Papel que desempeña; Encargado de Proyectos

¿Desde cuándo colabora con la organización? Más de 10 años de diferentes, así por lapsos y de manera permanente julio de 2011.

¿Cómo conoció la organización y cómo llegó a ser colaborador de ASSADE? Pues mi mama es la fundadora de la organización y fue a través de ella que me interese por colaborar en un proyecto como este.

Parte II / Acerca de su experiencia como colaborador

¿Explique brevemente por qué decidió formar parte del equipo de colaboradores de ASSADE? Si, digamos acerca de la visión y la filosofía que se maneja, tengo afinidad por esas formas de ver, la estructura y la forma de ayudar, como si descubriera una nueva forma de ayudar a través de una organización con fines sociales.

¿Se siente a gusto como colaborador en esta organización? Si/no porqué

Si, precisamente porque el contar con la afinidad en los objetivos y en la forma en la que se trabaja y por lo que se trabaja eso crea un ambiente bueno y agradable.



La percepción que usted tenía al iniciar dentro del equipo de ASSADE, ¿es la misma que tiene ahora? Si/no por qué? No, ha cambiado. Y ha cambiado respecto a los procesos que ha tenido en si la organización a lo largo del tiempo que lleva funcionando. Cuando inicio solo atendía ciertas áreas dentro de todo lo que se proponía. La visión no se podía haber abierto como se ve hoy, es un poco más amplia así que digamos, la percepción en estos días, es bien diferente. Se ha dejado de manifiesto el potencial de crecimiento que tiene la organización.

¿Qué lo motiva a seguir colaborando para esta organización? A nivel personal considero que se está haciendo un cambio a nivel estructural y comparto ello, considerar el hecho de que si las cosas se pueden cambiar aunque sea mínimamente.

De su trabajo en ASSADE, ¿Qué es lo que más le gusta? Todo, pero quizás la parte del acercamiento con las comunidades y familias en las que opera ASSADE, a través de sus diferentes proyectos.

Hasta el momento, ¿Qué cosas destacaría de su experiencia como colaborador? Pues la rama preventiva, que estuve desde los inicios, en lo que se hizo a manera de nivel piloto y también acerca del cambio en que se llevaba el programa de voluntarios a resaltar.

¿Cuáles han sido los momentos más impactantes o difíciles que le ha tocado vivir como colaborador? Ha sido como iniciar algo desde cero, con manejar la logística e intentar planear y manejar una idea o proyecto sin recursos y comenzar de cero. Pasar de esa línea de la idea a hacerlo realidad. A veces se deben suplir esta carencia con otras alternativas ya que los recursos económicos es lo que siempre falta. Y de las cosas impactantes haber acercado a las comunidades hacia ASSADE me ha cambiado la forma de ver la vida.

¿Cómo considera que su trabajo contribuye con los objetivos, misión, visión y filosofía de esta organización? Lo que yo hago, se dedica a la parte de educación y prevención para la salud, esta interrelacionado con los objetivos principales que mueven la organización, que están alineados al acceso universal a salud, a una salud desde una perspectiva holística, empezando desde los hogares a nivel comunitario, para luego la parte curativa y de recuperación, crear nuevas cosas, enfocada en la prevención.

La otra que tiene que ver, con la cultura, pues es de esa parte tratamos de trasladar la información para que la organización trate de integrar esa parte cultural a la organización para que sea tomada en cuenta.

Tuve que hacer un replanteamiento de mis conocimientos técnicos y académicos y empezar desde cero con formación formal e informal para abordar todo este tema de prevención y promoción de la salud. Me he formado de manera empírica y todo lo que hoy se lo he ido aprendiendo en el proceso.

¿Qué opina de la participación de voluntarios dentro de la organización? Siempre he estado a favor de contar con personas como los voluntarios, sin importar el lugar de origen, considero que son una fuerza bastante grande, para poder cumplir con muchos objetivos que se plantean porque digamos contar con ellos representa una serie de ventajas, más allá de que el servicio sea adonorem que llegue un voluntario introduce otra perspectiva y opiniones de como uno los está viendo por dentro las cosas, muchas veces su participación va de experiencia, opiniones, mesas de debates, por sus competencias siempre aportan y ello es valioso para organización.

¿Cómo ha sido su experiencia al trabajar con voluntarios de otros países? Buena/mala por qué? En su mayoría ha sido bastante buena, pues en gran parte muchas de las cosas que yo realizo han sido en gran parte a personas que han venido a colaborar de otros lugares y se ha visto la diferencia de lo que pueden aportar a las acciones que realizamos. La experiencia ha sido agradable y yo he aprendido muchas cosas en el tema de prevención de salud, pudieron influenciarme en el área en la que estoy.

Se le ha hecho fácil integrarse y trabajar de manera conjunta con voluntarios Si/No, por qué? Si. En su mayoría todos los cambios que ha sufrido el programa de voluntarios que a nivel personal he sugerido, ha sido una integración suave, porque realmente hay que recalcar el choque es grande, el programa de voluntariado se integra de tal forma que tenga una introducción no tan accidentada para que pueda ir relacionándose poco a poco con el país y las necesidades del lugar. Luego inducciones de nuestras filosofías y objetivos, misión y visión de nuestros proyectos, tiempos de discusión, reflexión y expresión que no nos haya agrado se trata la manera de que seamos un grupo.

Parte III/ En cuanto a la comunicación

Interna ¿Cómo se comunica ASSADE con sus colaboradores? A través de reuniones, y se programan una vez al mes y a veces surgen otras esporádicas cuando hay algo que comunicar al resto del equipo, ya que somos pocos. Ya de menos veces a través de correos electrónicos, puntual de un colaborador a otra.

¿Considera efectiva esta forma de comunicación interna? Si/no y por qué Si, hasta cierto punto es efectiva, debido a que no somos muchos, aunque podría haber otras cosas que podrían hacer, para hacerla más contundente.

¿A través de qué vehículo de comunicación usted se informa de las actividades, planes, estrategias y objetivos que ASSADE, desarrolla o decide o emprender? A través de las reuniones que se organizan, que sé que van hacer algo nuevo y de esa manera yo puedo comunicarlo en los entornos donde yo trabajo.

¿Cómo se da el proceso de comunicación interna cuando se cuenta con voluntarios dentro de la organización? SE hace de manera personal, en horario laboral, todas las cuestiones, introducción al país, concientización, sensibilización de nuestros métodos de educación a través de reuniones o talleres, así de crear un propio sistema de comunicación y de entendimiento dentro del grupo, y esto realmente solo lo hace una persona de la organización, enlace entre los voluntarios y colaboradores.

¿Qué aspectos de comunicación interna considera usted que ASSADE debería de mejorar? Quizás la hora de estar enfocados en lo mismo, valdría la pena hacer la comunicación más constante y más amplia. Quizás cambiar la forma de esas reuniones a algo más activo.

Sobre su papel como comunicador...

Encargado de Proyectos ¿Considera importante su labor como comunicador? Si considero que tiene importancia y para mi más, y depende mucho de hacia quien estoy transmitiendo la información con quien me estoy comunicando y desde esa perspectiva la trato de transmitir, y si trato de que sea muy muy detallada, y la manera de trasladar como que todas las emociones, pensamientos que produce en mí, el trabajar en esto. Considero que son las únicas oportunidades donde se puede exponer que es la organización y como funciona y digamos volver más informado, no todo tan simple.

¿Qué importancia le da y por qué?



¿Cómo entiende la comunicación en la relación con los pacientes? En el área donde yo trabajo, todo se hace a nivel de participación y experimentación ya sea con los voluntarios y las comunidades de allí se deviene todo. Una vez que ya se establece el programa o el servicio, cada cierto tiempo se está recibiendo retroalimentación acerca de las perspectivas que tenga los usuarios a nivel comunidad de los servicios. Es muy rara trabajar la comunicación de manera horizontal, es cuando se presenta la organización a otras en donde lo que buscamos sea describir lo que hacemos a otros, pero de lo contrario, manejamos o intentamos al menos que sea participativa.

¿Cómo percibe la eficacia o eficiencia de ese proceso de comunicación con el paciente en relación al problema a tratar? (Cree que es eficaz o no y por qué...) En algunos momentos ha sido ambas, definitivamente se podría mejorar creo que se podría llevar como a todos las formas que nos comunicamos, muchas veces por tiempo de recurso se limita, se podría mejorar es forma de comunicación.

Sobre la comunicación externa...

Desde su experiencia, ¿Cómo considera que ASSADE comunica su labor dentro de la región que opera? Lo hace en reuniones, con otras organizaciones de la región, de las redes sociales, o los correos electrónicos, o información pública en las redes o vía telefónica.

¿Qué acciones de comunicación o campañas recuerda haber visto de ASSADE y a través de qué medios? (folletos, carteles...) En el caso de carteles, no de la organización sino de las actividades que realiza, en la parte de prevención se realiza una divulgación comunitaria sobre algún proyecto en específico, en radio o televisión nunca se han utilizado.

Si regularmente a través de redes sociales, correos electrónicos, boletines, experiencias de otros voluntarios o material visual como videos que se envían de manera particular, regularmente los primeros voluntarios que se enteran de nosotros es a través de una agenda a nivel latinoamericano que se difunde en Europa, en la cual nos inscribimos hace varios años, esta nos sirve de plataforma para darnos a conocer. Luego el voluntario nos contacta a través de nuestro correo electrónico, y pues ya se le da una asesoría de forma directa y personal sobre todo el proceso que necesita para ser voluntario y venir al país. Material escrito, visual, para que se familiarice, y como parte de la credibilidad de la organización.

Luego ya el voluntario de acuerdo a la experiencia acuerda hacer carteles o afiches, en sus universidades, o centros de trabajo dando a conocer la organización, pero esto ya es más iniciativa de ellos, y varía de acuerdo a cada persona. Depende Un centro autorizado rotaciones internacionales, los ponen en referencias, cosas como esas se trabaja a nivel individual.

We Guatemala. En orden alfabético o área que cubren, o la región. Y en Europa de la misma forma, más que todo ubicarla en el tema de salud.

Primera parte I /Datos y Rol en la organización

Nombre: Holga

Edad: 21 años

Sexo: Mujer

Papel que desempeña: Enfermera y Encargada de Farmacia.

¿Desde cuándo colabora con la organización? Desde el 2012, 5 años ya.

¿Cómo conoció la organización y cómo llegó a ser colaborador de ASSADE? Llegue aquí por motivos de que estaba enferma, me atendieron luego vine a mis citas posteriores con la doctora y allí fue donde la conocí a ella.

Parte II / Acerca de su experiencia como colaborador

¿Explique brevemente por qué decidió formar parte del equipo de colaboradores de ASSADE? Me inscribí en un curso de enfermería y me mandaron ASSADE a realizar mis prácticas y luego la doctora me dijo que si quería formar parte del equipo. Acepte y llevo aquí ya cinco años. Al principio no me gustaba, debo decir que no le encontraba el gusto, pero con el paso del tiempo al ver el trabajo de la doctora y ver como ella atendía, con ese espíritu de servicio pues me fui motivando en esta labor.

¿Se siente a gusto como colaborador en esta organización? Si/no porqué

Si y mucho porque es un ambiente en el que no se tiene preferencias a nadie, porque tenga dinero o así, sino que el trato es el mismo venga quien venga. Considero ASSADE como mi otra familia.

La percepción que usted tenía al iniciar dentro del equipo de ASSADE, ¿es la misma que tiene ahora? Si/no porqué. Si ha cambiado inicialmente como paciente pues me atendieron muy bien y ahora que soy parte de ASSADE me han hecho sentir parte importante del equipo y por tal razón trato de brindar el mejor trato a los pacientes que vienen.

¿Qué lo motiva a seguir colaborando para esta organización? Mi sueño es ser médico, y yo siento que necesito tener más experiencia en esto, para poder lograrlo. Me motiva mucho trabajar aquí por el ambiente y un trato libre de discriminación en otros lugares no siempre es así, tratan a la gente dependiendo de cómo la vea. A todas las personas se les sirve y se busca que se vayan satisfechas con el servicio.

De su trabajo en ASSADE, ¿Qué es lo que más le gusta? La verdad lo que más me gusta es la parte curativa hacia los pacientes, es decir, suturar, poner sueros es parte como más técnica y operativa de una enfermera. El contacto más directo con los pacientes.

Hasta el momento, ¿Qué cosas destacaría de su experiencia como colaborador? Pues la verdad

¿Cuáles han sido los momentos más impactantes o difíciles que le ha tocado vivir como colaborador? Es ver morir a un paciente, fue para mí un terror enorme ya que uno pues se enfrenta a esa impotencia en la que ya nada se puede hacer. Aunque ahora pues ya he ido superándolo.



¿Cómo considera que su trabajo contribuye con los objetivos, misión, visión y filosofía de esta organización? Yo siento que desde mi trabajo aporto a la organización, haciendo bien mi trabajo ya que las personas se van satisfechas con el servicio que les he proporcionado y con ello contribuyo misión y en la visión pues no tener ningún trato de indiferencia y tratarlos con respeto.

¿Qué opina de la participación de voluntarios dentro de la organización? Pienso que es muy importante ya que ellos muchas veces vienen de otros países desarrollados, entonces al venir acá aportan esos conocimientos

¿Cómo ha sido su experiencia al trabajar con voluntarios de otros países? Buena/mala porqué

Pues la verdad, buena, si porque uno aprende cosas nuevas y seguramente ellos también se lleva una bonita experiencia al compartir con nosotros.

Se le ha hecho fácil integrarse y trabajar de manera conjunta con voluntarios Si/No, por qué

Sí, porque surge una interacción muy interesante sobre todo en la parte técnica y operativa ya que lo que ellos han aprendido se confronta con nuestra realidad y de ello han surgido buenas experiencias.

¿Cuánto tiempo más piensa ser colaborador de esta organización? Un año más, ya que me quiero involucrar a mis estudios de medicina.

Parte III/ En cuanto a la comunicación

Interna

¿Cómo se comunica ASSADE con sus colaboradores? Pues de forma personal, la comunicación es de persona a persona. Cualquier cambio o evento nos lo comunican de esa forma.

¿Considera efectiva esta forma de comunicación interna? Si/no y por qué

Si yo pienso que sí, que es efectiva. Creo que es la que más funciona porque somos un grupo pequeño.

¿A través de qué vehículo de comunicación usted se informa de las actividades, planes, estrategias y objetivos que ASSADE, desarrolla o decide o emprender? Reuniones con el equipo Correos electrónicos De forma personal, otro...

¿Cómo se da el proceso de comunicación interna cuando se cuenta con voluntarios dentro de la organización? Pues la verdad la persona que se encarga del tema de voluntarios es Julio y entonces él toma la decisión de quienes se quedan en la clínica y pues se le da un seguimiento y acompañamiento ya cuando están trabajando directamente con uno y afortunadamente hasta ahora se ha logrado establecer una buena comunicación con ellos también. El voluntario ayuda y apoya y se ve su interés.

¿Qué aspectos de comunicación interna considera usted que ASSADE debería de mejorar? En mi opinión considero que estamos funcionando bien en ese sentido, es funcional ya que somos tan pocos que la forma personal que se utiliza pues nos permite trabajar bien.

Sobre su papel como comunicador...

¿Considera importante su labor como comunicador? Pues yo opino que la comunicación es buena, me han tocado pacientes que no saben leer ni escribir, y pues me esfuerzo por explicarles bien, a veces hasta les hago dibujitos para que me entiendan como deben tomarse sus medicamentos y les pregunto si les ha quedado claro y si me han entendido.

¿Qué importancia le da y por qué? Mucha, ya que a mí me encanta relacionarme con mis pacientes. Siempre me esfuerzo por que los pacientes me entiendan y trato de tener mucha paciencia más con aquellos, que no saben leer o escribir.

¿Cómo entiende la comunicación en la relación con los pacientes? De manera participativa, ambos tenemos la voz en el proceso.

(Como información, persuasión o como diálogo...)

(De modo unidireccional y jerárquico o de modo horizontal y participativo...)

¿Se da voz a los pacientes?

¿Cómo es la relación médico-paciente desde el punto de vista de la comunicación?

¿Cómo percibe la eficacia o eficiencia de ese proceso de comunicación con el paciente en relación al problema a tratar? (Cree que es eficaz o no y por qué...)

Cree que este proceso de comunicación se puede mejorar y cómo...qué beneficios tendría...

Pues la verdad, que pienso que debería mejorarse como todo debe estar sometido a mejorías porque ese es el fin último que ellos se vayan satisfechos con el servicio que les hemos brindado.

Sobre la comunicación externa...

Desde su experiencia, ¿Cómo considera que ASSADE comunica su labor dentro de la región que opera? Los mismos pacientes hacen esa labor de promover, se ha ido incrementado el número de pacientes y eso es gracias ello a que nos refieren. Tecpán, Zaragoza, Sololá.

¿Qué acciones de comunicación o campañas recuerda haber visto de ASSADE y a través de qué medios? (folletos, carteles...) No en medio masivos, pero lo que si hacen es promover en jornadas en las aldeas, cuando se tienen voluntarios se organizan jornadas, y a través de ellas se promueve la labor de ASSADE.

¿Considera que las estrategias y los medios de comunicación externa que emplea, son efectivas? Pues hasta ahora lo poco que se hace, ha sido efectivo.



¿Habla usted de la Organización con otras personas para que la conozcan y/o se unan en la labor que desarrolla ASSADE? Si, con los familiares y amigos.

¿Qué cree que podría mejorarse desde el punto de vista de la comunicación externa? Por medio de la publicidad en redes sociales e internet.

Primera parte I

Datos y Rol en la organización

Nombre: Erick Hernández

Edad: 47 años

Sexo: Hombre

Papel que desempeña (profesión/ puesto que ocupa) Medico, supervisor de estudiantes de medicina de la organización DOCARE Internacional, que envían varios estudiantes de medicina de varias universidades de los Estados Unidos, quienes mandan de dos a cuatro estudiantes, cada mes, durante los meses de Enero a Julio. Y como médico atiendo pacientes, que van desde niños, mujeres, mujeres en estado de gestación y adulto mayor. Esta clínica es de tipo familiar,

¿Desde cuándo colabora con la organización? Fijo desde 02 años, pero vengo colaborando con la organización un poco más de tres años.

¿Cómo conoció la organización y cómo llegó a ser colaborador de ASSADE? Por María Elena la fundadora, cuando la conocí, ella estaba trabajando en el hospital nacional de Antigua Guatemala, y yo estaba como estudiante, más tarde ella me conto de este proyecto. Me pareció interesante y estuve apoyando como voluntario al principio, luego surgió la oportunidad de quedarme ya como colaborador fijo.

Parte II / Acerca de su experiencia como colaborador

¿Explique brevemente por qué decidió formar parte del equipo de colaboradores de ASSADE?

Lo considero un trabajo muy interesante y me gusta mucho, estamos en un área básicamente rural, en donde la mayoría de pacientes son indígenas, que no saben ni leer ni escribir y personas de bajos recursos. Y esta es la razón de la organización atender a esta parte de la población y me gusta porque puedo apoyar y contribuir con mi trabajo en esta labor. Mi trabajo es atención primaria en salud y me gusta colaborar mucho en los programas de educación en salud preventiva. Me gusta que más allá de atenderlo pues también le damos a los pacientes un plan educacional y considero que con ello apoyamos a la población más necesitada. Por otro lado, la experiencia de tener estudiantes del extranjero o voluntarios también es muy interesante y aportativa.

¿Se siente a gusto como colaborador en esta organización? Si/no porqué

Sí, el ambiente es muy agradable y bonito. Es agradable compartir con ese tipo de pacientes, ya que, aunque son de escasos recursos son personas muy agradables y amables. Apoyarlas y ayudarlos es algo significativo en esta experiencia, ya que en la medida en que los recursos nos los permiten estamos contribuyendo con ellos.

La percepción que usted tenía al iniciar dentro del equipo de ASSADE, ¿es la misma que tiene ahora? Si/no porqué

La organización está creciendo, de a poco pero está creciendo y pues no es un trabajo fácil, ciertamente cuando uno entra tiene una perspectiva y es alentador ver que poco a poco se van logrando las metas, objetivos aunque como reitero no es un trabajo fácil. Mi percepción no ha cambiado mucho, ya que al inicio lo que se buscaba era crecer y atender cada vez a más población con más servicios, y es satisfactorio que gracias a Dios se esté logrando.

¿Qué lo motiva a seguir colaborando para esta organización?

Primero estar apoyando a las personas de bajo recursos que no tiene mucha educación, y que ellos pues también manejan otra percepción de la salud. Unas que tienen que ver con sus prácticas originales que se han heredado de sus abuelos, de sus antepasados y son conocimientos y prácticas de la medicina tradicional. Lo que se trata es de guardar un equilibrio con lo que ellos saben y conocen con lo que la ciencia aporta tratándoles siempre con respeto. Es interesante porque las personas han respondido, nos han tenido la confianza y ello para nosotros representa un gran logro ya que los pobladores tienen una esperanza en que como institución les apoyemos y ayudemos en esta área.

De su trabajo en ASSADE, ¿Qué es lo que más le gusta?

Ver como ellos nos recomiendan y promocionan como institución, es interesante ver como ellos nos recomiendan con sus conocidos y allegados y dicen vayan a tal clínica de ASSADE ya que ellos tienen un buen servicio y pueden apoyarlos.

Hasta el momento, ¿Qué cosas destacaría de su experiencia como colaborador?

Mi experiencia con los estudiantes, ya que esta ha sido productiva y enriquecedora. En segundo lugar es el apoyo que se tienen con los pacientes, en el que uno puede establecer una relación más cercana y estrecha que supera lo de medico paciente. Uno se toma el tiempo en escucharles, esto da como resultado que el paciente tenga más confianza con uno por este tipo de comunicación que hemos establecido y permite tener una comunicación más personal que va más allá de medico paciente

¿Cuáles han sido los momentos más impactantes o difíciles que le ha tocado vivir como colaborador?

Bueno en todo lugar hay momentos difíciles, en mi caso el idioma ya que muchos de los pacientes que atendemos no hablan muy bien el español y yo no puedo hablar los idiomas maternos de muchos de ellos, entonces hemos necesitado de un traductor. Por otro lado pasa lo mismo con los estudiantes ya que muchos de ellos tampoco hablan español sino solo inglés y pues ello crea inconvenientes al momento de abordar a un paciente, entonces se generan barreras al momento de comunicarnos, pero es algo que pues poco a poco hemos ido resolviendo ya sea con la ayuda de un traductor o familiares que nos ayudan en este proceso de comunicación y también con mucha paciencia repitiendo las veces que sea necesario hasta que el paciente entienda lo que padece y como debe tomarse la medicina.



¿Cómo considera que su trabajo contribuye con los objetivos, misión, visión y filosofía de esta organización?

Desde mi trabajo intento ampliar la cobertura de atención, segundo ofrecer un servicio de calidad y tercero tratar de implementar la tecnología en este proceso. Con la implementación del servicio de ultrasonido hemos conseguido un gran apoyo, ya que en Itzapa no hay otra clínica que pueda brindar este servicio, entonces a pesar de que no se ha hecho promoción en la calle la gente está viniendo porque entre ellos mismos se promocionan este servicio. Incluso vienen personas de otros pueblos de otras ciudades cercanas a donde se ubica la clínica, Chimaltenango, Pastores, San Luis, Alotenango. Entonces pues hemos tratado de ampliar los servicios y tener tecnología para tratar de hacer diagnósticos lo más certeros posibles.

¿Qué opina de la participación de voluntarios dentro de la organización?

Yo diría que muy buena, porque con la participación de ellos se han establecido programas en salud, en prevención. Por ejemplo se han visitado las escuelas primarias, se ha platicado con niños, comadronas, también se tiene un programa de agua purificada, ellos han acudido a las casas de algunos pacientes y participar en la colocación de filtros para la purificación de agua, estufas ecológicas, también visitan enfermos que por diferentes razones no pueden acudir a la clínicas, en actividades como éstas los voluntarios se involucran y apoyan y pues considero que es una experiencia valiosa para todos, para ellos, porque es otra cultura, otro modo de ver la salud y la enfermedad, para los pacientes y por supuesto nosotros en ASSADE.

¿Cómo ha sido su experiencia al trabajar con voluntarios de otros países? Buena/mala porqué

Hemos tenido voluntarios de otros países, España por ejemplo, Australia y también acaba de empezar la clínica de odontología, cada vez estamos completando más el equipo de profesionales en esta clínica.

También ayuda el hecho de que se haya tenido con una variedad de disciplinas que van desde enfermeras, fisioterapitas, psicólogos, doctores, odontólogos, y ver que desde cada una de ellas pueden contribuir en los proyectos que ASSADE desarrolla.

Se le ha hecho fácil integrarse y trabajar de manera conjunta con voluntarios Si/No, por qué

Sí ya que tratamos de incluirlos en los programas que ASSADE desarrolla, estufas saludables, agua purificada, plan de educación de prevención, y aprovechamos su estancia para que ellos puedan impartir temas de prevención en salud en escuelas primarias de la región.

¿Cuánto tiempo más piensa ser colaborador de esta organización?

De tiempo prolongado, me gusta el trabajo.

Parte III/ En cuanto a la comunicación

Interna

¿Cómo se comunica ASSADE con sus colaboradores? De forma personal, cuando hay un programa una actividad o vienen voluntarios se nos notifica por parte de la administración para que estemos al tanto y estemos preparados.

¿Considera efectiva esta forma de comunicación interna? Si/no y por qué

Si, ha sido efectivo y funcional.

¿A través de qué vehículo de comunicación usted se informa de las actividades, planes, estrategias y objetivos que ASSADE, desarrolla o decide o emprender? Hay dos formas, en que la organización se ha desenvuelto, siempre hay actividades extras, esas son las que se comunican, una o dos semanas antes, siempre hay actividades que se vienen dando depende de la época, así se programa. Y ya los programas preestablecidos.

¿Cómo se da el proceso de comunicación interna cuando se cuenta con voluntarios dentro de la organización? Por internet y Facebook y los mismos voluntarios le comunican a sus amigos o compañeros el trabajo que se hace en la organización. Para que ellos tengan más claridad de lo que se trabaja y puedan involucrarse.

¿Qué aspectos de comunicación interna considera usted que ASSADE debería de mejorar?

La población tiene más necesidades, que la comunicación, ya que por falta de recursos económicos y personal no se logra cubrir todo lo que se desea, la población que atendemos necesita de más apoyo y ayuda.

Sobre su papel como comunicador...

Si es médico (o está en contacto con pacientes)

¿Considera importante su labor como comunicador? Si. lo intentamos desde la educación, es bien importante dejarle claro al paciente como debe tomarse su medicina, o las indicaciones que uno les deja para que puedan hacerlo correctamente.

¿Qué importancia le da y por qué? Hay dos formas de influir en la población una es con el paciente inmediato y otra con la población.

¿Cómo entiende la comunicación en la relación con los pacientes? Se le da la bienvenida al paciente y se le pone cómodo, entonces ya con eso uno tiene su presentación, y cuando hay voluntarios también. Se le toman sus datos, y luego ya se centra en la razón del porqué de la visita, y luego ya se toma la historia del mismo, por ejemplo cuando le empezó, donde en que parte de su abdomen, si es de estómago, por ejemplo, y muchas veces cuando son pacientes como adultos mayores pues lo que pasa es que una dolencia se conecta con la otra y se hace énfasis en el motivo de consulta para iniciar el diagnóstico. Pero después el paciente va contando de sus molestias. Y cuando se establece una buena comunicación pues este procedimiento es más sencillo y abierto ya que ellos mismos le ayudan a uno en el proceso de diagnóstico y que este sea de una forma más integral y completa.

(Como información, persuasión o como diálogo...)

(De modo unidireccional y jerárquico o de modo horizontal y participativo...)



¿Se da voz a los pacientes? Sí, se trata de escuchar, pero eso depende porque hay pacientes con los que cuesta establecer la comunicación y uno necesita de más tiempo.

¿Cómo es la relación médico-paciente desde el punto de vista de la comunicación? Considero que bueno, en general solo que va dependiendo del paciente.

¿Cómo percibe la eficacia o eficiencia de ese proceso de comunicación con el paciente en relación al problema a tratar? Depende del paciente con ciertos pacientes es fácil entrar en cierta confianza, pero con otros no, entonces con ellos se necesita más tiempo, de más preguntas, entonces con cada paciente hay que poner más énfasis en la comunicación y tomar cierto tiempo para generar cierta confianza.

Cree que este proceso de comunicación se puede mejorar y cómo...qué beneficios tendría... Si siempre se puede mejorar, y pues este trabajo es más como una vocación y por ello es importante establecer una buena relación doctor paciente para que sea más efectivo llegar a un diagnóstico certero.

Sobre la comunicación externa...

Desde su experiencia, ¿Cómo considera que ASSADE comunica su labor dentro de la región que opera?

¿Qué acciones de comunicación o campañas recuerda haber visto de ASSADE y a través de qué medios? No, no hemos hecho nada de ello, pero es interesantes, porque yo creo que la promoción más efectiva para nosotros, es del paciente que nos recomienda, lo que se conoce como publicidad de boca en boca, el traslada su experiencia, en donde cuenta vaya allí le atienden, le dan su medicina, es un buen lugar, y pues siempre que le pregunto a un paciente como nos ha conocido me responde ello. Y desde mi punto de vista, sería bueno contar con ese tipo de promoción en afiches, en radio, en televisión.

¿Considera que las estrategias y los medios de comunicación externa que emplea, son efectivas? Ayuda y es apoyo sobre todo en la promoción de la salud, pero sabemos que todo ello es muy caro y no tenemos recursos para ello, así que lo que no has valido es la publicidad que los mismos pacientes han hecho.

¿Habla usted de la Organización con otras personas para que la conozcan y/o se unan en la labor que desarrolla ASSADE? Si, definitivamente, todo el tiempo, porque la gente siempre necesita de los servicios que aquí se imparten y pues en mi caso, yo les hablo de ASSADE, para que ellos acudan y puedan ser atendidos.

¿Qué cree que podría mejorarse desde el punto de vista de la comunicación externa? Si toda mejora, es importante y pues en ASSADE es bienvenida toda persona, todo voluntario que quiera apoyar en los diferentes programas que lleva a cabo la organización.

Anexo 6. Cuestionario – encuesta a usuarios

Propuesta de Cuestionario o Encuesta para los usuarios de Servicio

Esta tiene como objetivo identificar como percibe el servicio el usuario y cuáles son los programas de salud que tienen mayor demanda. Y también se podría añadir cómo percibe la comunicación de ASSADE, ¿cómo comunica la entidad? A los voluntarios y Socios. Al mismo tiempo ¿cómo se comunican con sus pacientes y usuarios? Si siente que su opinión es recogida y considerada o no...

Querido Paciente,

Gracias por su visita. Rellenar esta encuesta le llevará 5-10 minutos y nos ayudará a proveer mejor cuidado para el futuro.

1 ¿Su género?

Masculino		Femenino	
-----------	--	----------	--

2 ¿Su edad?

Menos de 18	
18-30	
31-45	
46-60	
61+	

3. Raza / Etnicidad?

4. ¿Cómo ha conocido ASSADE?

Vecinos	
Comunidad	
En la iglesia	
Trabajo	
En la radio	
U otro, especifique	



4 ¿Cómo evaluaría la velocidad con la que lo atienden?

	Excelente	Bueno	Satisfactorio	Insatisfactorio
Tiempo en la sala de espera				
Tiempo y atención en consulta				

5 ¿Cómo evaluaría la facilidad para ser atendido?

	Excelente	Bueno	Satisfactorio	Insatisfactorio
Facilidad en ser atendido y concretar cita				
El Horario de la clínica				
Conveniencia de ubicación				

6 ¿Quién fue el médico que le atendió?

Dra. – María Elena Letona	
Dr. - Erick Hernández	
Otro:	

7 ¿Cómo evaluaría a su Médico, Enfermero/a, y otro personal de ASSADE?

	Excelente	Bueno	Satisfactorio	Insatisfactorio
Escucha y dedica suficiente tiempo a su problema.				
Explica bien lo que hace falta transmitir.				
Da buenos consejos y tratamiento				

Es amable y útil

Responde a sus preguntas

Deja hablar

Lleva a cabo una escucha activa

Da pie a la participación del paciente

Le hace sentir culpable de la situación de salud que vive o coparticipe de la solución...

8 ¿Cómo evaluaría el comportamiento del resto del personal (soporte, técnicos, etc.)?

	Excelente	Bueno	Satisfactorio	Insatisfactorio
Amable y útil				
Responde a sus preguntas				

Le da más información sobre ASSADE...actividades...etc.



9 ¿Hay algo en particular que le gusto/ que no le gusto de la atención de ASSADE?

10. Volvería a ASSADE

Tabla de opciones

11. Lo recomendaría a alguien...por qué

10 ¿Qué es lo que ASSADE puede mejorar?



Anexo 7. Resultados de la encuesta

1 - Sexo		
	Respuestas total	Porcentaje
M	40	66.7%
F	20	33.3%
Total	60	

2 - Edad		
	Respuestas total	Porcentaje
Menos de 18	2	3.3%
18-30 años	7	11.7%
31-45 años	18	30.0%
46-60 años	10	16.7%
61 años	3	5.0%
Total	60	

3 - ¿A qué está perteneciendo?		
	Respuestas total	Porcentaje
Kachickal	44	73.3%
Ladra	3	5.0%
K'iche'	3	5.0%
Totulul	0	0.0%
Total	60	

4 - ¿A través de qué, quién o dónde se enteró de ASSADE?		
	Respuestas total	Porcentaje
Vecinos(y) familiar	38	63.3%
Mercado/Tarjetas Publico	1	1.7%
CCOCCDE	1	1.7%
Comunidad religiosa	3	5.0%
Centros de salud	3	5.0%
Publicidad Visual/digital	2	3.3%
Multimedia	2	3.3%
Total	60	

5 - ¿Cómo le pareció el tiempo que le llevo ser atendido?		
	Respuesta	Porcentaje
Recomendado	4	6.7%
Aceptable	40	66.7%
Insatisfactorio	13	21.6%
Tempo y atención en consulta	2	3.3%
Aceptable	1	1.7%
Aceptable	23	38.3%
Aceptable	20	33.3%
Insatisfactorio	0	0.0%
Total	60	

6 - ¿Cómo evaluaría la modalidad de recepción para la atención sanitaria?		
	Respuesta	Porcentaje
Proceso en ser atendido y obtener tratamiento		
Excelente	29	48.3%
Buena	27	45.0%
Insatisfactorio	0	0.0%
Recepción en la clínica		
Excelente	15	25.0%
Buena	29	48.3%
Insatisfactorio	5	8.3%
Conveniencia de ubicación		
Excelente	16	26.7%
Buena	16	26.7%
Insatisfactorio	1	1.7%
Total	60	

7 - ¿A cuánto tiempo le queda ASSADE de su hogar?		
	Respuestas total	Porcentaje
5-15 minutos	13	21.7%
20-45 minutos	37	61.7%
50-60 minutos	1	1.7%
60-120 minutos	3	5.0%
Total	60	

8 - ¿Cómo califica la conveniencia de ubicación de ASSADE?		
	Respuestas total	Porcentaje
Excelente	29	48.3%
Buena	27	45.0%
Mediana adecuada	1	1.7%
Mediana inadecuada	2	3.3%
Total	60	

9 - ¿Quién fue la persona del personal sanitario que le atendió?		
	Respuestas total	Porcentaje
Doctora	7	11.7%
Doctor	27	45.0%
Químico	26	43.3%
Total	60	

10 - ¿Cómo evaluaría a su Médico, Enfermera, u otro persona de ASSADE?		
	Respuesta	Porcentaje
Realización atención a su problema		
Excelente	39	65.0%
Buena	17	28.3%
Mejorable	1	1.7%
Insatisfactorio	3	5.0%
Dedica suficiente tiempo a su problema		
Excelente	25	41.7%
Buena	20	33.3%
Mejorable	5	8.3%
Insatisfactorio	3	5.0%
Explica bien y el entendimiento es adecuado		
Excelente	17	28.3%
Buena	17	28.3%
Mejorable	9	15.0%
Insatisfactorio	4	6.7%
Da buenos consejos y tratamiento		
Excelente	41	68.3%
Buena	14	23.3%
Mejorable	4	6.7%
Insatisfactorio	1	1.7%
Responde a sus preguntas		
Excelente	46	76.7%
Buena	10	16.7%
Mejorable	3	5.0%
Insatisfactorio	1	1.7%
Responde a sus preguntas		
Excelente	43	71.7%
Buena	13	21.7%
Mejorable	2	3.3%
Insatisfactorio	2	3.3%
Le da mas información sobre ASSADE y actividades		
Excelente	30	50.0%
Buena	17	28.3%
Mejorable	9	15.0%
Insatisfactorio	4	6.7%
Da pie a la participación del paciente		
Excelente	41	68.3%
Buena	15	25.0%
Mejorable	1	1.7%
Insatisfactorio	1	1.7%
Total	60	

11 - ¿Cómo evaluaría el desempeño del resto del personal (proyectos, soporte, técnicas, etc)?		
	Respuesta	Porcentaje
Amable y oiii		
Excelente	28	46.7%
Buena	25	41.7%
Satisfactorio	6	10.0%
Insatisfactorio	0	0.0%
Responde a sus preguntas		
Excelente	23	38.3%
Buena	25	41.7%
Satisfactorio	12	20.0%
Insatisfactorio	0	0.0%
Le da mas información sobre ASSADE y actividades		
Excelente	20	33.3%
Buena	16	26.7%
Satisfactorio	18	30.0%
Insatisfactorio	6	10.0%
Total	60	

12 - ¿Hay algo en particular que considere hace a ASSADE diferente de otro centro sanitario?		
	Respuestas total	Porcentaje
Trato	46	76.7%
Costos	27	45.0%
Instalaciones	14	23.3%
Ambiente	10	16.7%
Servicios	22	36.7%
Otros	0	0.0%
Total	60	

13 - ¿Volvería a ASSADE?		
	Respuestas total	Porcentaje
Definitivamente	54	90.0%
tal vez	6	10.0%
No	0	0.0%
Total	60	

14 - ¿Lo recomendaría a alguien?		
	Respuestas total	Porcentaje
Definitivamente	56	93.3%
Nunca	2	3.3%
Total	60	

15 - ¿Bajo que denominación conocería a ASSADE?		
	Respuestas total	Porcentaje
Hospital de la granja	12	20.0%
Clínica granja	31	51.7%
ASSADE	9	15.0%
Clínica	8	13.3%
Total	60	

16 - ¿Qué considera es lo que ASSADE pueda mejorar?		
	Respuestas total	Porcentaje
Instalaciones	6	10.0%
Servicios	22	36.7%
Ambiente	10	16.7%
Información	9	15.0%
Trato	4	6.7%
Funcionamiento	4	6.7%
Personalidad	16	26.7%
Ubicación	16	26.7%
Idioma	1	1.7%
Otro	1	1.7%
Total	60	