

BOLETÍN DE SALUD

Una publicación del Population Reference Bureau

Número 2

La promoción de comportamientos saludables

por Elaine M. Murphy

Population Reference Bureau

El Population Reference Bureau fue fundado en 1929 y está a la vanguardia en proporcionar información objetiva y oportuna sobre las tendencias de población y sus repercusiones, tanto en los Estados Unidos como a nivel internacional. Mediante una amplia variedad de actividades, incluidas publicaciones, servicios de información, seminarios, talleres y apoyo técnico, el PRB mantiene informadas a las autoridades normativas, educadores, los medios de comunicación y los ciudadanos interesados que trabajan a favor del bien común en todo el mundo. Nuestro trabajo está financiado por contratos gubernamentales, donaciones de fundaciones, y contribuciones de personas y empresas e incluye también la venta de publicaciones. El PRB está regido por un Consejo de Administración con diversos representantes de la comunidad y entidades profesionales.

El *Boletín de salud* ofrece un panorama de información accesible sobre temas clave en políticas de salud internacional. Esta publicación se distribuye entre autoridades normativas, analistas, gerentes de programas, propugnadores de causas, periodistas, bibliotecarios, académicos y estudiantes. El *Boletín* se financia con una donación al PRB de la Fundación Bill y Melinda Gates interesada en difundir resultados importantes de investigación para lograr un mayor alcance de los usuarios en todo el mundo. La iniciativa también incluye capacitación, información por Internet así como otras actividades para reforzar los programas y las políticas de salud.

Esta publicación puede obtenerse del PRB. Para ser miembro del PRB u ordenar sus publicaciones, favor de comunicarse con la institución en la siguiente dirección: PRB, 1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009-5728, EE.UU.; Tel. 202-483-1100; Fax: 202-328-3937; Correo electrónico: popref@prb.org; Internet: www.prb.org.

Al citar esta publicación, se sugiere que se haga de la siguiente forma: Elaine M. Murphy, "La promoción de comportamientos saludables," *Boletín de salud* no. 2 (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2005). Si desean obtener autorización para reproducir partes del *Boletín de salud*, pónganse en contacto con el PRB, escribiendo a permissions@prb.org, o a la dirección anterior.

Producción de la versión en español: Michelle Nigh
Traducción: Ángeles Estrada
Editora: Claudia Díaz
Coordinación: Sara Adkins-Blanch, PRB

Fotos de la cubierta [de izquierda a derecha]:
© 2001 William Mackie/CCP, por cortesía de Photoshare
© 2002 Basil Tushabe/CCP, por cortesía de Photoshare
© 2003 Melissa May, por cortesía de Photoshare
© 2003 Manoff Group, por cortesía de Photoshare

© Octubre 2005, Population Reference Bureau

Impreso en papel reciclado.  

Índice

El comportamiento, la salud y el milenio	1
Conductas de alto riesgo	2
Del riesgo de salud a la carga de enfermedad	3
Una agenda de salud más enfocada	4
Entender a la gente e influir sobre ella	4
Modelos que se centran en la persona	6
Etapas de cambio	6
El modelo de creencias de salud	7
Teorías de comportamiento interpersonal asociadas a la salud	7
Teoría del aprendizaje social	7
Modelos a nivel comunitario y otros afines	8
Movilización comunitaria	8
Teorías de cambio institucional	10
Teoría de las etapas institucionales	10
Teoría del desarrollo institucional	10
Teoría de la difusión de innovaciones	10
Promoción de la salud: instrumentos	11
Medios de comunicación masiva	12
Mercadeo social	12
Movilización comunitaria	13
Educación para la salud	14
Mejorando la interacción entre clientes y proveedores en los servicios de salud	14
Comunicación de políticas	15
Aplicación de teorías e instrumentos para el cambio de comportamiento	16
Estudio de caso: Reducir la desnutrición	16
Estudio de caso: Combatir el VIH/SIDA	17
Estudio de caso: Reducir el paludismo	19
Estudio de caso: Contribuir a la supervivencia infantil	20
Estudio de caso: Mejorar la salud materna	22
Estudio de caso: Lograr que la planificación familiar sea la norma	23

Continúa en el reverso

Índice *(cont.)*

Hacia programas efectivos de promoción en salud	25
Conclusión	26
Referencias	27
Recursos sugeridos	30
Sitios en Internet recomendados	30

Cuadros

Cuadro 1 Principales factores de riesgo de enfermedad, discapacidad o muerte	2
Cuadro 2 Principales enfermedades, discapacidades o causas de muerte.....	3
Cuadro 3 Objetivos de desarrollo de la ONU para el milenio y principales metas para 2015	4
Cuadro 4 Una perspectiva ecológica: niveles de influencia.....	5
Cuadro 5 Resumen de las teorías de comportamiento seleccionadas.....	9

Recuadros

Recuadro 1 Los comportamientos en salud se pueden modificar	5
Recuadro 2 Movilización de la comunidad nacional e internacional	8
Recuadro 3 Aspectos positivos de la cultura.....	12
Recuadro 4 Anómalos y pares.....	13
Recuadro 5 La información es poder	14
Recuadro 6 La industria ofrece un ejemplo constructivo.....	16
Recuadro 7 Cambiar el paradigma de la planificación familiar	24

La promoción de comportamientos saludables

La salud es un estado de total bienestar físico, psicológico y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad.

—Organización Mundial de la Salud, 1948

El comportamiento, la salud y el milenio

En la última parte de la década de 1970, los líderes internacionales en salud se reunieron para considerar cuál sería el estado de la salud mundial en el año 2000. Su bola de cristal les mostró mejoras importantes y poblaciones básicamente sanas en todo el mundo¹. Mirando hacia atrás, podemos entender su optimismo. En poco más de 25 años (comenzando desde mediados del siglo XX), las labores mundiales de salud lograron enormes avances en combatir enfermedades, e incluso llegaron a erradicar la viruela, una de las peores plagas del mundo. La mortalidad infantil y neonatal se redujo gracias a campañas de vacunación masiva, suplementos alimenticios y nuevos tratamientos para las enfermedades más comunes. La existencia de antibióticos salvó millones de vidas. La esperanza de vida al nacer se elevó drásticamente, tanto en los países industrializados como en el mundo en desarrollo. Los profesionales de la salud pensaban que, con voluntad política, los recursos adecuados, y un esfuerzo coordinado para ampliar estas y otras intervenciones efectivas a todas las partes del mundo, se podría transformar dicha visión idealista en una realidad para comienzos del siglo XXI.

Pero las bolas de cristal no son confiables. En realidad, a pesar de los avances logrados en general, una salud adecuada continua sin estar al alcance de miles de millones de personas. El SIDA ha revertido los índices de supervivencia infantil y las expectativas de elevar la esperanza de vida en partes de África². Los conflictos armados matan a millones de niños en forma directa, y otros tantos mueren de desnutrición y enfermedad³. En algunos países la cobertura de vacunación ha disminuido considerablemente⁴. La creciente resistencia a los antibióticos ha menguado el poder casi mágico que parecían tener. La malaria y la tuberculosis continúan siendo un problema grave en los países pobres, mientras que en los países más ricos la obesidad contribuye a altos índices de cardiopatías, diabetes y cáncer.

Con su aprecio por la tecnología, las autoridades sanitarias de la década de los años 70 difícilmente hubieran podido imaginar el papel tan esencial que el comportamiento humano tendría en imposibilitar la generalización de la buena salud para el año 2000, y que, debido a la conducta, la muerte y la enfermedad por causas prevenibles seguirían siendo altas. Si bien los virus, las bacterias y otros organismos patógenos, así como los factores congénitos y genéticos obviamente juegan un papel importante en muchos de los problemas de salud más apremiantes en todo el mundo, está claro que no podemos resolver dichos problemas tan sólo con soluciones técnicas, como las vacunas, una nueva generación de antibióticos, o con terapia génica⁵. La conducta humana es un factor crucial para la salud, y puede observarse fácilmente el impacto de las decisiones

Información sobre la autora

Elaine M. Murphy es académica de salud global en la Escuela de salud pública y servicios de salud de la Universidad George Washington, en Washington, DC. Cuenta con 30 años de experiencia en la promoción de la salud, su investigación se ha centrado en temas de población, salud reproductiva, la interacción entre los proveedores de servicios y los clientes, derechos humanos y la desigualdad entre los sexos, y es autora de numerosas publicaciones en este campo. Ha trabajado para PATH, el Population Reference Bureau, y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Este *Boletín de salud* está dedicado a Everett M. Rogers, fallecido en octubre de 2004, pionero en el campo del cambio del comportamiento y autor de *Diffusion of Innovations*. La autora agradece de manera especial la colaboración de Lori Ashford, Dara Carr, Yvette Collymore, Kristina Gryboski, Joan Haffey, Carl Haub, Tom Merrick, Asha Mohamud, Gordon Perkin, Arvind Singhal y Nancy Yinger, quienes leyeron este documento de manera cuidadosa y aportaron valiosas sugerencias. También agradece a Susan Zimicki sus contribuciones iniciales a las ideas del informe.

de las personas (como tener relaciones sexuales sin protección, el tabaquismo o la falta de inmunización infantil), pero también hay que reconocer otros comportamientos importantes que afectan la salud, como son las decisiones de las autoridades normativas (que pueden abordar o ignorar, e incluso aumentar la pobreza de la gente), las asignaciones presupuestarias para actividades preventivas o curativas (que pueden ser suficientes o injustamente deficientes), la conducta del personal de salud (que puede tratar a los clientes con malos modales o con cortesía), la creación de programas de salud efectivos o mal diseñados, y las decisiones que toman muchos otros actores fuera del sector salud, en áreas como el suministro de agua potable, el mantenimiento de condiciones higiénicas, y la construcción y reparación de carreteras.

Este *Boletín de salud* examina el papel crucial que el comportamiento juega en las principales causas de muerte y discapacidad, y la prevención o la reducción de las mismas, y describe los marcos que los científicos conductistas aplican (basados en investigación) para entender las conductas que afectan la salud e influir sobre las mismas. También se consideran una variedad de instrumentos efectivos utilizados por los programas de promoción sanitaria. Asimismo, al presentar las lecciones aprendidas y una serie de estudios de caso con resultados exitosos, el *Boletín* se propone ayudar a los profesionales de la salud pública así como de otros sectores también, a todos los niveles de decisión, a integrar de mejor forma las estrategias de cambio de comportamiento en sus programas y sus políticas.

Conductas de alto riesgo

La relación entre el comportamiento y la salud es más obvia si examinamos los 10 principales factores prevenibles de riesgo de muerte y enfermedad a nivel mundial que han sido identificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dichos factores son: el bajo peso materno e infantil, las relaciones sexuales en condiciones de riesgo, la presión arterial alta, el tabaquismo, el alcoholismo, la falta de agua potable, deficiencias de saneamiento e higiene, los altos niveles de colesterol, humo producido en estancias al interior de los hogares al quemar combustibles sólidos, deficiencias de hierro, y el alto índice de masa corporal, o sobrepeso. La OMS estima que el 40% de las muertes que ocurren a nivel mundial se deben a estos 10 factores de riesgo⁶. La esperanza de vida en condiciones saludables a nivel mundial podría elevarse entre 5 y 10 años, si las personas, las comunidades, los sistemas de salud y los gobiernos tomaran decisiones para reducir dichos riesgos.

Es interesante que dos de los 10 factores principales de riesgo a nivel mundial se refieren a los dos extremos de la nutrición: la falta y el exceso de peso (ver el Cuadro 1). La obesidad es un riesgo para las personas en los países industrializados, y las que están en mejor situación económica en los países pobres y de mediano ingreso. El papel del comportamiento es obvio en estos factores. Las dietas con alto contenido de grasas, sal y azúcar, y bajos niveles de frutas y verduras, y la falta de ejercicio, han dado lugar a porcentajes extremadamente altos de personas con más peso de lo normal y niveles proporcionalmente altos de diabetes, isquemias cardíacas, presión arterial alta y alteraciones cerebro vasculares. La obesidad llegará a ocasionar 5 millones de muertes anuales para el año 2020, comparado con 3 millones en la actualidad. Por otra parte la falta de peso constituye un factor de riesgo alarmante en los países pobres. La desnutrición infantil, que en la actualidad produce 130 millones de muertes anuales, se está abatiendo en forma paulatina gracias a intervenciones de salud pública, pero se prevé que ocasionará 110 millones de muertes en 2020⁷.

Debido a que la pobreza, la falta de equidad entre los sexos y otras disparidades son causas subyacentes de los bajos niveles de nutrición, abordar este problema de salud requiere cambios de conductas a muchos niveles. Por ejemplo, las decisiones de los líderes políticos y las agencias de desarrollo (en el contexto internacional, nacional y local) con frecuencia crean o empeoran situaciones de pobreza. Paul Farmer lo denomina “violencia estructural”, y da como ejemplo la construcción de presas para satisfacer las necesi-

Cuadro 1

Principales factores de riesgo de enfermedad, discapacidad o muerte

Países más pobres	Países desarrollados
1. Bajo peso	1. Tabaco
2. Relaciones sexuales sin protección	2. Presión arterial elevada
3. Agua insalubre, falta de saneamiento e higiene	3. Alcohol
4. Humo de combustible sólido en estancias interiores	4. Colesterol alto
5. Deficiencia de zinc	5. Alto índice de masa corporal
6. Deficiencia de hierro	6. Baja ingesta de frutas y verduras
7. Deficiencia de vitamina A	7. Falta de actividad física
8. Presión arterial elevada	8. Drogas ilegales
9. Tabaco	9. Relaciones sexuales sin protección
10. Colesterol alto	10. Deficiencia de hierro

Fuente: M. Ezzati et al., “Selected Major Risk Factors and Global and Regional Burden of Disease,” *The Lancet* 360, no. 9343 (2002): 1347-60.

dades de energía eléctrica de las empresas agrícolas, la industria y la elite de la sociedad, que inundan las tierras de labranza de los pobres, y exacerbaban el hambre y la pobreza⁸. Las costumbres sociales de desigualdad de género son responsables de que las niñas y las mujeres pobres coman alimentos menos nutritivos⁹. La discriminación causa que algunos grupos sean indebidamente atendidos o ignorados totalmente por los sistemas de nutrición y salud¹⁰. Asimismo el sistema de salud suele no prestar atención a la desnutrición, o no reconocer su presencia.

Muchas mujeres embarazadas de escasos recursos consideran que comer huevo es un “tabú”, sin embargo con la debida sensibilidad a dicho problema cultural se podrían implementar programas para elevar la aceptación de esta fuente de proteína. La lactancia materna (idealmente de forma exclusiva durante los seis primeros meses de vida del recién nacido) es con mucho la mejor fuente de nutrición e inmunidad para el lactante, pero tiene que promoverse en forma intensiva entre las madres para contrarrestar los años en que la práctica ha quedado en desuso y se ha promovido el uso comercial de los sustitutos de leche materna. Asimismo, debido a que el VIH puede transmitirse a los lactantes por la leche materna, también es más importante que nunca asesorar claramente a las madres sobre la conveniencia de amamantar.

Además de la desnutrición existen otros riesgos importantes que requieren cambios de comportamiento. El alcohol es el tercer factor de riesgo en los países industrializados y un creciente problema en los países pobres. El tabaco es un importante factor de riesgo a nivel mundial. La OMS estima que, si continúan las tendencias actuales, el tabaquismo será la causa de 9 millones de muertes en el año 2020, comparado con 5 millones actualmente. Las relaciones sexuales en condiciones de riesgo (sin protección contra las infecciones y los embarazos no deseados) son uno de los 10 factores de riesgo más importantes tanto en los países ricos como en los pobres. Las relaciones sexuales sin protección son un problema de comportamiento, tanto entre los pobres como los ricos, y algo que es apremiante cambiar para la salud pública mundial.

Del riesgo de salud a la carga de enfermedad

Los factores de riesgo llevan a la enfermedad, la discapacidad y la muerte, lo que se conoce de forma colectiva entre la comunidad sanitaria internacional como la “carga de enfermedad” (ver el Cuadro 2). Tratar de cambiar comportamientos que presentan riesgo, en lugar de concentrarse en enfermedades específicas, es

Cuadro 2

Principales enfermedades, discapacidades o causas de muerte

Países más pobres

1. Bajo peso
2. VIH/SIDA
3. Infecciones del tracto respiratorio bajo
4. Problemas en el puerperio
Enfermedades diarreicas
5. Paludismo
6. Condiciones de la maternidad
7. Depresión
8. Isquemia cardíaca
9. Sarampión
10. Tuberculosis

Países desarrollados

1. Tabaco
2. Isquemia cardíaca
3. Depresión, enfermedad cerebrovascular
4. Problemas de abuso de alcohol
5. Pérdida de la audición en la edad adulta
6. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
7. Accidentes de tráfico
8. Cánceres de traquea/bronquios y pulmón
9. Alzheimer y otro tipo de demencias
10. Lesiones auto-inflingidas

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), *Global Burden of Disease in 2002: Data Source, Methods and Results* (2003).

costo-efectivo porque un factor de riesgo puede causar o empeorar varias enfermedades. Por ejemplo, el tabaco causa o contribuye al cáncer pulmonar, la isquemia cardiaca, la diabetes y los trastornos cerebro vasculares. La desnutrición es la causa de muchas enfermedades y se estima que da lugar al 60% de las muertes infantiles¹¹. Las relaciones sexuales sin protección son el segundo factor de riesgo en los países pobres, y pueden llevar al VIH/SIDA, así como otras infecciones de transmisión sexual, el cáncer cervical, los embarazos no deseados y los abortos en condiciones de riesgo. El abuso del alcohol contribuye a lesionar el cerebro, causa el síndrome alcohólico fetal, la cirrosis y el cáncer hepático, así como lesiones o muerte por violencia y los accidentes que conllevan su consumo. De hecho en muchos países en desarrollo el error del conductor es la principal causa de accidentes de tráfico, y son una fuente creciente de muerte y discapacidad¹². El director del programa global de la OMS sobre Evidencia para políticas de salud menciona que “tenemos que lograr un equilibrio mucho mayor a nivel mundial entre prevenir la enfermedad y simplemente tratar sus consecuencias, lo que puede lograrse únicamente si actuamos juntos para identificar y reducir los principales riesgos a la salud”¹³.

Considerando tan sólo las causas directas de muerte, el comportamiento juega un papel esencial. El *Informe sobre la salud en el mundo 2000* clasificó las causas de muerte a nivel mundial en tres categorías¹⁴. La más alta, que representaba casi el 60%, corresponde a las enfermedades no transmisibles; la mayor proporción se atribuye a las enfermedades cardiovasculares. Más del 30% de las muertes a nivel global son el resultado de enfermedades transmisibles, condiciones de la

maternidad y el puerperio, y deficiencias nutritivas. El 10% restante son debidas a lesiones. Pero en los países pobres el orden es diferente y revelador: las enfermedades transmisibles, las condiciones de la maternidad y el puerperio y las deficiencias en nutrientes causan la mayoría de las muertes, seguido de lesiones y enfermedades no transmisibles. Independientemente del sitio donde uno habite, el cambio de comportamiento reduce considerablemente la exposición a estas situaciones o mitiga sus consecuencias con intervención temprana.

Una agenda de salud más enfocada

Al promover comportamientos saludables surge otra pregunta: ¿Cómo podemos hacer frente a los peligros de salud cuando existen tantos en todo el mundo? La respuesta es adoptar una estrategia

más enfocada y efectiva. Una iniciativa mundial, el proyecto de Prioridades de control de enfermedades (*Disease Control Priorities Project*) está ayudando a los encargados de las políticas de salud en los países en desarrollo a concentrar los recursos donde más se necesitan¹⁵. Otra iniciativa se basa en un consenso de los dirigentes mundiales que se reunieron en la Cumbre del Milenio, en septiembre del 2000, y seleccionaron ocho Objetivos de desarrollo para el milenio. En colaboración con el Banco Mundial y otros organismos de las Naciones Unidas, el Programa de desarrollo de las Naciones Unidas se encuentra a la vanguardia de este esfuerzo por reducir el hambre y la pobreza, impulsar el desarrollo sustentable y abordar los principales problemas de salud del mundo. Se han establecido uno o más subobjetivos para cada objetivo, la mayoría de ellos a alcanzarse para el 2015 (ver el Cuadro 3)¹⁶. El logro de las prioridades de control de enfermedades en los países en desarrollo y la coincidencia de dicho esfuerzo con los Objetivos del milenio dependerá del cambio de comportamientos, no sólo de las personas, sino de los líderes de las comunidades, y los tomadores de decisiones del sector salud y las autoridades normativas¹⁷.

Pero debemos preguntarnos: ¿Podemos influir en forma significativa sobre los comportamientos para lograr estos objetivos? El conductismo sugiere que sí es posible lograr lo anterior y ofrece teorías basadas en evidencia.

Entender a la gente e influir sobre ella

No hay duda de que el comportamiento humano es complejo y en ocasiones incomprensible. A lo largo de la historia los escritores más talentosos han intentado explicar dicha complejidad y han celebrado el misterio y lo imprevisible del ser humano. El escritor E.M. Forster, por ejemplo, define una novela tridimensional como algo que merece el mayor elogio y en la que los personajes son capaces de sorprender al lector¹⁸.

Si la conducta humana fuera fácil de entender no existirían grandes obras literarias, ni suspenso en los resultados de acontecimientos políticos, o un mercado bursátil, y sería fácil tratar de cambiar los comportamientos que afectan la salud; pero las personas son seres únicos, con comportamientos particulares y multidimensionales. Los individuos en el seno de un grupo varían entre sí, y los grupos difieren considerablemente entre ellos. Algunas conductas son inexplicables, pero no es del todo imposible entender el comportamiento humano. La investigación revela ciertos “móviles” que llevan a la acción.

Cuadro 3

Objetivos de desarrollo de la ONU para el milenio y principales metas para 2015

Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día, y reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre.

Objetivo 2. Lograr la enseñanza primaria universal: Velar por que todos los niños y niñas puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria para 2015.

Objetivo 3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer: Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de enseñanza para 2015.

Objetivo 4. Reducir la mortalidad infantil: Reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años entre 1990 y 2015.

Objetivo 5. Mejorar la salud materna: Reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015.

Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades: Detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA para 2015, y detener y comenzar a reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves, para esa fecha.

Objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente: Incorporar los principios de desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales, y revertir la pérdida de recursos del medio ambiente. Reducir a la mitad para 2015 el porcentaje de personas que carecen de acceso al agua potable, y mejorar considerablemente la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios para el año 2020.

Objetivo 8. Fomentar una sociedad global para el desarrollo: Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto [y no discriminatorio]; comprometerse al buen gobierno, al desarrollo y la reducción de la pobreza, a nivel nacional e internacional; atender las necesidades especiales de los países en desarrollo, incluida la eliminación de cuotas a las importaciones de los mismos, y mayor alivio de su deuda externa; crear fuentes de trabajo digno y productivo para los jóvenes; cooperar con las empresas farmacéuticas para proporcionar acceso costeable a medicamentos esenciales; ofrecer acceso a las ventajas de las nuevas tecnologías, en particular las tecnologías de la información y de las comunicaciones.

Fuente: Naciones Unidas, “Objetivos de desarrollo de la ONU para el milenio” (<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>) el 26 de marzo, 2005.

Esta sección revisa algunas de las teorías sobre el cambio de comportamiento que los conductistas emplean para explicar la actuación de la persona e influir sobre la misma, tanto a nivel personal como en grupos sociales¹⁹. La teoría es importante porque va más allá de explicar las acciones u omisiones de ciertas personas *específicas*, y proporciona una base unificada para entender, prever en lo posible, e influir sobre el comportamiento humano *en general*. Las teorías se dividen en categorías según el tipo de cambio. En realidad sería artificial e imposible analizar el comportamiento de la gente sin considerar el contexto social en que vive, o analizar la conducta de un grupo sin entender las diferencias entre las personas que lo componen, y quienes diseñan intervenciones suelen encontrar teorías aisladas, o una combinación de las mismas, más satisfactoria y aplicable a lo que buscan.

En alguna época se pensó que la forma de cambiar los comportamientos asociados a la salud era simplemente enviando mensajes (como “Amamante a su bebé”, o “Utilice condones”) a las personas que se pensaba que los necesitaban (la comunicación de una sola vía). Hoy en día los programas de salud bien establecidos ya no dependen solamente de mensajes utilizando folletos, carteles o difusión por los medios de comunicación, sino que se basan en amplia investigación sobre los públicos a quienes van dirigidos, y en el desarrollo de habilidades, la educación del público por múltiples medios, y la propugnación de la causa, usando para ello líderes de opinión. También se basan en el desarrollo de políticas, la movilización comunitaria, y los cambios institucionales, económicos y ecológicos (ver el Recuadro 1). Este enfoque reconoce que las personas, no sólo viven en un contexto físico sino en un “ambiente social” dinámico.

Las teorías que se describen a continuación se encuadran en una perspectiva ecológica que gira en torno a dos ideas clave para contribuir a guiar las intervenciones de salud²⁰. En primer lugar, los comportamientos asociados a la salud afectan y reciben el efecto de múltiples *niveles de influencia*: factores individuales, factores interpersonales, factores institucionales, factores comunitarios y factores de política pública (ver el Cuadro 4). Por ejemplo, un joven puede considerar tener relaciones sexuales con mayor protección o abstenerse, debido a que ha recibido educación sobre el SIDA y desea protegerse contra el VIH, pero puede que su incentivo sea bajo, porque sus amigos no consideran que existe peligro y se ríen de quienes practican la abstinencia o usan condones, y porque las normas de la comunidad alientan a los hombres a tener múltiples parejas sexuales, las clínicas rehusaron atenderle cuando solicitó condones, los aranceles que se cobran a los condones de importación hace que los precios en la farmacia sean demasia-

do altos para él, y la política escolar prohíbe la distribución de condones a los estudiantes.

La segunda idea clave reconoce que existe una *influencia recíproca* entre las personas y el ambiente en el que se mueven: La conducta influye en el ambiente social donde tiene lugar y viceversa. En el ejemplo anterior, el joven se une a un grupo de educación de pares que protege a la juventud, y trata de atraer a más miembros. Más adelante, el grupo organiza una demostración masiva que recibe amplia cobertura de los medios

Recuadro 1

Los comportamientos en salud se pueden modificar

El éxito en mejorar la salud depende de esfuerzos específicos para promover los comportamientos apropiados y no sólo de la introducción de nuevos fármacos y tecnologías. Por ejemplo, en algunas de las aldeas más remotas y desfavorecidas de África, las familias aprendieron a filtrar agua para no contraer el gusano de Guinea. En Bangladesh, las madres aprendieron a mezclar agua potable con una solución sencilla a base de azúcar y sal para prevenir la muerte infantil por enfermedades diarreicas que producen deshidratación, y ahora enseñan a sus hijas a cómo prevenir este tipo de enfermedades; y en Polonia, que contaba con el índice más alto de consumo de cigarrillos a nivel mundial antes de 1990, los índices de tabaquismo se han reducido en forma significativa, como resultado de una combinación de impuestos y restricciones legales en el consumo, las ventas y la publicidad del tabaco.

Fuente: Ruth Levine et al., eds., *Millions Saved: Proven Successes in Global Health* (Washington, DC: Center for Global Development, 2004): 5.

Cuadro 4

Una perspectiva ecológica: niveles de influencia

Concepto	Definición
Factores individuales	Características individuales que influyen en el comportamiento, como el conocimiento, las actitudes, creencias y características personales.
Factores interpersonales	Procesos interpersonales y grupos primarios, incluyendo la familia, los amigos y los grupos de pares, que proporcionan identidad social, apoyo y definición de roles.
Factores institucionales	Reglas, reglamentos, políticas y estructuras informales que pueden restringir o fomentar los comportamientos recomendados.
Factores comunitarios	Redes sociales y normas o estándares que existen formal, o informalmente, entre las personas, los grupos y las organizaciones.
Factores de política pública	Políticas locales, estatales y federales, y leyes que reglamentan o apoyan acciones saludables y prácticas para la prevención de las enfermedades y su detección temprana, control y tratamiento.

Fuente: Adaptado del Instituto Nacional del Cáncer, *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion* (2003).

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Mark Twain, un escritor estadounidense, en una ocasión dijo “Dejar de fumar es fácil. Yo lo he hecho mil veces”. Las intervenciones efectivas en salud ayudan a los fumadores a abandonar el hábito en forma permanente.

de comunicación. Los padres, los maestros y un creciente número de autoridades normativas empiezan a preocuparse por la situación de vulnerabilidad de los jóvenes, y con el tiempo (y tras algún que otro tropiezo) las escuelas y otros sitios ofrecen educación sexual y condones gratuitos o a bajo precio.

Modelos que se centran en la persona

Las teorías que se centran en la persona reconocen que el comportamiento no tiene lugar en el vacío, sino que está influido por el contexto en el que se desarrolla. (El Cuadro 5, en la página 9, resume algunas teorías del comportamiento.) Los modelos conductistas indican que la capacidad y la disposición de la persona para adoptar comportamientos más sanos depende de sus características personales: nivel de conocimiento, habilidades, percepciones, creencias, valores, móviles, grado de auto eficacia (“¿Puedo hacer esto?”) y auto estima (“¿Merezco estar sano?”), así como de su necesidad de recibir aprobación de los demás. También son importantes las características personales (como la audacia o la timidez) y los factores genéticos (como la predisposición a la depresión o al alcoholismo).

De hecho la persona es la unidad más básica de la promoción en salud. Todos los demás niveles (grupos, instituciones, comunidades y naciones) están formados por una serie de personas, que pueden verse influidas en las decisiones de su vida cotidiana. Pero al influir sobre ciertas personas (quienes rigen naciones, organizaciones, dirigen a sus compañeros, crían a niños, o establecen políticas sanitarias) también se termina por influir sobre otros. En la práctica un gran porcentaje de los profesionales de la salud pasa

mucho tiempo relacionándose en forma directa con la gente, ya sea asesorando o dando instrucciones a los clientes. Los materiales educativos, como los folletos y carteles que vemos en las clínicas de salud, van dirigidos al individuo; a diferencia de los medios de comunicación masiva, que entran en contacto con un gran número de personas en forma simultánea. Es decir, el modelo que generalmente se aplica en muchos sitios, aunque se concentra en el cambio individual, es por sí solo insuficiente para lograr un cambio de comportamiento amplio y sustentable. Los modelos a nivel individual, como las Etapas de cambio y los Modelos de creencias de salud tienen que formar parte, o al menos ser consistentes, con otras teorías y enfoques de mayor alcance.

Etapas de cambio

El Modelo de etapas de cambio²¹ surgió de los esfuerzos de lucha contra el tabaquismo y el tratamiento de la adicción al alcohol y las drogas en los Estados Unidos, pero se ha aplicado a otra serie de comportamientos en salud. La premisa básica es que el cambio de comportamiento es un proceso, no un acto aislado, y que las personas tienen diferentes niveles de motivación y voluntad de cambio. Según los diferentes puntos del proceso de cambio en que se encuentre la persona, así se pueden aplicar diversas intervenciones que coincidan con su situación en ese momento.

Existen cinco etapas claras de cambio que forman parte de este modelo: la pre-contemplación, la contemplación, la decisión/resolución, la acción y el mantenimiento del comportamiento. Si bien dichas etapas aparecen en serie, no necesariamente tienen lugar en este orden. Es importante observar que se trata de un modelo circular, no lineal. La gente no tiene que pasar por cada etapa al mismo tiempo, y pueden iniciar o concluir el proceso en cualquier momento, por otro lado, es normal que existan retrocesos a las etapas anteriores.

Volviendo a sus orígenes, este modelo nos ayuda a explicar por qué las personas que trabajan en una empresa pueden no desear participar en programas para dejar de fumar que ofrezcan sus empleadores. El modelo ayuda a los profesionales de la salud a establecer un programa contra el tabaquismo que entre en contacto con los fumadores en las diversas etapas del proceso de cambio. Si bien la relación entre el tabaco y la mala salud es de sobra conocida en los países industrializados, no se percibe con tanta claridad en los países en desarrollo, donde la industria tabacalera estadounidense ha llevado a cabo campañas masivas de publicidad. Las personas en esta primera etapa (en que desconocen el riesgo o piensan que no les afecta) necesitan

información y formas de entender el peligro. Otros pueden que necesiten contemplar su intención de dejar de fumar. Los que ya hayan tomado la decisión de abandonar el cigarro, se beneficiarán de un plan específico, paso por paso, para romper hábitos, como no fumar después de la comida y frecuentar bares donde haya mucho humo de tabaco; y los que ya hayan cambiado necesitarán apoyo social y críticas constructivas. Para mantener su abstinencia al tabaco, las personas necesitan el refuerzo periódico por parte de sus amigos y los profesionales que los estén ayudando, así como evitar en todo momento los factores que los conducen a reincidir. Esto es más fácil en sitios donde existen leyes que prohíben fumar en el lugar de trabajo y otros espacios públicos. La persona que reincide básicamente esta regresando a una etapa anterior y necesita la ayuda correspondiente.

El modelo de creencias de salud

En 1950 un grupo de psicólogos que trabajaban para el Servicio de salud pública de los Estados Unidos diseñaron un marco conceptual sobre comportamientos de salud que actualmente es uno de los modelos en salud que ha recibido mayor reconocimiento²². Los psicólogos estaban interesados en aumentar el uso de servicios preventivos y detección temprana, como los de vacunación y los rayos-X de tórax para detectar tuberculosis. Su teoría se basaba en el concepto de que las personas tienen miedo de contraer enfermedades serias, y que los comportamientos asociados a la salud reflejan el nivel de peligro que se percibe y la reducción del miedo que la persona espera lograr al tomar una acción concreta. Este cálculo incluye la percepción de si el beneficio del cambio de comportamiento supera los obstáculos psicológicos y prácticos al mismo. Es decir, las personas llevan a cabo una evaluación individual del beneficio neto del cambio de comportamiento y deciden si van a actuar en consecuencia o no.

El modelo de creencias de comportamiento identifica cuatro aspectos de esta evaluación: la exposición que se cree tener al problema de salud (percepción del riesgo), lo grave que se considera el problema de salud, los beneficios que se esperan lograr del cambio de comportamiento, y los obstáculos que se cree existen que no permiten tomar una acción. El concepto de auto eficacia se añadió más tarde. La combinación ideal de estas percepciones hace que la persona esté dispuesta a actuar. Los mensajes para promover la salud (mediante los medios de comunicación masiva, la educación de pares y otras intervenciones) señalan la necesidad de actuar, y ayudan a convertir la buena disposición

de la persona en acciones concretas. Estos recordatorios suelen ser necesarios para superar conductas poco saludables que se han convertido en hábito, como no llevar cinturón de seguridad, comer gran cantidad de alimentos con alto contenido de grasa, o fumar. El modelo de creencias de salud también puede ayudar a identificar formas de impulsar el cambio. Un fumador, que piense que es incapaz de dejar de fumar puede recibir información específica sobre las técnicas que han dado buenos resultados, y se le debe motivar para que participe en un programa que le ayude a abandonar el hábito de fumar.

Teorías de comportamiento interpersonal asociadas a la salud

Los contextos interpersonales son importantes. El comportamiento, las ideas, los consejos de los demás, y su ayuda o falta de esta, su aliento o sabotaje juegan un papel importante en los comportamientos asociados a la salud. El círculo de influencia de la persona incluye los seres más cercanos, como familiares, amigos y pares, y puede incluir también compañeros de trabajo, profesionales médicos, y personas con las que uno se identifique, o a las que se admire. La dinámica es recíproca: las personas se ven influidas e influyen en los demás. Uno de los modelos que mejor expresa este concepto es la teoría del aprendizaje social²³.

Teoría del aprendizaje social

Para lograr entender y cambiar comportamientos poco saludables, la teoría del aprendizaje social analiza las influencias psicosociales que surgen de la interacción de algunos factores, así como del ambiente social y la experiencia. Si bien es cierto que el ambiente físico y social perfila la conducta, las personas no son entes pasivos en este proceso, sino que a su vez pueden influir sobre su propio ambiente, en una dinámica de reciprocidad. Por ejemplo, las personas pueden correr riesgo por estar expuestas a altos niveles de paludismo en el sitio donde viven, pero también pueden reducir su propio riesgo si utilizan mosquiteros tratados con insecticida, o pueden contribuir a la reducción del riesgo a un nivel más amplio si movilizan a la comunidad para formar un grupo de presión (o se adhieren a uno ya existente) para lograr que el gobierno drene los lugares de reproducción de los mosquitos. Otra premisa es que la gente aprende no sólo de sus propias experiencias, sino también observando las acciones de los demás y el resultado de las mismas. Por ejemplo, los niños que no observan que sus padres maltratan a sus madres, tienen considerablemente menor probabilidad de actuar de forma violenta contra su pareja cuando lleguen a la edad adulta²⁴.

La teoría resalta la capacidad conductual: la persona tiene que saber qué hacer y cómo hacerlo, por lo que se necesitan instrucciones claras, e incluso en ocasiones incluir capacitación, pero puede que esto no sea suficiente. La teoría del aprendizaje social considera que la auto eficacia (la confianza que la persona tiene en su capacidad para alcanzar el cambio deseado) es de suma importancia para adoptar comportamientos saludables, y recomienda tres enfoques para reforzar esta posibilidad:

■ **Establecer metas pequeñas, incrementales.**

Cuando alguien logra una meta pequeña, su autoeficacia se eleva, y dar primero un paso, y luego otro, hace que el objetivo parezca alcanzable.

■ **Contrato para el cambio.** Al establecer un acuerdo formal que especifique los objetivos y el premio (“el incentivo”) la persona y el grupo reciben sugerencias, orientación y reconocimientos en sus logros.

■ **Auto vigilancia.** La retroalimentación que se logra mediante algún tipo de auto vigilancia, como llevar un diario del cambio, puede reforzar la resolución de cambiar la conducta y elevar la confianza en la propia capacidad para alcanzar lo propuesto.

Finalmente, al aplicar refuerzos positivos intermitentes durante un largo período de tiempo se contribuye a mantener el comportamiento deseado una vez que se incorpora.

Modelos a nivel comunitario y otros afines

Uno de los objetivos principales de la salud pública es diseñar intervenciones de promoción de la salud que permitan entrar en contacto con comunidades enteras o grupos específicos, en lugar de actuar a nivel individual. La salud de las comunidades puede mejorarse mediante políticas como el seguro médico universal, programas como las consultas prenatales para las mujeres de escasos recursos, y las acciones de la propia comunidad, como organizarse para exigir mejores servicios de salud. Las acciones de la comunidad también pueden servir para abordar problemas sociales, como la desigualdad entre los sexos, y problemas como la cercanía a zonas pantanosas de paludismo. Los modelos a nivel comunitario analizan cómo funcionan los sistemas sociales, y cómo pueden movilizarse con vistas al cambio las comunidades y organizaciones que los apoyan, así como las autoridades normativas que los controlan. Esta sección describe tres marcos conceptuales para la promoción de comportamientos saludables a nivel comunitario: la movilización comunitaria, las teorías de cambio institucional y la teoría de difusión de innovaciones.

Movilización comunitaria

La movilización comunitaria es “el proceso mediante el cual se ayuda a grupos de la comunidad a identificar problemas o metas en común, movilizar los recursos necesarios, y elaborar y aplicar estrategias para alcanzar sus objetivos”²⁵. Debido a que las comunidades están insertadas en contextos sociales y políticos más amplios, el proceso también se denomina “movilización social”, considerando que pueden participar en el mismo todos los niveles de influencia, inclusive la política pública. La movilización comunitaria exige la participación activa de los miembros de la misma para evaluar los riesgos de salud y actuar en consecuencia para reducirlos. La potenciación de la comunidad es un componente esencial de este modelo, como parte del proceso de crear un ambiente de cambio, lo que significa aprovechar los aspectos culturales positivos, y el espíritu y el talento que en ocasiones no se aprecia en los pobres y otros grupos vulnerables. Se trata de un enfoque propuesto por primera vez en Brasil por Paolo Freire, en su influyente libro *Pedagogía de los oprimidos*²⁶. Esta propuesta fue desarrollada más a fondo en los Estados Unidos por Saul Alinsky en *Rules for Radicals*²⁷.

Recuadro 2

Movilización de la comunidad nacional e internacional

La movilización comunitaria puede ir más allá de las fronteras geográficas e incluir a personas que comparten problemas específicos de salud, como personas con discapacidades o las que viven con SIDA. La coalición contra el SIDA, denominada ACT UP (por las siglas en inglés *AIDS Coalition to Unleash Power*), constituye un buen ejemplo de una comunidad de activistas contra esta enfermedad, entre los que se encuentran personas seropositivas que coordinan los esfuerzos de abogacía a nivel de las bases sociales en muchas ciudades estadounidenses para poner fin a la indiferencia gubernamental y de la sociedad hacia la epidemia del SIDA. Fue fundada en 1987 y utiliza manifestaciones y protestas a gran escala para atraer la atención de los medios de comunicación hacia la causa. El uso de los medios de comunicación masiva se ha tornado en un elemento casi esencial para la movilización de la comunidad, y ACT UP los ha utilizado de forma eficaz para acelerar la respuesta gubernamental y de otro tipo en la prevención y mitigación del VIH/SIDA en los Estados Unidos y otros sitios¹. Asimismo, los precios elevados que pagaban los países pobres por los medicamentos contra el SIDA se redujeron gracias a la presión ejercida por esta organización en la industria farmacéutica mediante publicidad mundial en los medios de comunicación².

1. Craig A. Rimmerman, “Act Up,” en *The Encyclopedia of AIDS: A Social, Political, Cultural, and Scientific Record of the HIV Epidemic*, ed. Raymond A. Smith (Nueva York: Penguin Putnam, Inc., 1998).

2. Michael Waldholz, “Makers of AIDS Drugs Agree to Slash Prices in Third World,” *The Wall Street Journal*, 11 de mayo, 2000.

Cuadro 5

Resumen de las teorías de comportamiento seleccionadas

Nivel	Teoría	Enfoque	Conceptos principales
Individual	Modelo de etapas de cambio	Describe la disponibilidad de la persona a cambiar o tratar de adoptar conductas saludables.	Precontemplación Contemplación Decisión/resolución Acción Mantenimiento
	Modelo de creencias de salud	Evalúa la percepción de la persona sobre el riesgo en salud y contempla los comportamientos recomendados para prevenir o corregir el problema.	Susceptibilidad percibida Gravedad percibida Percepción de los beneficios de actuar Percepción de las barreras para la acción Estímulos a la acción Auto eficacia
Interpersonal	Teoría del aprendizaje social	Explica el comportamiento mediante una teoría triple de influencia recíproca en la que los factores personales, influencias ecológicas y el comportamiento interactúan en forma constante.	Gravedad percibida Percepción de los beneficios de actuar Percepción de las barreras para la acción Estímulos a la acción Auto eficacia
Comunidad	Teorías de movilización comunitaria	Énfasis en la participación activa y el desarrollo de las comunidades que pueden evaluar y resolver en mejor forma los problemas sociales y de comportamiento.	Potenciación Competencia de la comunidad Participación y pertinencia Selección de temas Conciencia crítica
	Teorías de cambio institucional	Se refieren a los procesos y estrategias para incrementar las posibilidades de que se adopten y mantengan políticas y programas de salud en organizaciones formales	Definición del problema (toma de conciencia) Inicio de la acción (adopción) Implementación del cambio Institucionalización del cambio
	Teoría de difusión de innovaciones	Examina cómo las ideas, productos y prácticas sociales nuevas se propagan en el seno de una sociedad, o se transmiten de una sociedad a otra.	Ventaja relativa Compatibilidad Complejidad Posibilidad de poner a prueba Posibilidad de observación

Fuente: Adaptado del Instituto Nacional del Cáncer, *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion* (2003).

Es importante indicar que la movilización comunitaria implica la participación de muchos tipos de comunidades. La comunidad en su totalidad contiene tanto las redes sociales de las clases altas y otras elites, como las personas de escasos recursos, la clase media, los trabajadores de diferentes especialidades, grupos religiosos, la población predominante y las minorías, etc. Estos subgrupos tienen diferentes intereses, poder y acceso a los recursos. Una de las mayores dificultades para movilizar a las comunidades es crear un consenso de grupo en torno a los problemas más acuciantes como la falta de saneamiento y decidir qué hacer en cuanto a ello. Entre las posibles acciones, se podría pedir que el gobierno construyera letrinas, o se podría recaudar dinero y mano de obra a nivel local para hacerlo como un proyecto de la comunidad. La movilización comunitaria y social crea el contexto necesario para producir cambios saludables, ya sea involucrando a la comunidad local o a grupos de interés a nivel nacional (ver el Recuadro 2, pág. 8).

Teorías de cambio institucional

Los expertos definen a las organizaciones como sistemas sociales complejos, con varios niveles y con recursos, miembros, roles, intercambios y culturas particulares²⁸. Han existido innumerables intentos por mejorar el desempeño de una categoría institucional: los sistemas de salud. También existen otras organizaciones que influyen en la salud. Las teorías de cambio institucional ayudan a identificar formas de influir sobre la adopción y la institucionalización de políticas y programas que promueven la salud al interior de las organizaciones.

Teoría de las etapas institucionales

Esta teoría se basa en la observación que las organizaciones, al igual que las personas, atraviesan por una serie de etapas de cambio, por lo que las intervenciones pueden concentrarse en contribuir a la transición de una etapa a la otra. Puede ser difícil producir cambios dentro de los grupos, y se necesita motivación, habilidades nuevas y confianza para llevar a cabo la transición con éxito. La organización comienza el proceso definiendo el problema e identificando la situación. Quizás son los trabajadores o la gerencia quienes primero identifican el problema y proponen soluciones. El siguiente paso es iniciar la acción para corregir la situación y asignar los recursos para el cambio. Luego encontramos la etapa de ejecución donde empiezan a observarse los cambios iniciales, y más adelante se presentan cambios adicionales, hasta que el problema se soluciona. El último paso —la institucionaliza-

ción— es esencial. Si no se incorpora el cambio como parte integral de la institución, la identificación y resolución del problema terminan por convertirse en procesos costosos y efímeros.

Teoría del desarrollo institucional

Como complemento a la teoría de etapas de cambio, la teoría del desarrollo institucional se centra en la forma en que las estructuras y los procesos institucionales influyen en el comportamiento y el incentivo de los trabajadores. Esta teoría alienta el análisis de problemas que impiden el desempeño óptimo de la organización, como problemas entre la gerencia y el personal de una clínica de salud, o los relativos a la programación y la coordinación del trabajo²⁹. Con frecuencia se obtienen consultores para que ayuden a los empleados a identificar en conjunto sus problemas, y generar soluciones y planes de acción. Lo ideal es que más tarde participe toda la organización para evaluar el éxito de las medidas tomadas y comenzar a institucionalizar el cambio.

Teoría de la difusión de innovaciones

Esta teoría examina cómo las ideas, productos y conductas novedosas terminan por convertirse en la norma³⁰. Esta teoría se puede describir como una “mezcla de todo lo antes expuesto” porque trata sobre el cambio a todos los niveles (individual, interpersonal, comunitario e institucional) e integra las teorías sobre el comportamiento, especialmente la teoría de redes sociales³¹. Se concentra en un cambio de conducta amplio. Las intervenciones en salud han logrado infinidad de cambios de conducta a pequeña escala, pero ¿cómo puede hacerse a gran escala? Por ejemplo, ¿cómo se logró que las vacunas y los programas masivos de vacunación infantil, que en su momento constituyeron una innovación, se convirtieran en cuestión de rutina?

La teoría de difusión de innovaciones describe cómo dichas innovaciones se diseminan de forma natural mediante redes sociales y analiza cómo el uso de redes de difusión ayuda a planificar cambios de conducta a gran escala³². Cuatro elementos principales determinan si la innovación va a ser exitosa: la naturaleza de la misma, el tipo de medios de comunicación disponibles, el tiempo que se toma para su adopción, así como las características del sistema social en que se disemina.

En primer término, la innovación tiene que considerarse como algo que ofrece ventajas relativas respecto a lo que se reemplaza. También tiene que ser consistente con los valores y el contexto de vida de quienes van a adoptarla. El grado de complejidad es importante. Si la innovación es compleja (por ejemplo, un esquema de medica-

mentos difícil de recordar) se reducirán las posibilidades de incorporarla. Las personas en general se muestran agradecidas de haber sido las primeras en probar la innovación propuesta, en forma puntual, antes de comprometerse a adoptarla. Si dicha prueba es posible y da buenos resultados, habrá muchas mayores posibilidades de incorporar la innovación. Una vez adoptada, es probable que se adopte a largo plazo y que aliente a otros a hacer lo mismo, si las personas o grupos pueden observar beneficios tangibles en el cambio.

Los canales de comunicación (los medios mediante los que se transmite el mensaje de una persona a otra) también son importantes. Los medios de comunicación masiva son efectivos para diseminar información sobre innovaciones a muchas personas en forma simultánea, sin embargo, las personas en la misma situación o edad tienen mucha influencia, a nivel personal, sobre la decisión de adoptar la innovación, por lo que es más efectivo utilizar redes sociales para reforzar los mensajes de los medios de comunicación, que solamente basarse en la comunicación masiva³³. Asimismo, cuando hay líderes de opinión que presentan o repiten la información proporcionada por los medios de comunicación masiva, existen mayores probabilidades de que las personas y los grupos se decidan a actuar³⁴. La combinación de recomendaciones de líderes populares, con la aprobación de grupos de pares y mensajes a través de los medios de comunicación (especialmente si se refuerzan con grupos de escucha, oportunidades para hacer llamadas telefónicas y encuentros cara a cara), proporciona un gran impulso para adoptar una innovación³⁵.

La difusión lleva tiempo. El proceso de atravesar por las diferentes etapas del cambio (desde la toma de conciencia inicial, a la intención de cambiar, y hacerlo de forma sostenida) puede ser gradual, tanto para las personas como para las organizaciones. A veces se pone fin al financiamiento de muchos programas prometedores, o se les evalúa de forma prematura y se considera que no son adecuados, sin esperar a que el cambio pueda surgir. Asimismo, una organización o una persona pueden adoptar la innovación desde el inicio, a mitad del proceso, o al final. La difusión de la innovación, al igual que con otros aspectos de la vida, puede reflejarse en una curva normal (la curva de Bell). La innovación primero es diseminada por individuos pioneros que la inician o la “importan”. Luego pasa a un grupo algo más extenso de adoptadores iniciales, la categoría denominada de “misionarios” locales, que aceleran el proceso de difusión. Quienes adoptan una masa crítica, es decir cuando se llega a lograr un número suficiente de adeptos y el ritmo de incorporación posterior la haga auto sustentable.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Los medios de comunicación pueden crear interés en una conducta saludable. Estos niños ayudaron a crear relatos radiofónicos para promover la importancia de lavarse las manos.

El cuarto elemento es el sistema social, que se refiere al contexto o circunscripción en que se disemina. Un contexto social amplio, como una ciudad, incluye muchas subunidades, como los sistemas y las instituciones de salud, grupos religiosos y políticos, clubes sociales, sindicatos y personas en asociaciones informales. La estructura y las costumbres o reglas de cada unidad afectarán la difusión de la innovación dentro de la misma, y a nivel colectivo determinarán si terminará adquiriendo una masa crítica de personas dentro de la totalidad del sistema social. Al promover conductas saludables hay que conocer en lo posible los sistemas donde se piensa introducir la innovación en salud. La investigación cualitativa (entrevistas a profundidad, grupos de opinión y mapas de redes sociales) ayuda a identificar los líderes de opinión que pueden contribuir a difundir las innovaciones deseadas.

Promoción de la salud: instrumentos

En la actualidad, la mayoría de los encargados de desarrollar políticas de salud utilizan una combinación de enfoques e instrumentos basados en teorías (ver a continuación) para promover cambios de conducta positivos. No existe ningún enfoque que por sí mismo incluya grandes probabilidades de producir resultados significativos o sustentables. Por ejemplo, en el caso de los países en desarrollo, los medios de comunicación jugaron un papel en la transición para reducir la tasa de fecundidad y por consiguiente reducir el número de hijos, pero fue dentro de un proceso social complejo y no sucedió de forma indepen-

diente. El uso de múltiples canales por un período de tiempo da lugar a mensajes que se refuerzan y genera conversaciones sobre el tema entre un número cada vez mayor de personas, que con el tiempo terminan por modificar los valores sociales y el comportamiento³⁶.

Medios de comunicación masiva

Se utilizan habitualmente, y generalmente de forma efectiva, para transmitir información o promover productos o acciones mediante anuncios y “comerciales”, y los planificadores de salud con más frecuencia están incluyendo mayor número de mensajes en espectáculos (este enfoque se denomina la “educación del espectáculo”). Si bien este enfoque es sumamente moderno, la técnica data de la antigüedad. Ya en el año 350 antes de Cristo, Aristóteles sabía que los relatos llevan a la gente a adoptar conductas adecuadas: las personas que ven una tragedia se identifican con las vicisitudes del héroe, se compadecen de él y temen por su propia suerte³⁷.

La educación del espectáculo se ha tornado cada vez más popular y sofisticada, y por ello hay

muchos estudios de caso, entretenidos y educativos, que pueden analizar quienes estudian la comunicación en salud³⁸. Por ejemplo, la Universidad Johns Hopkins y sus socios en Tanzania diseñaron una campaña en multimedia para promover la planificación familiar, que incluía una radio novela de 52 episodios, con anuncios por radio, la promoción de un nuevo logotipo de servicios de planificación familiar mejorados, artículos en periódicos y revistas, y *cassettes* para fomentar la comunicación sobre anticoncepción entre las parejas. Cuando se comparó a las mujeres que no habían estado expuestas a dichos mensajes con las que se acordaban de lo que habían oído en la radio, las últimas estaban casi el doble más dispuestas a hablar de anticonceptivos modernos con sus parejas y también a utilizarlos. Las mujeres que recordaban una de las fuentes de información tenían más del doble de probabilidad de usar estos métodos; y las que recordaban seis fuentes de información tenían 11 veces más probabilidades de usar métodos anticonceptivos modernos³⁹. Dichos programas pueden lograr altos niveles de sinergia si se integran las radiodifusiones con grupos de escucha y la prestación de servicios locales⁴⁰.

Mercadeo social

¿Pueden comercializarse las conductas asociadas a la salud? Los especialistas piensan que esto es posible, y observan que la publicidad de productos dañinos, como los cigarrillos, de hecho ha tenido un éxito enorme. El mercadeo social adapta las estrategias comerciales, incluido el uso de los medios de comunicación para vender productos de salud a precios subsidiados (mosquiteros, soluciones de hidratación oral, condones, píldoras anticonceptivas) y promover comportamientos para su uso. La técnica depende de contar con una investigación cuidadosa de mercado para poder ofrecer las “Cuatro P”: un producto (o servicio) atractivo, un precio costeable por el público al que va dirigido, lugares propicios donde pueda obtenerse, y una promoción convincente⁴¹.

Para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados en Camerún, un programa de mercadeo social de *Population Services International* se puso en contacto con aproximadamente 600.000 jóvenes sexualmente activos en zonas urbanas, entre las edades de 15 a 24 años, para instarles a que aprendieran a utilizar condones o abstenerse de tener relaciones sexuales⁴². El proyecto incluyó jóvenes camerunenses como educadores de pares, periodistas, dibujantes de tiras cómicas, personalidades radiofónicas y guionistas, para elaborar mensajes y actividades que hicieran eco entre los

Recuadro 3

Aspectos positivos de la cultura

En *Health and Culture: Beyond the Western Paradigm*, el académico nigeriano Collins Airhihenbuwa sugiere a los educadores en salud que no deben presuponer que la cultura es siempre un obstáculo¹. El autor divide las tradiciones culturales en tres categorías: positivas, neutras y negativas. Las tradiciones culturales como la lactancia y la transmisión de mensajes importantes mediante canciones y bailes son algo positivo en el proceso de educación en salud. Las cuentas que se atan alrededor de la muñeca de los niños para ahuyentar los malos espíritus no constituyen peligro alguno para la salud. La falta de igualdad de género, la circuncisión femenina y la práctica de no dar líquidos al niño durante un episodio de diarrea tienen efectos negativos. Lo que recomienda es aprovechar los aspectos positivos de una cultura, y reforzar lo positivo mientras se eliminan en forma paulatina los aspectos negativos.

El etnólogo Dwight Conquergood ilustra este enfoque de su trabajo en un campo de refugiados Hmong. Posterior a un brote de rabia en el campamento tailandés se llevó a cabo una campaña masiva par inocular a los perros pero no se logró que se llevara a ningún perro a ser vacunado, por lo que se pidió a Conquergood, que vivía con los Hmong, que diseñara una campaña más adecuada. Lo que hizo fue organizar un desfile contra la rabia, dirigido por los Hmong quienes representaron papeles de personajes importantes en sus propias fábulas (el tigre bailó y tocó un instrumento tradicional); dab (un espíritu que habita en la jungla y causa epidemias cuando se le molesta) también cantó y golpeó un tambor; y el pollo, que tiene la reputación de hacer predicciones, explicó lo que había que hacer para evitar la rabia. Al día siguiente el centro de salud estaba completamente saturado de Hmongs (hombres y mujeres) que traían a sus perros para recibir la vacuna².

1. Collins O. Airhihenbuwa, *Health and Culture: Beyond the Western Paradigm* (Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc., 1995): 25-43.

2. Anne Fadiman, *The Spirit Catches You and You Fall Down* (Nueva York: Farrar, Straus and Giroux, 1997): 35-37.

jóvenes de zonas urbanas. En combinación con condones de la marca *100% Jeune*, todas las actividades de comunicación promovieron imágenes de jóvenes que se enfrentaban a las normas sociales para proteger su salud. Una radionovela “Solange: hablemos sobre el sexo”, y un programa de llamadas a la radio fueron especialmente exitosos. Las sesiones individuales con los jóvenes, utilizando escenificaciones y otras técnicas interactivas, permitieron contactar a aproximadamente 100.000 jóvenes dentro y fuera de las escuelas cada mes, y en el año 2000 se vendieron más de 40.000 condones en puntos de distribución de la marca *100% Jeune*. Después de 18 meses de actividades, los jóvenes de ambos sexos que habían participado en el programa tenían mayores probabilidades de usar condones en forma correcta, se mostraban menos renuentes a comprarlos, y era más probable que hubieran utilizado un condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales con su pareja habitual.

Mobilización comunitaria

La movilización comunitaria para lograr hábitos saludables implica aprovechar las redes sociales y ayudar a los interesados a identificar las metas de salud que comparten, así como a utilizar los aspectos positivos de su cultura y no tratar de apartarse radicalmente de los mismos (ver el Recuadro 3, pág. 12). Ante todo, dicha movilización exige hacer partícipes a los líderes de la comunidad a favor de la causa. Por ejemplo, en un proyecto en Senegal, las abuelas sirvieron de educadoras en nutrición e influyeron considerablemente y de forma positiva en los hábitos de las mujeres jóvenes⁴³. En Kenya se adoptó un enfoque similar para eliminar la terrible costumbre de la mutilación genital de la mujer en varias comunidades.

A partir de 1993, Maendeleo Ya Wanawake, la organización de mujeres de mayor magnitud en Kenya, y PATH, una ONG internacional, promovieron “Ritos Alternativos de Iniciación Femenina”⁴⁴, un programa basado en los rituales y celebraciones tradicionales que marcan el paso de la niñez a la edad adulta en la mujer, pero omitiendo la mutilación genital. Los investigadores mostraron que las comunidades no estaban conscientes del riesgo que conlleva la circuncisión femenina, y de hecho creían firmemente que mejoraba su salud.

Los padres también creían que las niñas no circuncidadas serían rechazadas como esposas, y valoraban el período de reclusión en que las niñas aprendían sus roles de mujeres casadas. Por su parte las niñas, aunque sufrían dolor, apreciaban el reconocimiento de la comunidad el día en que eran pronunciadas como mujeres y

las festividades que tenían lugar. La educación de la comunidad se centró, no solamente en los riesgos a la salud, sino también descubrir que a los jóvenes no les importaba casarse con mujeres no circuncidadas. Esta educación logró convencer a muchas personas de adoptar las nuevas costumbres, e incluso respetados miembros de la comunidad se ofrecieron, no solamente a ser los primeros en no circuncidar a sus hijas, sino a convertirse en líderes del nuevo movimiento (ver el Recuadro 4). Una vez que la comunidad vio que personas influyentes adoptaban la nueva práctica y que seguían los rituales y festividades que valoraban, la práctica de “circuncisión con palabras” empezó a extenderse con rapidez. Diez años después casi ninguna de las 5.000 graduadas del programa de ritual alternativo ha sido circuncidada⁴⁵. Una evaluación externa concluyó que la combinación de sensibilización intensiva de la comunidad y ofrecer un rito alternativo jugaron un papel importante en el cambio de actitudes y comportamiento⁴⁶.

Recuadro 4

Anómalos y pares

Las personas que difieren, de forma positiva, de la norma social, o de su red social, se consideran “anómalos positivos” (por ejemplo, los muchachos de una pandilla en una zona latinoamericana en donde viven en condiciones de pobreza extrema que no adoptan las típicas actitudes “machistas” de violencia y falta de respeto a la mujer). Estas personas excepcionales pueden convertirse en buenos educadores de sus pares, si tienen popularidad entre su propio grupo de referencia y están dispuestos a exponer su comportamiento anómalo en una campaña de divulgación.

Eso es exactamente lo que está ocurriendo en el Proyecto H, patrocinado por Promundo, una ONG de Río de Janeiro¹. Después de una capacitación intensiva, un grupo de jóvenes seleccionados entran en contacto con sus pares que al igual que ellos, habitan en los cinturones de miseria, con mensajes sobre formas alternativas de demostrar su masculinidad, y también venden condones a precios económicos específicamente a los jóvenes del área del proyecto.

Los resultados iniciales indican un alto reconocimiento de la marca Hora H de condones, un mayor uso de condones, tanto en relaciones sexuales estables como en esporádicas, y avances positivos (entre 18 y 24) en la escala de actitudes masculinas de equidad de género². Un puntaje elevado en esta escala confirma cambios de actitud respecto a la violencia contra la mujer, la paternidad y la equidad de género.

El enfoque de anómalos positivos es cada vez más popular. Es una de las formas más sustentables y de pertinencia cultural para modificar el comportamiento, porque se basa en los puntos positivos y los recursos de la comunidad donde se aplica. La selección, capacitación y apoyo continuo de los anómalos positivos son factores esenciales³.

1. Victoria White et al., *Men and Reproductive Health Programs: Influencing Gender Norms* (Washington, DC: The Synergy Project, 2004): 27-28.

2. Julie Pulerwitz, “Measuring Gender-Equitable Norms: Validation of the GEM Scale,” presentación en la Conferencia Anual del Global Health Council, Washington, DC, Mayo 30, 2003.

3. The Positive Deviance Initiative website, www.positivedeviance.org.

Recuadro 5

La información es poder

Los conductistas coinciden en que, para la mayoría de la gente, la información es importante pero no suficiente para lograr un cambio de comportamiento sostenido; pero, para las autoridades normativas, la información (si coincide con sus intereses, se basa en evidencia y está avalada por otros profesionales respetados en su campo) puede conducir a cambiar políticas y prácticas en salud. El poder de la información se refuerza cuando la utilizan grupos de coaliciones interesados en establecer una agenda de salud¹.

De acuerdo a un análisis reciente de programas exitosos a gran escala que han mejorado sustancialmente la salud pública, la información jugó un papel esencial en los siguientes aspectos:

- Incrementar la toma de conciencia de un problema de salud, con lo que se concentró la atención de los líderes políticos y de salud sobre el mismo.
- Perfilar el diseño de programas de salud, aplicando las lecciones obtenidas de proyectos piloto, encuestas de salud entre consumidores, e investigación operativa sobre los enfoques más efectivos (y costo-efectivos).
- Motivar a la gente a mantener el cambio logrado, mediante retroalimentación periódica sobre el avance del programa de salud, lo que permite introducir cambios a mitad del programa, renovar esfuerzos e incluso estimula la competencia entre países para alcanzar metas².

1. Lori Ashford, comunicación personal, 4 de enero, 2005.

2. Ruth Levine, "Information is Power," en *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*, ed. Ruth Levine et al. (Washington, DC: Center for Global Development, 2004): 8-9.

Educación para la salud

La diseminación de información en salud (en aulas, sitios fuera de la escuela, la radio, la televisión, los periódicos, las revistas e Internet) no es algo novedoso. Además de ayudar a los adultos a tomar decisiones saludables, la información y la educación son indispensables para socializar a los jóvenes sobre las normas y conductas que fomentan la salud, y cambiar aquellas que no son saludables. Los conductistas dicen que, si bien se puede organizar la información (para que sea más fácil de entender y utilizar, y tornarla más atractiva), por regla general la información por sí sola no es suficiente para lograr cambios en las personas⁴⁷. Sin embargo puede ser valiosa, si forma parte de programas educativos bien concebidos y basados en conocimientos teóricos⁴⁸. La educación sexual en los Estados Unidos, donde los embarazos entre adolescentes y las infecciones de transmisión sexual son problemas de salud pública⁴⁹, pone de relieve lo antes descrito.

Al realizar una revisión sistemática de los programas de educación sexual se identificaron varios programas que tenían un efecto sostenido en retrasar el inicio de las relaciones sexuales, elevar el uso de anticonceptivos y prevenir los embarazos entre adolescentes⁵⁰. Se encontró también que la educación sexual que abordaba el tema de uso de anticonceptivos, no tenía como

consecuencia una iniciación sexual más rápida ni relaciones sexuales más frecuentes. De hecho, algunos programas de educación sexual y VIH dieron lugar a retrasos en el inicio de la vida sexual, y entre los adolescentes que ya tenían vida sexual, redujeron la frecuencia de relaciones sexuales, elevaron el uso de condones, y limitaron el número de compañeros/as sexuales. La revisión incluyó tan sólo algunos programas que proponían únicamente la abstinencia, porque no cumplían con los criterios para una evaluación rigurosa, pero los de este tipo que se estudiaron, no mostraron indicio alguno de ser efectivos. Los programas que dieron buenos resultados se basaron en teorías de eficacia demostrada. Entre las características más destacadas de estos programas se encuentran las siguientes:

- concentración en conductas sexuales específicas de riesgo, y presentación de mensajes claros y consistentes en su recomendación de abstenerse de tener relaciones sexuales, o usar condones y otro tipo de anticonceptivos;
- información correcta (ver el Recuadro 5),
- actividades y sugerencias sobre la forma de abordar la presión social que influye en la conducta sexual. Las sesiones de ejercicios prácticos, para mejorar la comunicación, la capacidad de persuasión, y saber decir "no", ayudaron a los adolescentes a prepararse para situaciones de la vida real. Estos y otros métodos de enseñanza participativa permitieron a los estudiantes obtener información basada en sus necesidades personales;
- selección y capacitación de maestros o líderes de grupos de pares que confiaban en el programa; y
- adecuar el programa a la edad, la experiencia sexual y la cultura de los participantes.

Un programa más complejo, que combinaba la educación sexual con la atención integral en salud y tutoriales, logró un efecto positivo en la conducta sexual, el uso de anticonceptivos y el número de partos entre las adolescentes hasta por un período de tres años. La educación sexual no es una solución con resultados rápidos. Los programas a corto plazo no tuvieron un efecto mensurable en el comportamiento de los adolescentes.

Mejorando la interacción entre clientes y proveedores en los servicios de salud

Existe evidencia que sugiere que tanto los clientes actuales, como los posibles clientes, se enfrentan a muchos obstáculos en su acceso a los

servicios de salud⁵¹. Pero incluso si las intervenciones de cambio de conducta logran reducir dichas barreras y motivan a la gente a buscar atención en los establecimientos de salud, hay que preguntarse si las personas serán tratadas con buenos modales o descortesía. La calidad de la interacción (verbal y de otro tipo) entre el cliente y los proveedores es parte esencial del flujo de comunicación en temas de salud, y puede influir en si los clientes siguen los consejos que reciben, presentan adherencia al tratamiento y regresan a sus visitas de seguimiento⁵².

Una revisión de la literatura sobre la interacción entre los clientes y los proveedores en servicios de planificación familiar revela que la satisfacción del cliente genera un uso más eficaz de los anticonceptivos, mejora los índices de perseverancia en el método, y genera mayores comentarios verbales positivos a otros clientes⁵³. Por el contrario el descontento genera mayor falla en los métodos, falta de perseverancia y produce mala publicidad entre la red social del cliente⁵⁴. Una investigación en Egipto reveló que, si se añade tan solo un minuto extra para preguntar y responder a las necesidades del cliente se triplica la satisfacción del cliente y su grado de continuidad con el método anticonceptivo, comparado con las consultas en las que predomina la opinión del médico⁵⁵. La gente por lo general quiere lo mismo, independientemente del sitio donde tenga lugar la consulta, en la clínica o en las visitas domiciliarias. Una encuesta en Bangladesh descubrió que los clientes valoraban a los trabajadores de campo, no sólo les brindaban información, sino que también consideraban sus necesidades, apreciaban su necesidad de confidencialidad, respondían a sus preguntas y les ayudaban a resolver sus problemas. Los entrevistados que habían sido atendidos por proveedores de salud en trabajo de campo, a los que describían como de buena o muy buena calidad, tenían 60% mayor probabilidad de adoptar un método⁵⁶. Una publicación reciente, titulada *Improving Client-Provider Interaction* (Mejorando la relación entre el cliente y el proveedor) hace recomendaciones, basadas en investigación, sobre cómo mejorar la experiencia para ambas partes⁵⁷. Por ejemplo, un grupo de proveedores de salud en Indonesia que asistieron a un curso de capacitación sobre la asesoría centrada en el cliente, y que también asistieron semanalmente a reuniones de auto evaluación y revisión de pares, mejoraron la calidad de su desempeño de forma continua, comparados con los que tan sólo recibieron capacitación⁵⁸. También se puede enseñar a los clientes a hacer preguntas a los proveedores del servicio, para superar la distancia social que inhibe a la mayoría de la mujeres de escasos recursos⁵⁹.

Comunicación de políticas

Las autoridades normativas influyen sobre el mundo entero, pero ¿quién influye sobre ellas? Los cínicos pueden señalar la influencia que se genera mediante contribuciones a campañas políticas y sobornos, pero también existen formas legítimas de entrar en contacto con la mayoría de los políticos honestos. El *Population Reference Bureau* (PRB) tiene una larga trayectoria de comunicación con dichas autoridades, para orientarles en la toma de decisiones sobre población y salud. Un proyecto que se apoyó en Ghana con éxito valida la observación mundial de que “los defensores de una causa” son quienes mejor pueden impulsarla⁶⁰.

Con el apoyo del PRB, un pequeño grupo de académicos de la Universidad de Ghana y periodistas de dicho país fueron capaces de modificar una política demográfica aletargada. La planeación demográfica es un tema sensible. Muchos ghaneses no confiaban en la política demográfica, porque consideraban que era una imposición de los donantes externos como condición para brindarles ayuda. Para estimular su interés en decelerar el crecimiento demográfico y abordar los problemas de salud reproductiva era necesario que miembros prominentes del propio país dirigieran los esfuerzos. Tras una conferencia de liderazgo sobre “Población y reconstrucción nacional”, surgió el Proyecto de impacto demográfico (*Population Impact Project*, PIP), que inmediatamente incluyó actividades para entrar en contacto con las autoridades normativas a todos los niveles de la sociedad (representantes de los ministerios de gobierno, universidades, centros de investigación, ONG, sindicatos y varias asociaciones de maestros, médicos, enfermeras y farmacéuticos). Los medios de comunicación jugaron un papel esencial. El equipo de investigadores del proyecto colaboró con la radio, la televisión y los medios impresos para lograr una cobertura continua de los temas, organizó eventos públicos, se presentó en todas las aulas y foros posibles, y diseminó una serie de folletos entre más de 800 personas en puestos de influencia.

Hubo dos intervenciones que tuvieron especial impacto. Una transmisión televisiva, que llegó a un gran número de líderes de opinión, seguida al poco tiempo de un folleto sobre entrevistas con autoridades de gobierno. En la introducción de la transmisión televisada, el Presidente de Ghana se expresó a favor de la política demográfica. Las actividades del programa ahora han adquirido la “masa crítica” que necesitaban de las autoridades normativas. El gobierno, que en un momento era tan sólo “receptor” pasivo de las actividades, se asoció a las mismas y empezó a diseminar la política normativa a nivel de los ministerios. Una evaluación realizada por el gobierno estadounidense conclu-

La industria ofrece un ejemplo constructivo

A mediados de la década de los noventa, Vinod Kapoor, presidente de la Federación de molinos de harina (*Roller Flour Mills Federation*) de la India, propuso que los molinos de la federación consideraran suplementar la harina con hierro. Aunque no era un procedimiento costoso, el precio resultaba excesivo para los molinos pequeños que generalmente tienen un margen de ganancia sumamente bajo, además la experiencia indica que en la India se desconfía en principio de cualquier elemento que se agregue a los alimentos, sin embargo, Kapoor no se dejó vencer.

Con el apoyo de la Iniciativa de micronutrientes empezó por fortificar con hierro la harina de su propio molino. Tuvo que convencer a sus clientes y superar problemas técnicos debidos al tipo de harina que se usa en la India, pero no cesó en su empeño. Cinco años después la harina que produce el molino de su familia continúa enriqueciéndose y se distribuye a aproximadamente 1 millón de personas. Kapoor menciona que tomó acciones concretas porque creía que era “una obligación social”, pero añade que es esencial que la Iniciativa y sus entidades asociadas hagan un mayor esfuerzo para convencer a “los altos niveles del gobierno” de la India que suplementar todos los alimentos (no sólo añadir hierro a la harina de trigo) es algo positivo para el país.

Fuente: The Micronutrient Initiative, *A Decade of Progress, A Lifetime of Hope*, consultado en Internet en www.micronutrient.org.

yó que el proyecto había logrado avances increíbles, y conseguido lo que sus países vecinos no habían podido alcanzar⁶¹.

Los líderes del proyecto PIP continúan impulsando políticas de población y salud reproductiva sólidas en Ghana, y están trabajando en colaboración con otros para reducir el VIH/SIDA, los embarazos no deseados y la coerción sexual entre los jóvenes⁶².

Aplicación de teorías e instrumentos para el cambio de comportamiento

Conscientes de que existen programas que han aplicado con éxito las teorías e instrumentos de cambio conductual, los planificadores en salud pueden diseñar las intervenciones más efectivas⁶³ para abordar las prioridades de control de enfermedades en los países en desarrollo, y lograr los Objetivos de desarrollo de la ONU para el milenio. También es necesario probar enfoques nuevos. Existen una gran variedad de intervenciones (a pequeña y gran escala) que ofrecen modelos prometedores.

Los casos descritos a continuación utilizaron una combinación de instrumentos para lograr el cambio de comportamiento y reflejan las teorías descritas anteriormente. Si bien estas se centran principalmente en cambiar comportamientos en personas y comunidades, también se

refieren al papel que juegan las autoridades del sistema de salud y los encargados del establecimiento de políticas, para abordar importantes factores contextuales.

Estudio de caso: Reducir la desnutrición

El primer Objetivo de desarrollo del milenio (“Erradicar la pobreza extrema y el hambre”— ubica al hambre y a la pobreza juntos por una buena razón: ambas están inexorablemente ligadas en un círculo vicioso. La pobreza conlleva al hambre y, el hambre a la enfermedad; y la enfermedad, por su parte, exacerba la pobreza, al absorber los recursos ya limitados de la familia, y reducir o destruir la capacidad de los adultos para trabajar y de los niños para asistir a la escuela, lo que a su vez restringe las posibilidades de generar un ingreso presente y futuro. Un programa de salud pública bien concebido intenta romper este ciclo de hambre, pobreza y enfermedad⁶⁴.

Una forma importante de abordar la desnutrición es reducir las deficiencias de micronutrientes, el “hambre oculta” que afecta la salud de miles de millones de personas⁶⁵. La Iniciativa de micronutrientes (*Micronutrient Initiative*, MI), una organización sin fines de lucro basada en Canadá, y sus muchas entidades asociadas en todo el mundo han hecho precisamente eso. En colaboración con la OMS, UNICEF, el Banco Mundial, los gobiernos nacionales, el sector privado y las comunidades, la MI ha alentado una cooperación sin precedentes para suplementar de forma generalizada, con los micronutrientes necesarios, los alimentos más comunes, o bien distribuir micronutrientes como suplementos nutritivos. Desde 1990 este impresionante organismo ha volcado la atención mundial en las consecuencias de la falta de micronutrientes en la dieta y ha demostrado qué se puede hacer al respecto. La MI ha colaborado con el Programa ampliado de vacunación en países de todo el mundo para distribuir vitamina A y otros suplementos en los Días nacionales de vacunación, y ha persuadido y ayudado a los productores de sal y a los molineros de maíz y trigo a enriquecer sus productos. Estos esfuerzos han dado lugar a grandes avances en combatir la extensa falta de micronutrientes en la alimentación:

■ Como resultado de una campaña para enriquecer con yodo la sal utilizada en los alimentos a nivel mundial, y gracias a la colaboración con la industria de la sal, más del 70% de la población mundial puede obtener sal yodada, lo que es uno de los logros más impresionantes de la segunda mitad del siglo XX.

■ Tan sólo en el año 2000, la MI logró satisfacer el 75% de las necesidades mundiales de suplementos de vitamina A. En un período de tres años dichos suplementos lograron salvar la vida de más de un millón de niños.

■ Abordar las deficiencias de hierro es más difícil, pero existen indicios del progreso logrado. Por ejemplo, en Bangladesh, la MI y sus entidades asociadas apoyan las medidas gubernamentales para proteger a las mujeres jóvenes contra dicha deficiencia nutricional. Las adolescentes jóvenes reciben suplementos de hierro antes del matrimonio y durante el embarazo, así como asesoría y educación sobre nutrición para impedir deficiencias de hierro y anemia cuando estén embarazadas. En la India, tres de cada cuatro mujeres embarazadas toman en la actualidad algún tipo de tabletas de folato/hierro. En Darjeeling, un subdistrito de Bengalia Occidental, se distribuye harina enriquecida entre los grupos de bajos ingresos mediante el sistema de distribución pública. El mercadeo social y las estrategias de comunicación sanitaria han generado conciencia entre los consumidores, que ahora exigen dicha harina. Los molinos en Irán comenzaron a fortificar la harina en 2001.

■ Los programas a gran escala son los más recomendables, dado el número de personas con que se puede entrar en contacto, pero no siempre son factibles en todos los sitios. Un estudio piloto reciente sobre la fortificación del maíz en Zambia con múltiples micronutrientes mostró que los programas a pequeña escala también son factibles y aceptados por la población local y los molineros.

■ La suplementación de la sal con varios elementos (yodo, vitamina A y hierro) es algo que la MI está apoyando como una gran oportunidad para el futuro. Si pudieran abordarse estas tres deficiencias de micronutrientes mediante un sólo mecanismo universal, sin duda alguna se elevaría el número de vidas que pueden salvarse. Ya existe la tecnología para duplicar el suplemento de la sal (y de hecho se está ampliando a mayor escala) y la fortificación triple promete buenos resultados⁶⁶.

La MI y sus múltiples socios elaboraron un modelo eficaz de programa que muestra un conocimiento profundo de la conducta humana a todos los niveles, al crear un compromiso político, elevar la preocupación de los líderes y miembros de la comunidad, iniciar y proporcionar las herramientas para la acción, lograr consenso, construir redes, aprovechar los recursos y transferir los programas, demostrar el éxito y elevar la

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Reducir el número de parejas sexuales parece ser el factor más importante para reducir la incidencia del VIH en Uganda. Estos jóvenes ugandeses asisten a un taller de educación en un centro juvenil.

capacidad de las entidades locales para llevar a cabo la tarea (ver el Recuadro 6, en la página 16). Por su parte la MI es un ejemplo de movilización social a nivel mundial. Basándose en la creciente investigación sobre el tema, la comunidad científica centró la atención mundial sobre la desnutrición por falta de micronutrientes por primera vez a finales de los setenta y principios de los ochenta. La MI surgió de la promesa de la Cumbre mundial en favor de la infancia de 1990, de proteger a los niños de todo el mundo contra la desnutrición. En 2002, la Sesión especial sobre la infancia, de la Asamblea General de las Naciones Unidas, reafirmó dicha promesa⁶⁷. El hecho de que los 10 principales riesgos de enfermedad se deban a deficiencias de micronutrientes muestra que este arduo trabajo debe continuar de forma sostenida. Para ello resulta prometedor que la reducción substancial (a la mitad) del hambre y la pobreza, para el año 2015, sea el primer Objetivo de desarrollo de la ONU para el milenio.

Estudio de caso: Combatir el VIH/SIDA

Uganda representa uno de los primeros éxitos en la lucha contra el SIDA por haber registrado primero una dramática reducción en la incidencia del VIH (nuevas infecciones) y luego en la prevalencia (infecciones totales) desde principios de la década de los 90. La reducción en los índices del VIH entre las mujeres embarazadas (como representantes de la población en general) ha sido corroborada con datos de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y su predecesor, el Programa Mundial de la OMS sobre SIDA, así como por otras investigaciones.

La prevalencia nacional del VIH en Uganda llegó a su punto máximo, de alrededor del 15% en 1991, y luego bajó al 5% a finales de los noventa. En 2003 estaba un poco por arriba del 4%⁶⁸.

¿Qué pasó en Uganda? Aun cuando es necesario considerar las muertes por SIDA, la reducción en la prevalencia del VIH en el país muy probablemente se debe a la difusión nacional de una innovación: el cambio del comportamiento sexual⁶⁹. Las siglas ABC se refieren a los cambios esenciales de comportamiento cuya adopción se propugnó entre la comunidad: abstinencia, o posponer el inicio de la vida sexual; bajar el número de parejas sexuales que uno tiene (fidelidad conyugal), y usar condones. Aunque no se ha logrado comprender del todo la relación entre la gran variedad de intervenciones para combatir el SIDA y la reducción en los índices de la infección por VIH en Uganda, un análisis que data de 2002 señala los siguientes como elementos clave⁷⁰:

■ **El alto nivel de apoyo político para hacer frente al VIH generó una respuesta multisectorial.** En 1986, después de 15 años de guerra civil, el popular presidente ugandés Yoweri Museveni comenzó a dirigirse a la población en forma constante, en los medios de comunicación y en reuniones, para hablar de un nuevo enemigo, la creciente epidemia del SIDA. Cuando más tarde se le preguntó sobre su iniciativa a este respecto dijo: “Cuando el león llega a la aldea hay que gritar⁷¹”. El Presidente Museveni señaló que la lucha contra el SIDA es un deber patriótico, y que se necesita franqueza en la comunicación, y un liderazgo fuerte a todos los niveles de la sociedad. Para 2001 aproximadamente 700 organismos del gobierno y ONG estaban dedicados al tema del VIH/SIDA en todos los distritos del país.

■ **Campañas descentralizadas de cambio de comportamiento, que entraron en contacto con la población en general y con grupos clave de alto riesgo.** Uganda lanzó una fuerte campaña contra el VIH que incluía materiales impresos, difusión por radio y carteles, pero principalmente se basaba en la movilización comunitaria. Su Programa de control de ITS (infecciones de transmisión sexual) y SIDA capacitó a miles de consejeros, educadores en salud, educadores de pares en la comunidad y otros especialistas. Con el ejemplo de los líderes, y gracias a la asignación descentralizada de recursos, la población en general, tanto en áreas rurales como urbanas se unió de forma entusiasta en la lucha contra el SIDA. El VIH afectaba visiblemente a todas las comunidades⁷², lo que generó una movilización efectiva.

■ **Intervenciones dirigidas a las mujeres y a los jóvenes, al estigma y a la discriminación.** Desde los más altos niveles del gobierno hasta la base, el trabajo para el cambio de comportamiento logró potenciar a las mujeres y a las niñas. Sin este marco de apoyo es muy poco probable que las mujeres hubieran podido adoptar los comportamientos ABC⁷³. Los maestros y otros agentes de cambio entraron en contacto con los jóvenes tanto fuera como dentro de las escuelas y, de esta forma, los mensajes de los líderes, para combatir el estigma y la discriminación en contra de las personas que viven con VIH/SIDA tuvieron impacto. Aun cuando todavía existe el estigma este se ha reducido a niveles que crean un clima de mayor seguridad para que la gente pueda solicitar asesoría, hacerse la prueba y revelar su estado seropositivo.

■ **Se movilizó a los líderes religiosos y a las organizaciones de fe para que coordinaran las actividades de educación y cuidado sobre el SIDA.** Las principales organizaciones de fe (católicas y cristianas de diversos tipos, las islámicas y las tradicionales del país) ejercen una influencia muy importante en Uganda, de modo que utilizaron su posición para combatir el SIDA y alentar la aceptación de las personas infectadas con el virus. Los hospitales de las misiones fueron de los primeros en elaborar programas de atención y apoyo al SIDA en Uganda. Una de los cientos de iniciativas, el proyecto de educación sobre SIDA (llevado a cabo por la Asociación Médica Islámica de Uganda en comunidades rurales), fue seleccionada por ONUSIDA como un “estudio de caso de prácticas modelo”⁷⁴.

■ **La iniciativa de Uganda ofreció los primeros servicios de asesoría y pruebas de VIH confidenciales y voluntarias en todo África.** El primer centro de este tipo se abrió en Kampala en 1990 y en los dos años siguientes los servicios se extendieron a centros en cuatro importantes áreas urbanas, porque al reducirse el estigma se alentó a gran número de personas a informarse si eran portadoras del virus. La oferta de pruebas rápidas, con resultados el mismo día, y la existencia de “Clubes después de la prueba” ofreció el apoyo a largo plazo para cambiar los comportamientos de los participantes, independientemente de su diagnóstico.

■ **El mercadeo social de condones tuvo un papel importante pero no crucial.** Al principio, el presidente de Uganda y algunos líderes religiosos se resistieron a promover el uso de condones, pero para mediados de los noventa dicha resistencia había desaparecido casi por completo.

Para entonces la mayor parte de la reducción en la incidencia del VIH ya había sucedido. En años más recientes, el uso incrementado de condones, especialmente entre grupos de alto riesgo, probablemente ha contribuido a continuar la reducción de la incidencia de la infección.

■ **Los programas de control y prevención de las ITS recibieron mayor énfasis.** Desde 1994, después de que comenzaran a documentarse las reducciones en la prevalencia del VIH, dos proyectos financiados por donantes internacionales contribuyeron a mejorar el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, y para finales de los noventa el suministro de medicamentos era adecuado y había mejorado su distribución a los establecimientos rurales de salud.

Un importante comportamiento en salud (la reducción de parejas sexuales múltiples) parece ser el factor más importante para limitar la incidencia del VIH en Uganda. En la actualidad, la mayoría de los ugandeses con vida sexual activa ya no tienen compañeros/as sexuales esporádicos, o su número se ha reducido⁷⁵. Dicho cambio de comportamiento parece haberse debido a la información sobre la prevención del SIDA a través de redes sociales con la movilización de base en todo el país. Aparentemente es posible personalizar mejor el riesgo, y obtener cambios de comportamiento más significativos, y en último término menores infecciones de VIH, si la información la difunden personas en las que uno confía como modelos de conducta, y la difusión tiene lugar entre iguales⁷⁶. Los esfuerzos para lograr esta reducción sin precedentes en los índices de VIH fueron increíblemente costo-efectivos (costaron alrededor de \$1,80 anuales por adulto, en un período de 10 años)⁷⁷.

En fechas recientes, el distrito de Rakai en Uganda ha registrado un incremento en las relaciones sexuales con desconocidos, lo que, si bien ha ocurrido de forma paralela a notificaciones de mayor uso de condones⁷⁸, es algo que preocupa a algunos analistas⁷⁹.

Estudio de caso: Reducir el paludismo

De acuerdo a la OMS, el paludismo o malaria es la octava enfermedad de mayor importancia a nivel mundial, y la quinta en los países en desarrollo más pobres. Esta enfermedad, transmitida por mosquitos, ataca y mata de forma desproporcionada a los niños menores de 5 años y a las mujeres embarazadas. La campaña de la OMS para “Dar marcha atrás al paludismo” ha establecido la meta de reducir a la mitad el número total de muertes, y asegurarse de que por lo

menos el 60% de las personas en riesgo reciban, entre otras cosas, mosquiteros tratados con insecticida para el año 2010⁸⁰. Dormir con estos mosquiteros puede reducir el riesgo de mortalidad hasta en un 63% y el de morbilidad por lo menos en un 40%⁸¹. Debido a que estas estrategias requieren cambios de conducta a todos los niveles, la OMS ha desarrollado un módulo de capacitación para personal de salud que dirige programas de malaria, titulado *Communication for Behavioural Impact to Roll Back Malaria* (Comunicación para lograr un impacto conductual y eliminar el paludismo)⁸².

Con el fin de contribuir a estimular la inversión comercial en mosquiteros tratados con insecticida, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) lanzó NetMark, un consorcio innovador dirigido por la Academia para el Desarrollo Educativo (AED, por sus siglas en inglés), que ha establecido asociaciones con 13 empresas importantes (quienes representan más del 80% de la capacidad mundial de producción y distribución de mosquiteros) para desarrollar mercados para los mosquiteros y ampliar la disponibilidad de este producto a precios asequibles en África⁸³. El programa ha contribuido a eliminar impuestos y aranceles en Malí, Senegal y Zambia. En 2002, el programa lanzó una campaña de comercialización en Ghana, Nigeria, Senegal y Zambia, y vendió más de 600.000, además de llevar a cabo 500.000 re-tratamientos de mosquiteros con insecticida en los primeros 5 meses de funcionamiento del programa⁸⁴.

NetMark diseña y realiza campañas de comercialización dirigidas al consumidor, basadas en teoría e investigación de comportamiento, utilizando una gran variedad de instrumentos de comunicación a nivel comunitario y en los medios de difusión masiva. El mercadeo social reduce la carga del sector público, al crear una demanda de mosquiteros y luego suministrarlos a quienes pueden pagarlos, con lo que el sector público puede concentrar sus limitados recursos en quienes no tienen los medios para comprarlos. Por otra parte, NetMark está tratando de garantizar el suministro equitativo y sustentable de mosquiteros con insecticida entre los pobres, y está apoyando los esfuerzos de los países para acceder a los recursos del Fondo Global contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria⁸⁵, que se propone proporcionar 40 millones de mosquiteros en un período de cinco años. NetMark también está preparando el mercado para la expansión comercial del producto, al crear una capacidad de producción de calidad entre los fabricantes africanos. Dado el éxito del enfoque de NetMark en varios países, esta inversión es un modelo nuevo y replicable de intervención y asociación

con el sector comercial para fines sanitarios que promete avances en África en términos económicos y de salud.

Estudio de caso: Contribuir a la supervivencia infantil

Como mamíferos, los humanos tenemos el instinto innato de proteger a los niños, pero cada año se estima que 10,6 millones de niños, en los estratos de ingreso medio y bajo, mueren antes de cumplir los 5 años de edad⁸⁶. El 70% de dichas muertes obedecen a afecciones prevenibles y tratables, como la pulmonía, la diarrea, el paludismo, el sarampión y la desnutrición. Frecuentemente las muertes son una combinación de estos factores⁸⁷.

La situación actual es una mezcla de pesimismo y optimismo. Al contemplar las estadísticas sombrías, los líderes en salud pública han hecho acopio de la experiencia, recursos y voluntad política para organizar campañas de salud pública y elevar la supervivencia infantil. Dichos esfuerzos han dado resultado. Los índices de mortalidad entre los niños menores de 5 años se han reducido de 148 muertes por cada 1.000 niños en 1955, a menos de 59 en el año 2000⁸⁸. Desde la década de los 50, un “conjunto de herramientas” de salud pública, que resulta cada vez más efectivo, ha contribuido a salvar vidas infantiles. Incluye vacunas para prevenir las principales enfermedades contagiosas, antibióticos para tratar infecciones, sales de rehidratación oral para salvar a niños que padecen diarrea severa, y la lactancia exclusiva, que es una “tecnología” gratuita y efectiva. Asimismo, los medios de comunicación se han unido a los enfoques interpersonales para entrar en contacto con millones de personas, difundiendo mensajes para utilizar estos instrumentos de supervivencia.

La lactancia es la forma natural de alimentar y proteger a los recién nacidos. Cualquier forma de lactancia reduce a la mitad las probabilidades de que el bebé muera antes de cumplir el primer año de vida, comparado con una situación en la que no se practica la lactancia. Pero el hacerlo de forma adecuada (iniciar la lactancia inmediatamente después del parto, amamantar en forma exclusiva durante los primeros seis meses, e introducir alimentos nutritivos complementarios a partir de esa fecha) es todavía mucho más valioso para la salud del lactante. Si se amamantara de forma óptima se podrían salvar aproximadamente 1,5 millones de vidas de lactantes cada año, que de otra forma morirían de diarrea e infecciones respiratorias agudas⁸⁹. El proyecto Linkages, financiado por USAID, utiliza enfoques basados en la teoría de cambio de comportamiento, al colaborar con las autoridades normati-

vas, los proveedores de salud, la comunidad y los familiares de los niños, para crear un ambiente de apoyo a la lactancia óptima⁹⁰.

En cada país el proyecto Linkages, primero influye sobre las políticas relativas a la lactancia óptima, formando asociaciones dinámicas con los líderes gubernamentales en las áreas de salud y nutrición, así como con ONG, organismos internacionales e instituciones académicas. El análisis de políticas y el desarrollo de talleres con los actores interesados han resultado esenciales para crear un consenso y movilizar recursos para intervenciones de programas que apoyen esta práctica. El proyecto Linkages identifica seis elementos comunes en sus intervenciones en diferentes países:

- **la investigación formativa** que analiza los beneficios y obstáculos al cambio en cada segmento pertinente de la población, e identifica las acciones particulares que se desea que las personas adopten;
- **mensajes bien dirigidos, concisos y probados previamente**, para promover acciones que sean “factibles de ser llevadas a cabo”;
- **enseñar habilidades de asesoría y comunicación** a trabajadores de la salud y de la comunidad;
- **difundir mensajes y materiales consistentes** con los programas para abordar comportamientos esenciales en todos los medios de comunicación;
- **la saturación de públicos específicos con mensajes** mediante los medios apropiados (electrónicos, impresos, interpersonales, o basados en actividades, y enfoques tradicionales como canciones y títeres); y
- **apoyar la interacción de las madres con grupos similares**, como grupos de apoyo entre madres, clubes de mujeres, u otras asociaciones que puedan existir a nivel local⁹¹.

Los resultados son impresionantes. Los índices de inicio oportuno de lactancia casi se duplicaron en Madagascar (del 34% al 60%) y en Ghana (del 32% al 62%), y se elevaron un 25% en Bolivia. Los índices de lactancia exclusiva casi se duplicaron en Madagascar (del 46% al 83%), se elevaron considerablemente en Ghana, y mostraron un ligero incremento en Bolivia. Si bien los índices de introducción de alimentos complementarios, que ya de por sí son altos, no se elevaron en dichos países, sin embargo, hubo mayor proporción de madres que administraron alimentos complementarios de mayor calidad a los lactantes.

La lactancia contribuye a prevenir la diarrea, pero la terapia de rehidratación oral es una salvación para los niños que presentan cuadros de diarrea aguda y corren el riesgo de morir de deshidratación. Un informe de la OMS estima que las muertes por diarrea disminuyeron, de 4,6 millones en 1980 a 1,5 millones en 1999 (una reducción de dos terceras partes) y que gran parte de este excelente resultado se debe la amplia adopción de dichas sales. El uso de este tratamiento se extendió durante la década de los 80 en varios países y finalmente en todo el mundo. La difusión tuvo lugar, a pesar de las dificultades para mezclar de forma correcta la solución, y las limitaciones inherentes al producto ya que este trata sólo la deshidratación, no la diarrea⁹². En la actualidad estas sales ayudan a salvar a más de 1 millón de vidas infantiles anualmente⁹³.

En Egipto, las muertes por diarrea se redujeron en un 82% en la década de los 80. El Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas empezó a operar en 1984, y para finales de la década se estaban utilizando las sales para tratar entre una tercera parte y la mitad de todos los niños con episodios de diarrea. Para definir su enfoque, la campaña de sales de rehidratación oral desarrolló una investigación sobre las preferencias del consumidor y las prácticas culturales. Se utilizaron estrategias intensivas de cambio de comportamiento, incluida la capacitación de profesionales de la salud, farmacéuticos y periodistas. Las campañas de educación sobre la importancia de las sales llegó al público en general por contactos interpersonales y los medios de comunicación masiva. Los evaluadores consideraron el mercadeo social y la campaña de medios de comunicación masiva los elementos más importantes del éxito. A diferencia de la situación en la mayoría de los países en desarrollo, se pudo entrar en contacto con casi todos los hogares mediante la televisión a mediados de los 80, por lo que fue la vía principal de disseminación de los mensajes esenciales, incluso entre las familias de zonas rurales de bajos recursos. Los anuncios televisivos tuvieron gran aceptación e impacto porque la presentadora del anuncio era una de las protagonistas de aspecto "maternal" de una popular telenovela. Los carteles en las carreteras, y los afiches y folletos en las farmacias y clínicas, sirvieron de complemento a los anuncios televisivos que se mostraban de manera continua⁹⁴.

Los proveedores de salud de la comunidad ofrecieron sesiones de práctica a las madres, para enseñarles a mezclar las sales; éstas aprendieron rápidamente y la mayoría aprendió a mezclar la solución correctamente. Asimismo, se ofreció de manera generalizada una solución sencilla de usar, con lo que las madres utilizaron las sales de

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

La lactancia es la forma natural de alimentar y proteger a los bebés. Para crear un ambiente de apoyo a la lactancia materna puede que sea necesario trabajar con las autoridades normativas, los empresarios, los proveedores de salud, las comunidades y las familias.

rehidratación oral casi el doble cuando observaban que la diarrea era severa y no leve, como se les indicó específicamente en la campaña de comunicación. La campaña también instó a las madres a continuar alimentando a los bebés cuanto tuvieran diarrea, a diferencia de la práctica tradicional de no darles alimento, y se lograron asimismo cambios positivos en este sentido. Se redujo el ingreso a los hospitales de niños gravemente deshidratados, y las muertes de lactantes por diarrea se redujeron con mucha mayor rapidez que las debidas a otras causas. La evaluación de la OMS concluyó que los cambios de comportamiento de las madres y del personal de salud en el manejo de los casos eran los responsables de la reducción tan ostensible en mortalidad por diarrea⁹⁵.

La investigación reciente muestra que las sales en sí pueden mejorarse: reduciendo la concentración de sal y azúcar, y añadiendo zinc, se puede reducir la duración y la gravedad de la diarrea, y es considerablemente más costo efectivo que las fórmulas iniciales de la solución⁹⁶. Por otra parte, las madres que dieron a los niños jarabe de zinc con la solución mostraron un 75% mayor probabilidad de no darles antibióticos, una practica que es frecuente, innecesaria y crea una resistencia en el organismo a los antibióticos⁹⁷. Existen nuevas pautas de la OMS/UNICEF que recomiendan conductas específicas para las

madres, los proveedores de salud y las autoridades normativas gubernamentales, para aplicar estos hallazgos⁹⁸.

Ninguna discusión sobre las estrategias para mejorar la salud infantil puede estar completa sin referirse a la iniciativa conjunta de la OMS y UNICEF denominada Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), que tiene por objeto salvar vidas infantiles, y promover su crecimiento y desarrollo mediante el cambio de comportamientos a varios niveles. La AIEPI combina varios programas efectivos de supervivencia infantil, para no centrarse solo en una sino varias enfermedades y tratarlas en forma simultánea y efectiva. ¿Por qué es necesaria esta iniciativa? Todos los días millones de niños enfermos acuden al hospital, los centros de salud, las farmacias y los médicos o curanderos tradicionales sin ser debidamente evaluados o tratados. Los padres frecuentemente reciben o bien información deficiente o ninguna asesoría del personal de salud, y muchos retrasan peligrosamente la decisión de solicitar ayuda médica. En los países pobres, suele existir escasez de medicamentos, insumos y equipo, y los instrumentos de diagnóstico, como los de radiología y las pruebas de laboratorio, son mínimos o no existen. Los proveedores de salud tienden a basarse en la historia clínica y los síntomas para determinar el curso del tratamiento que mejor se ajusta a los recursos de que disponen⁹⁹.

La AIEPI alienta la adopción de comportamientos preventivos y curativos que determinan la salud infantil. La AIEPI consta de tres componentes principales: mejorar las capacidades del personal de salud en el manejo de casos; mejorar la totalidad de los sistemas de salud; y mejorar las prácticas de salud de la familia y la comunidad. Si bien la AIEPI actualmente se considera la norma para prevenir y tratar las enfermedades infantiles, las evaluaciones realizadas en Bangladesh, Brasil, Perú, Tanzania y Uganda indican que de momento tan sólo uno de sus componentes ha tenido éxito, la capacitación de los proveedores de salud en el primer nivel de atención lo que ha conllevado a una mejoría rápida y sostenida en su desempeño en el tratamiento de enfermedades de la infancia. Pero los ministerios de salud y las entidades asociadas a los mismos no han podido ampliar la capacitación más allá de unos pocos distritos piloto. Los evaluadores concluyen que la ampliación de la AIEPI a mayor escala requerirá mayor compromiso para mejorar la gerencia y supervisión, así como financiamiento adicional y menor rotación de personal. También se necesita mayor divulgación entre las comunidades para elevar las conductas de búsqueda de ayuda en salud¹⁰⁰. Esta iniciativa constituye un

esfuerzo que merece la pena continuar. La sinergia que crea este enfoque es la forma óptima de mejorar la salud infantil a gran escala.

Estudio de caso: Mejorar la salud materna

El 99% de las 529.000 muertes maternas anuales que tienen lugar a nivel mundial ocurren en los países pobres¹⁰¹. Por cada mujer que muere, entre 30 y 50 sufren complicaciones serias y a largo plazo¹⁰², por lo que las complicaciones asociadas al embarazo y el parto se encuentran entre las principales causas de muerte e incapacidad femenina en los países en desarrollo. Debido a que muchas personas consideran la mortalidad materna como un tema de derechos humanos¹⁰³, las intervenciones para influir sobre las autoridades normativas en decisiones de importancia para la salud materna generalmente han apelado a la conciencia. Por otra parte, el que la reducción de la mortalidad materna sea uno de los Objetivos de desarrollo de la ONU para el milenio demuestra en sí la capacidad de comunicación normativa de la Iniciativa de la maternidad sin riesgos, un esfuerzo mundial para reducir la morbi-mortalidad relacionada con el embarazo y el parto. En ocasiones una frase popular se convierte en el catalizador para despertar inquietudes latentes. En 1985 un artículo en una revista médica especializada escrito por dos líderes en salud pública reportó que los servicios materno-infantiles estaban predominantemente orientados a la salud infantil y desatendían la salud materna. El subtítulo del artículo, "Where is the 'M' in 'MCH'?" (¿Dónde está la 'M' en la salud materno-infantil?) se convirtió en una llamada a la acción para los defensores de la causa¹⁰⁴. A pesar de los pocos esfuerzos notables hechos en un inicio con el fin de reducir la mortalidad durante el parto, la Iniciativa de la maternidad sin riesgos no ganó ímpetu hasta mediados de los 80¹⁰⁵, pero la amplia diseminación de "¿Dónde está la 'M' en la salud materno-infantil?" permitió dar un gran paso. Las autoridades encargadas de la política sanitaria en todo el mundo tuvieron que responder a esa pregunta y proporcionar financiamiento para programas. Debido a que las emergencias obstétricas que ponen en peligro la vida de la mujer no pueden prevenirse, no era suficiente contar con atención prenatal, ofrecer vitaminas, o incluso capacitar a las parteras. Para tener un impacto importante en la reducción de las muertes maternas también era necesario proporcionar atención obstétrica de emergencia, incluyendo transfusiones de sangre y cesáreas.

Sri Lanka y Malasia fueron los pioneros en reducir la mortalidad materna. Mucho antes de la

década de los 80, las autoridades normativas y los planificadores de salud comprometidos a este fin iniciaron programas para ponerse en contacto con personas clave y lograron modificar los comportamientos de los proveedores de salud y miembros de la comunidad en ambos países. Los programas ofrecen lecciones bien documentadas de cómo los países pobres pueden reducir gradualmente sus índices de mortalidad materna en más del 50%¹⁰⁶. Su éxito también dio impulso a la Iniciativa de la maternidad sin riesgos y ofreció un modelo a seguir, con lo que se aceleraron los logros. El compromiso de las autoridades normativas de salud en torno a la Iniciativa de la maternidad sin riesgos ha dado lugar a éxitos inmediatos en programas de reducción de la mortalidad materna en Bolivia, la provincia de Yunan en China, así como en Egipto, Honduras, Indonesia, Jamaica y Zimbabwe¹⁰⁷.

Los modelos exitosos pueden adaptarse y aplicarse a una escala mucho mayor. El programa de seis años de duración, *Averting Maternal Death and Disability* (Programa para evitar la muerte y discapacidad materna), financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates, proporciona asistencia técnica, para mejorar el acceso de las mujeres a la atención obstétrica de emergencia que pueda salvarles la vida, en más de 50 países donde las autoridades normativas y los planificadores de salud han respondido a la promesa que ofrece dicha intervención¹⁰⁸. En un período de tres años, las actividades de dicho programa han abarcado a casi 180 millones de personas y más de 270.000 mujeres han recibido tratamiento por complicaciones obstétricas (lo que supone un incremento promedio de un 144%). Las muertes han disminuido en más de un 50%¹⁰⁹. Un importante elemento del éxito ha sido la integración de tecnologías para salvar vidas con las estrategias de cambio de comportamiento que permiten ponerlas ampliamente a la disponibilidad de la gente y lograr que se utilicen.

La Alianza del lazo blanco para la maternidad sin riesgos (*White Ribbon Alliance for Safe Motherhood*) es otra iniciativa a gran escala y un movimiento de base que existe actualmente en 24 países, incluye campañas de concientización y establece alianzas prácticas, orientadas a la acción, entre las comunidades, los proveedores de salud del gobierno y las ONG, para prevenir muertes innecesarias de madres y recién nacidos. Estas actividades han sido efectivas. En Indonesia, por ejemplo, el 70% de las mujeres expuestas a la campaña utilizaron una partera capacitada durante el parto, comparado con el 44% de las que no estuvieron expuestas al programa; y el 41% de las que se beneficiaron de la campaña sabían que el sangrado durante el embarazo

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Para salvar la vida de las mujeres es importante mejorar su acceso a la atención obstétrica de emergencia.

era señal de peligro, comparado con el 16% que no estuvieron expuestas a la campaña¹¹⁰. Los expertos en salud de mujeres están satisfechos con estos logros, pero son plenamente conscientes de que, para que existan mayores avances en la salud materna, es necesario contar con financiamiento considerable así como con defensores francos y decididos dentro del sistema de salud, y entre las autoridades normativas y los políticos¹¹¹.

Estudio de caso: Lograr que la planificación familiar sea la norma

Para la mujer, poder controlar su fecundidad por otros medios que no sean el aborto en condiciones de riesgo, es un paso adelante en el largo camino hacia su potenciación¹¹². Considerando que los embarazos no planeados y los que tienen lugar en un mal momento representan serios peligros de salud para las mujeres y los recién nacidos¹¹³, la adopción de métodos modernos de planificación familiar por millones de mujeres en los países en desarrollo constituye un avance en salud pública y resalta lo generalizada que una innovación se puede tornar¹¹⁴. En 2004 se estimaba que el 60% de las mujeres casadas en edad reproductiva, en los países en desarrollo, estaban utilizando algún método de planificación familiar, comparado con el 15% en 1960; y en 2004, el 54% estaban utilizando métodos anticonceptivos modernos¹¹⁵. En el mismo período la fecundidad en dichos países también se redujo, de más de seis hijos por mujer a un poco más de tres; y, si bien el desarrollo en general jugó un papel crucial en este cambio, más del 40% del mismo se debe a las acciones de los programas de planificación familiar¹¹⁶.

Cambiar el paradigma de la planificación familiar

La planificación familiar continúa evolucionando. Dadas las preocupaciones históricas sobre el crecimiento acelerado de la población, en sus inicios la planificación familiar se definió de forma limitada, simplemente como un intento por reducir la tasa de fecundidad. Con el paso del tiempo, los defensores de la salud de la mujer expresaron cada vez más su preocupación y documentaron los crecientes abusos del programa en algunos países, entre los que se encontraban la esterilización involuntaria o forzada. Ellos consideraban que los programas ignoraban otras necesidades, como garantizar embarazos y partos sanos, reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, y abordar la falta de equidad de género subyacente a todo el proceso, que ofrece a la mujer poco control sobre su vida sexual¹.

Estos defensores de la causa influyeron en la perspectiva y las recomendaciones adoptadas en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo auspiciada por las Naciones Unidas, que tuvo lugar en El Cairo en 1994². La conferencia rechazó el paradigma de control de la población. El Programa de Acción, aceptado por 179 naciones, inició una nueva tendencia centrada (en el cliente y sus derechos) de servicios integrados para satisfacer una variedad mucho más amplia de necesidades reproductivas de la mujer. Por ejemplo, un creciente número de programas que anteriormente ofrecían únicamente anticonceptivos, en la actualidad abordan los riesgos de VIH/SIDA y la violencia en la pareja, y tratan de incluir a los hombres como participantes activos del programa. El Fondo de Población de las Naciones Unidas ha resaltado que si se logran alcanzar las metas de la Conferencia se logrará asimismo avanzar en los Objetivos de desarrollo para el milenio³.

1. Marge Berer, "Population and Family Planning Policies: Women-Centered Perspectives," *Reproductive Health Matters* 1, no. 1 (1993): 4-12.

2. George F. Brown, "Foreword," en *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, ed. Nicole Haberland y Diana Measham (Nueva York: Population Council, 2002): xi-xiv.

3. Fondo de Población de las Naciones Unidas, X Aniversario de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (actualizado el 8 de noviembre, 2004), consultado en Internet en www.unfpa.org, el 2 de diciembre, 2004.

Los intentos por regular la fecundidad a nivel individual tienen sus orígenes en la antigüedad, pero el primer programa organizado de planificación familiar a gran escala comenzó en la década de los 50, en la India. A partir de la década de los 60, a medida que el crecimiento acelerado de la población pasó a considerarse como factor de importancia en el desgaste ambiental y la pobreza, los resultados de investigaciones y los grupos de abogacía política de alto nivel convencieron a los organismos de colaboración internacional, las fundaciones y en último término los programas gubernamentales en todo el mundo, para promover y financiar servicios de planificación familiar. En 1965 USAID recibió autorización del congreso estadounidense para incluir programas de población y planificación familiar como una prioridad en la ayuda a las naciones pobres. Con el tiempo USAID se convirtió en el mayor donante en materia de población, de entre un gran número de instituciones de cooperación bilateral y fundaciones

privadas. La planificación familiar, si bien ha producido buenos resultados a largo plazo, no ha cesado de generar polémicas¹¹⁷.

Los "programas organizados de planificación familiar" de hecho se crearon y trabajaron sin cesar para superar dicha resistencia. Los gobiernos y las ONG diseñaron y lanzaron redes de clínicas autónomas de planificación familiar, y en algunas regiones del mundo, como el África subsahariana, integraron los servicios de planificación familiar con los de salud materno-infantil. Desde un principio, China y la India pusieron manos a la obra y aplicaron sus propios programas con dinamismo. Los donantes bilaterales y multilaterales, las fundaciones y la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) proporcionaron financiamiento considerable y asistencia técnica a otros países, incluidos Bangladesh, Tailandia, Indonesia, Egipto, Marruecos, Kenya y Zimbabwe. Estos países realizaron un gran número de talleres para capacitar a médicos, enfermeras y otros proveedores de salud, con objeto de ofrecer métodos anticonceptivos modernos y asesorar a los clientes sobre su uso. Los consejeros ofrecían folletos sobre los métodos disponibles, incluso si los clientes no sabían leer. También se invirtieron recursos considerables en desarrollar nuevos métodos anticonceptivos, y con el tiempo la variedad de métodos modernos que se ofrecieron en las clínicas llegó a satisfacer las diversas necesidades y preferencias de los clientes.

Algunas organizaciones se centraron en proporcionar servicios de planificación familiar. Mediante espectáculos y actividades, títeres, bailes, cantantes y otros enfoques de contacto directo con el público, se dio publicidad a la existencia de los servicios y se aseguró a los posibles clientes su inocuidad, al mismo tiempo que se alentó a las mujeres de la comunidad (y muy raramente a los hombres) a utilizarlos. Mientras los periódicos, las revistas y la televisión entraban en contacto con la elite y los líderes de opinión, mediante mensajes sobre los efectos negativos del crecimiento demográfico, otros tipos de divulgación masiva (radio, afiches, revistas de tiras cómicas y cartelones) se dirigían a millones de personas de escasos recursos y con frecuencia analfabetos, o con bajo nivel de alfabetización. Se transmitieron radionovelas con temas de planificación familiar en las horas de mayor audiencia, y gracias a la rápida cobertura de este medio de comunicación, las radionovelas alcanzaron a la mayoría de la población¹¹⁸. En las aldeas rurales y los vecindarios pobres de la ciudad, los líderes de la comunidad organizaron charlas y películas para grupos sobre planificación familiar (utilizando generadores de electricidad portátiles). Los promotores de salud también utili-

zaron funciones tradicionales de entretenimiento para transmitir mensajes sobre la conveniencia de utilizar planificación familiar, al mismo tiempo que el público se entretenía. Los actores frecuentemente representaban papeles de madres o padres luchando por sacar adelante a sus muchos hijos, y en la escena siguiente se presentaba a una elegante pareja en mejores condiciones económicas que había decidido tener tan sólo dos hijos¹¹⁹. Si bien es posible que este enfoque no hubiera llevado a la adopción inmediata del uso de anticonceptivos, la perseverancia en los mensajes probablemente contribuyó a crear la costumbre de tener familias más pequeñas.

La promoción y distribución de puerta en puerta de los métodos anticonceptivos no clínicos fue una forma de responder a las restricciones culturales en los países donde las mujeres no podían trasladarse a las clínicas. Este enfoque resultó tan efectivo para elevar el número de mujeres en áreas rurales en Bangladesh que utilizaban métodos anticonceptivos que “la distribución basada en la comunidad” ganó fama (al igual que las siglas CBD, “*community-based distribution*” o DBC distribución basada en la comunidad), y se elevó a nivel nacional en el resto de Bangladesh para después copiarse en otros lugares. Con las modificaciones adecuadas al contexto local, los programas de distribución en la comunidad se convirtieron en algo frecuente, así como los servicios basados en las clínicas, en muchas partes del mundo. Bangladesh también implementó, un programa basado en redes sociales y utilizó centros denominados *Jiggashas* donde miembros de la comunidad podían acudir a hacer preguntas, para contribuir a lograr que la planificación familiar pasara de ser una conducta individual a un hábito social. En dichas comunidades los proveedores de salud se convirtieron en facilitadores de debates en grupo y no sólo transmisores de información e insumos¹²⁰.

El mercadeo social rápidamente se unió a otros enfoques para dar publicidad, promover y distribuir píldoras anticonceptivas y condones, mediante farmacias y otras tiendas de menudeo, a bajos precios que eran subsidiados. El mercadeo social utilizó medios de comunicación masiva, especialmente la radio, cartelones y afiches, para alentar a quienes tuvieran los suficientes medios económicos a comprar sus propios anticonceptivos en las tiendas¹²¹. Con el tiempo, y con perseverancia en la diseminación de mensajes convincentes, la expansión de los métodos y servicios anticonceptivos de bajo costo disponibles así como con la difusión de modelos efectivos en otros países, la planificación familiar pasó, de ser una innovación polémica a convertirse en la norma a nivel mundial (ver el Recuadro 7, pág. 24)¹²².

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

© 2003 Melissa May, por cortesía de Photostare

Los programas de salud reproductiva incluyen cada vez más la participación de los hombres. Este padre asiste a una reunión de planificación familiar en Ghana.

Hacia programas efectivos de promoción en salud

Las lecciones aprendidas, después de muchos años de diseño y realización de intervenciones para el cambio de comportamientos, pueden adaptarse y aplicarse con resultados exitosos a los programas de promoción en salud¹²³:

- Identificar el problema específico de salud que es necesario abordar y los comportamientos pertinentes que, si se modifican, contribuyen a subsanarlo. Determinar cuáles son los actores principales en cada nivel de decisión, desde los individuos hasta las autoridades normativas.
- Conocer y aplicar teorías de cambio de comportamiento sólidas en el diseño de programas de promoción en salud.
- Llevar a cabo investigación exhaustiva con y sobre actores clave, y revisar con ellos investigación existente; entender las razones del comportamiento que causa el problema, incluidos los factores biológicos, ambientales, culturales y de otro tipo, y los posibles incentivos y dificultades para el cambio. Prestar especial atención a los obstáculos al cambio y las vulnerabilidades que puedan existir debido a desigualdades sociales y estructurales.
- Incluir la participación de los interesados, como verdaderos socios en el diseño, implementación y evaluación de la intervención, mediante metodologías participativas e instrumentos de aprendizaje.

■ No descuidar las necesidades prácticas: se requiere contar con un proceso de planificación y presupuesto cuidadosos para asegurarse de actuar en el momento oportuno, y que las actividades tengan la duración apropiada para lograr resultados. También se requiere llevar a cabo una evaluación, identificar los socios pertinentes y seleccionar a los colaboradores idóneos del proyecto. Monitorear la existencia, calidad y cobertura de las actividades e introducir los cambios oportunos.

■ Solicitar a los principales interesados que identifiquen modelos de comportamiento y personas en sus mismas condiciones que exhiban comportamientos saludables diferentes a la norma social (“anómalos positivos”), para que puedan incorporarse al programa y apoyar los objetivos del mismo. Tener en cuenta que los modelos que atraigan a los gerentes de programas puede que no sean atractivos para los jóvenes u otros beneficiarios del programa.

■ Trabajar para crear un ambiente de apoyo mediante diálogos sobre políticas, defensoría de la causa e incremento de la capacidad instalada. Considerando la posibilidad de que otros sectores, además del sector salud, representen un importante factor contextual en los comportamientos asociados a la salud, es necesario hacerlos participe y coordinar acciones con ellos.

■ Organizar una intervención multifacética que aborde tanto comportamientos específicos como factores contextuales y entre en contacto con las autoridades normativas, con las personas que facilitan o bloquean el acceso así como los beneficiarios directos. Ponerse en contacto con los públicos clave, utilizar los cauces de comunicación que se hayan seleccionado mediante la investigación: como medios de divulgación masiva, actividades directas en el seno de la comunidad, capacitación de los proveedores de salud, organizar conferencias que influyan sobre las políticas de salud, utilizar mensajes coordinados que se refuercen mutuamente, y crear espacios para dialogar con la comunidad.

■ Trabajar para garantizar la sustentabilidad. Identificar mecanismos y medios locales para reforzar las conductas positivas a nivel individual, institucional y organizacional, y políticas sólidas así como la movilización de recursos a nivel normativo. Aprovechar los valores y tradi-

ciones culturales que promueven la ayuda mutua y la cohesión social.

■ Basarse en la evaluación desde un inicio. Lo ideal es diseñar una evaluación que incluya un grupo experimental y un grupo control, obtener datos de referencia; evaluar la situación al final del proyecto, seis meses más tarde, un año después, y si es posible hasta cinco años después. Incluir métodos participativos y cualitativos, para asegurarse de tomar en cuenta las perspectivas de los interesados. Difundir los resultados de forma extensa mediante informes y reuniones accesibles.

■ Formar alianzas para elevar la escala de las actividades y adaptar las intervenciones de mayor éxito para aplicarlas en otros contextos.

Conclusión

Los expertos en salud pública a finales de los 70 se propusieron de forma idealista lograr “buena salud para todos” al comienzo del siglo XXI, pero las estadísticas recientes muestran que la realidad es otra. A pesar del progreso logrado, la buena salud sigue eludiendo a miles de millones de personas, y en todas partes continúan existiendo problemas de salud graves. El análisis de los factores de riesgo asociados a los principales problemas de salud (las muertes y discapacidades por enfermedad y lesiones) revela el papel esencial del comportamiento humano, como causa y posible solución de situaciones.

Tanto los Objetivos de desarrollo para el milenio como la identificación de prioridades para el control de enfermedades reflejan el consenso que existe entre los líderes mundiales: erradicar o reducir drásticamente los problemas más serios de salud y los relacionados con el desarrollo que afectan la salud. Dicho logro dependerá del cambio de comportamiento a todos los niveles (individual, familiar, comunitario, institucional y de entidades normativas). Afortunadamente las teorías de comportamiento basadas en evidencia y los estudios exitosos de cambio de comportamiento señalan el camino. Si se cuenta con la voluntad política y los recursos adecuados, la adaptación de programas que han dado resultados, y otros enfoques novedosos, serán de gran utilidad para lograr la salud universal, sin tener que esperar al próximo milenio.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), "Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978", consultado en Internet en www.who.int, el 1 de octubre, 2004.
2. Peter Lamprey et al., "De frente a la pandemia del VIH/SIDA," *Population Bulletin* 57, no. 3 (2002): 17.
3. International Rescue Committee, "IRC Study Reveals 31,000 Die Monthly in Congo Conflict and 3.8 Million Died in the Past Six Years. When Will the World Pay Attention?" Dec. 9, 2004, consultado en Internet en www.theirc.org, el 12 de febrero, 2005.
4. ORC Macro, DHS *Dimensions* 6, no. 2 (2004), consultado en Internet en www.measuredhs.com, el 6 de febrero, 2005.
5. Ruth Levine et al., *Millions Saved: Proven Successes in Global Health* (Washington, DC: Center for Global Development, 2004): 5.
6. OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2002* (Ginebra: OMS, 2002), consultado en Internet en www.who.int, el 15 de noviembre, 2004.
7. Colin D. Mathers et al., "Global Burden of Disease in 2002: Data Sources, Methods and Results," *Global Programme on Evidence for Health Policy*, Discussion Paper No. 54 (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, diciembre 2003).
8. Tracy Kidder, *Mountains Beyond Mountains* (Nueva York: Random House, 2003): 37-44.
9. Laurie F. DeRose et al., "Does Female Disadvantage Mean Lower Access to Food?" *Population and Development Review* 26, no. 3 (2000): 517-47.
10. Leonard S. Rubenstein, "Racial Discrimination and Health Care," Declaración en la Conferencia Mundial sobre Racismo, Discriminación Racial, Xenofobia y Intolerancias Afines, en Durban, Sudáfrica, 5 de septiembre, 2000, consultado en Internet en www.phrusa.org, el 24 de enero, 2005.
11. OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2002*.
12. Vinand Nantulya y Florence Muli-Musiime, "Kenya: Uncovering the Social Determinant of Road Traffic Accidents," en *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans et al. (Nueva York: Oxford University Press, 2001): 211-25.
13. OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2002*.
14. OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2000* (Ginebra: OMS, 2000).
15. Dean T. Jamison et al., eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2d ed. (Washington, DC: Disease Control Priorities Project, Fogarty International Center, National Institutes of Health, a publicarse); consultado en Internet en www.fic.nih.gov, el 29 de enero, 2005.
16. Naciones Unidas (ONU), "Millennium Development Goals," consultado en Internet en www.un.org/millenniumgoals, el 2 de diciembre, 2004.
17. Adam Wagstaff y Mariam Claeson, *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges* (Washington, DC: Banco Mundial, 2004): ix-xiv.
18. E.M. Forster, *Aspects of the Novel* (Orlando, FL: Harcourt, Inc., 1927).
19. Esta sección se basa en un excelente resumen elaborado por el Instituto Nacional del Cáncer, *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion* (2003), consultado en Internet en <http://cancer.gov>.
20. Kenneth R. McLeroy et al. "An Ecological Perspective on Health Promotion Programs," *Health Education Quarterly* 15, no. 4 (1988): 351-77.
21. James O. Prochaska et al., "In Search of How People Change: Application to Addictive Behaviors," *American Psychologist* 47, no. 9 (1992): 1102-14.
22. Irwin M. Rosenstock et al., "Social Learning Theory and the Health Belief Model," *Health Education Quarterly* 15, no. 2 (1988): 175-85.
23. Albert Bandura, *Social Foundations of Thought and Action* (Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986).
24. Lori Heise et al., "Ending Violence Against Women," *Population Reports*, Series L, no. 11 (1999).
25. Instituto Nacional del Cáncer, *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion*: 18.
26. Paolo Freire, *Pedagogy of the Oppressed* (Nueva York: Continuum, 1970.)
27. Saul Alinsky, *Rules for Radicals: A Pragmatic Primer for Realistic Radicals* (Nueva York: Vintage Books, 1971; edición revisada, 1989).
28. Instituto Nacional del Cáncer, *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion*: 22.
29. Robert E. Lande, "Performance Improvement," *Population Reports*, Series J, no. 52 (2002).
30. Everett M. Rogers, *Diffusion of Innovations*, 4th ed. (Nueva York: The Free Press, 1995).
31. Thomas W. Valente, "Social Network Thresholds in the Diffusion of Innovation," *Social Networks* 18 (1996): 69-89.
32. Muhiuddin Haider et al., "Diffusion of Innovation and FOMENT: A Synergistic Theoretical Framework in Health Communication," en *Global Public Health Communication: Challenges, Perspectives, and Strategies*, ed. Muhiuddin Haider (Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2005): 1-24.
33. Naomi Rutenberg y Susan Cotts Watkins, "The Buzz Outside the Clinics: Conversations and Contraception in Nyanza Province, Kenya," *Studies in Family Planning* 28, no. 4 (1997): 290-307.
34. Rogers, *Diffusion of Innovations*: 23-30.
35. Asha Mohamud, comunicación personal, 9 de marzo, 2005.
36. Robert Hornik y Emile McAnany, "Mass Media and Fertility Change," in *Diffusion Processes and Fertility Transition: Selected Perspectives*, ed. John Casterline (Washington, DC: National Academies Press, 2001): 208-39.
37. Elaine Murphy, reseña del libro de Arvind Singhal et al., eds., *Entertainment-Education and Social Change: History, Research and Practice*, en *Journal of Health Communications: International Perspectives* 10, no. 5 (en prensa).
38. Arvind Singhal et al., eds., *Entertainment-Education and Social Change: History, Research and Practice* (Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2004).
39. Miriam Jato et al., "The Impact of Multimedia Family Planning Promotion on the Contraceptive Behavior of Women in Tanzania," *International Family Planning Perspectives* 25, no. 2 (1999): 60-67.
40. Arvind Singhal et al., "Air Cover and Ground Mobilization: Integrating Broadcasts With Community Listening and Service Delivery in India," en *Entertainment-Education and Social Change: History, Research and Practice*, ed. Arvind Singhal et al. (Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2004): 351-75.
41. William A. Smith, "Social Marketing and Social Change in Public Health Communication," en *Global Public Health Communication: Challenges, Perspectives, and Strategies*, ed.

- Muhiuddin Haider (Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2005).
42. Josselyn Neukom y Lori Ashford, *Changing Youth Behavior Through Social Marketing: Program Experiences and Research Findings from Cameroon, Madagascar, and Rwanda* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2003).
 43. Judi Aubel et al., "Strengthening Grandmother Networks to Improve Community Nutrition: Experiences from Senegal," *Gender and Development* 9, no. 2 (2001): 62-73.
 44. Asha Mohamud et al., "Girls at Risk: Community Approaches to End Female Genital Mutilation and Treating Women Injured by the Practice," en *Reproductive Health and Rights: Reaching the Hardly Reached*, ed. Elaine Murphy (Washington, DC: PATH, 2002).
 45. PATH y Maendeleo Ya Wanawake, *Evaluating Efforts to Eliminate the Practice of Female Genital Mutilation: Raising Awareness and Changing Social Norms in Kenya* (Washington, DC: PATH, 2002).
 46. Jane N. Chege et al., *An Assessment of the Alternative Rites Approach for Encouraging Abandonment of Female Genital Mutilation in Kenya* (Nueva York: The Population Council, 2001).
 47. Instituto Nacional del Cáncer, *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion*: 11.
 48. Karen Glanz et al., "Linking Theory, Research and Practice," en *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, 2d ed., ed. Karen Glanz et al. (San Francisco: Jossey-Bass, Inc., 1997): 19-35.
 49. U.S. Centers for Disease Control and Prevention, *Healthy Youth!*, consultado en Internet en www.cdc.gov, el 4 de diciembre, 2004.
 50. Douglas Kirby, *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy* (Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2001).
 51. Tim Ensor y Stephanie Cooper, "Overcoming Barriers to Health Service Access: Influencing the Demand Side," en *Health Policy and Planning* 19, no. 2 (2004): 69-79.
 52. Debra L. Roter y Judith A. Hall, "Patient Provider Communication," en *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, 2d ed., ed. Karen Glanz et al. (San Francisco: Jossey-Bass, Inc., 1997): 206-26.
 53. Elaine M. Murphy y Kristina Gryboski, "The Importance of Client-Provider Interactions: Evidence from Family Planning Programs," en *Global Public Health Communication: Challenges, Perspectives, and Strategies*, ed. Muhiuddin Haider (Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2005): 199-216.
 54. John Bongaarts y Susan C. Watkins, "Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions," en *Population and Development Review* 22, no. 4 (1996): 639-82.
 55. Nahla Abdel-Tawab y Deborah Roter, "Provider-Client Relations in Family Planning Clinics in Egypt," *Population and Development Review* 22, no. 4 (1996): 639-82.
 56. Michael A. Koenig, *The Impact of Quality of Care on Contraceptive Use: Evidence from Longitudinal Data from Rural Bangladesh* (Baltimore: Johns Hopkins University, 2003): 6.
 57. Sharon Rudy et al., "Improving Client-Provider Interaction," *Population Reports*, Series Q, no. 1 (2003).
 58. Mi Kim Young et al., "Self-Assessment and Peer Review: Improving Indonesian Service Providers' Communication with Clients," *International Family Planning Perspectives* 26, no. 1 (2000): 4-12.
 59. Mi Kim Young et al., "Increasing Patient Participation in Reproductive Health Consultations: an Evaluation of 'Smart Patient' Coaching in Indonesia," *Patient Education and Counseling* 50, no. 2 (2003): 113-22.
 60. Ruth Levine et al., "Mobilizing Political Leadership and Champions Takes a Little Luck and a Lot of Preparation," en *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*, ed. Ruth Levine et al. (Washington, DC: Center for Global Development, 2005): 7.
 61. Elaine M. Murphy, *The Population Impact Project of Ghana: Reaching Out to Policymakers* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 1991).
 62. African Youth Alliance, consultado en Internet en www.ayaonline.org, el 21 de febrero, 2005.
 63. Donald Nutbeam y Elizabeth Harris, *Theory in a Nutshell: A Guide to Health Promotion Theory* (Nueva York: McGraw-Hill, 1999).
 64. John Walley et al., *Public Health: An Action Guide to Improving Health in Developing Countries* (Nueva York: Oxford University Press, 2001): 168.
 65. Banco Mundial, "Nutrition," *At-a-Glance* (Washington, DC: Banco Mundial, 2003): 1.
 66. The Micronutrient Initiative, *A Decade of Progress, A Lifetime of Hope*, consultado en Internet en www.micronutrient.org, el 28 de noviembre, 2004.
 67. Naciones Unidas, *A World Fit for Children*, informe de la Sesión especial sobre la infancia de la Asamblea General, 2002, consultado en Internet en www.unicef.org, el 2 de diciembre, 2004.
 68. ONUSIDA, *2004 Informe sobre la epidemia mundial del SIDA*, consultado en Internet en www.unaids.org, el 2 de diciembre, 2004.
 69. Edward C. Green, *Rethinking AIDS Prevention: Learning from Successes in Developing Countries* (Westport, CT: Praeger Publishers, 2003).
 70. Janice A. Hogle, ed., *What Happened in Uganda?* (Washington, DC: U.S. Agency for International Development (USAID), 2002).
 71. Arvind Singhal y Everett M. Rogers, *Combating AIDS: Communication Strategies in Action* (Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2002): 376.
 72. Joan Haffey, comunicación personal, 21 de febrero, 2005.
 73. Elaine M. Murphy y Margaret Greene, "Defending the ABCs: A Feminist Perspective" (2005, presentado para su publicación).
 74. ONUSIDA, "The IMAU AIDS Education Project in Uganda," *Mejores prácticas de ONUSIDA*, consultado en Internet en www.unaids.org, el 13 de noviembre de 2004.
 75. Rand Stoneburner y Daniel Low-Beer. "Population-Level HIV Declines and Behavioral Risk Avoidance in Uganda," *Science* 302, no. 30 (2004): 714-18.
 76. Rand Stoneburner et al., "Enhancing HIV Prevention in Africa: Investigating the Role of Social Cohesion on Knowledge Diffusion and Behavior Change in Uganda," presentación en la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Washington, DC, 2000.
 77. Hogle, *What Happened in Uganda?*
 78. CNN.com, "Study: Condoms keep AIDS in check in Uganda," consultado en Internet en www.cnn.com, el 9 de marzo, 2005.
 79. James D. Shelton, "Partner Reduction Remains the Dominant Explanation," carta al director en línea del *British Medical Journal*, consultado en Internet en <http://bmj.bmjournals.com>, el 9 de marzo, 2005.
 80. OMS, "Roll Back Malaria," consultado en Internet en <http://mosquito.who.int>, el 14 de noviembre, 2004.
 81. USAID, "Our Work: Malaria," consultado en Internet en www.usaid.gov, el 13 de noviembre 2004.

82. OMS, *Communication for Behavioural Impact to Roll Back Malaria* (Ginebra: OMS, 2002): i.
83. Academy for Educational Development (AED), "NetMark," consultado en Internet en www.netmarkafrica.org, el 14 de noviembre, 2004.
84. USAID, "Our Work: Malaria."
85. The Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria, consultado en Internet en www.theglobalfund.org, el 14 de noviembre, 2004.
86. UNICEF, *Estado mundial de la infancia 2005*, consultado en Internet en www.unicef.org, el 23 de enero, 2005
87. Banco Mundial, *Child Health at-a-Glance 1* (2002), consultado en Internet en www.worldbank.org, el 21 de noviembre, 2004.
88. Levine et al., *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*: 1.
89. UNICEF, *Facts for Life*, 3d ed. (Nueva York: UNICEF, 2002), citado en *Experience Linkages* (Washington, DC: AED, 2003).
90. AED, "Linkages Project," consultado en Internet en www.linkagesproject.org, el 22 de noviembre, 2004.
91. AED, *Experience Linkages*.
92. Cesar G. Victora et al., "Reducing Deaths from Diarrhoea through Oral Rehydration Therapy," *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 78, no. 10 (2000): 1246-55.
93. Rehydration Project, consultado en Internet en <http://rehydrate.org>, el 21 de febrero, 2005.
94. Ruth Levine et al., "Preventing Diarrheal Deaths in Egypt," en *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*, ed. Ruth Levine et al. (Washington, DC: Center for Global Development, 2004).
95. Victora et al., "Reducing Deaths from Diarrhoea through Oral Rehydration Therapy."
96. Bjarne Robberstad et al., "Cost-Effectiveness of Zinc as Adjunct Therapy for Acute Childhood Diarrhoea in Developing Countries," *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 82, no. 7 (2004): 523-31.
97. Abdullah H. Baqui et al., "Zinc Therapy for Diarrhoea Increased the Use of Oral Rehydration Therapy and Reduced the Use of Antibiotics in Bangladeshi Children," *Journal of Health, Population and Nutrition* 22, no. 4 (2004): 440-42.
98. OMS y UNICEF, *OMS/UNICEF Joint Statement on Clinical Management of Acute Diarrhoea* (Mayo 2004), consultado en Internet en www.who.int, el 4 de marzo, 2005.
99. OMS, sitio en Internet sobre la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), consultado en Internet en www.who.int, el 4 de marzo, 2005.
100. Jennifer Bryce et al., "The Multi-Country Evaluation of the Integrated Management of Childhood Illness Strategy: Lessons for the Evaluation of Public Health Interventions," *American Journal of Public Health* 94, no. 3 (2004): 406-15.
101. OMS, *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA* (Ginebra: OMS, 2004): 2.
102. Robert M. Hecht, "Foreword," in *Investing in Maternal Health: Learning from Malaysia and Sri Lanka*, ed. Alexander Preker (Washington, DC: Banco Mundial, 2003): xi-xiii.
103. Jerker Liljestrand y Kristina Gryboski, "Women Who Die Needlessly: Maternal Mortality as a Human Rights Issue," en *Reproductive Health and Rights: Reaching the Hardly Reached*, ed. Elaine M. Murphy (Washington, DC: PATH, 2002): 121-28.
104. Allen Rosenfield y Deborah Maine, "Maternal Mortality—A Neglected Tragedy: Where is the M in MCH?" *The Lancet* 2, (1985): 83-85.
105. Carla AbouZahr, "Safe Motherhood: a Brief History of the Global Movement 1947-2002," *British Medical Bulletin* 67 (2003): 13-25.
106. Indra Pathmanathan et al., *Investing in Maternal Health: Learning from Malaysia and Sri Lanka* (Washington, DC: The World Bank, 2003).
107. Marjorie A. Koblinsky and Oona Campbell, "Factors Affecting the Reduction of Maternal Mortality," en *Reducing Maternal Mortality: Learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica, and Zimbabwe*, ed. Marjorie A. Koblinsky (Washington, DC: Banco Mundial, 2003): 5-37.
108. Averting Maternal Death and Disability Network, consultado en Internet en <http://epmenet.columbia.edu>, el 15 de noviembre, 2004.
109. Therese McGinn, "Toward MDG 6: Reducing Maternal Mortality Globally," resumen presentado en octubre de 2004 ante el Global Health Council para su presentación en la conferencia del Global Health Council, del 31 de mayo al 3 de junio, 2005.
110. Kristina Gryboski, "Case Study: Indonesia's White Ribbon Alliance: Expanding Civil Society and Government Partnerships at Multiple Levels to Advocate for Maternal and Neonatal Health," report of Maternal and Neonatal Health Project (Baltimore: Johns Hopkins University, 2004).
111. Abou Zahr, "Safe Motherhood: a Brief History of the Global Movement 1947-2002."
112. Family Health International, *Women's Voices, Women's Lives: The Impact of Family Planning* (Arlington, VA: Family Health International, 2000).
113. Elaine M. Murphy, "Being Born Female is Dangerous to Your Health," *American Psychologist* 58, no. 3 (2003): 205-10; y Barbara Shane, *Family Planning Saves Lives*, 3d ed. (Washington, DC: Population Reference Bureau, 1997).
114. Elaine M. Murphy, "Diffusion of Innovations: Family Planning in Developing Countries," *Journal of Health Communication* 9, Supplement 1 (2004): 123-29.
115. Carl Haub, *Cuadro de la población mundial 2004* (Washington DC: Population Reference Bureau, 2004).
116. John Bongaarts, "The Role of Family Planning Programs en Fertility Decline," *Population Briefs* 2, no. 3 (1996).
117. Judith R. Seltzer, *The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries* (Santa Monica, CA: RAND, 2002): 1-44.
118. Everett M. Rogers et al., "A Radio Soap Opera's Effects on Family Planning Behavior in Tanzania," *Studies in Family Planning* 30, no. 3 (1999): 193-211.
119. Phyllis T. Piotrow y Esta de Fossrd, "Entertainment-Education as a Public Health Intervention," en *Entertainment-Education and Social Change*, ed. Arvind Singhal et al. (Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2004): 39-60.
120. D. Lawrence Kincaid, "From Innovation to Social Norm: Bounded Normative Influence," *Journal of Health Communication: International Perspectives* 9, Supplement 1 (2004): 37-57.
121. Seltzer, *The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries*: 33-34.
122. John Cleland, "Potatoes and Pills: An Overview of Innovation-Diffusion Contributions to Explanations of Fertility Decline," en *Diffusion Processes and Fertility Transition*, ed. John B. Casterline (Washington, DC: National Academies Press, 2001): 39-65.
123. Ver, por ejemplo, Andrea C. Gielen y Eileen M. McDonald, "The Precede-Proceed Planning Model," en *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, 2d ed., ed. Karen Glanz et al. (San Francisco: Jossey-Bass, Inc., 1997): 359-83.

Recursos sugeridos

Core Initiative. *Health Education in Primary Health Care Projects: A Critical Review*. Washington, DC: Child Survival Collaboration and Resources Group (CORE), 2004. Puede consultarse en Internet en www.coregroup.org.

Elder, John. *Behavior Change and Public Health in the Developing World*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2001.

Freire, Paulo. *Pedagogy of the Oppressed*. Nueva York: Continuum, 1970.

Grabman, Lisa Howard, et al. *How to Mobilize Communities for Health and Social Change*. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs. Puede consultarse en Internet en www.hpartnership.org.

Green, Edward C. *Rethinking AIDS Prevention: Learning from Successes in Developing Countries*. Westport, CT: Praeger Publishers, 2003.

Haider, Muhiuddin, ed. *Global Public Health Communication: Challenges, Perspectives, and Strategies*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2005.

Levine, Ruth, et al. *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*. Washington, DC: Center for Global Development, 2004.

National Cancer Institute. *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion* (actualizada el 27 de febrero, 2003). Puede consultarse en Internet en <http://cancer.gov>.

Pretty, Jules, et al. *Participatory Learning and Action: A Trainer's Guide*. Londres: International Institute for Environment and Development, 1995.

Rogers, Everett M. *Diffusion of Innovations*, 5th ed. Nueva York: The Free Press, 2003.

Singhal, Arvind, et al. *Entertainment-Education and Social Change: History, Research, and Practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 2004.

Walley, John, et al. *Public Health: An Action Guide to Improving Health in Developing Countries*. Nueva York: Oxford University Press, 2001.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe sobre la salud en el mundo 2002*. Ginebra: OMS, 2000. Puede consultarse en Internet en www.who.int.

Sitios en Internet recomendados

Proyecto CHANGE de la Academia para el desarrollo educativo (AED)
www.change.org

The Cochrane Library Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness
www.update-software.com/cochrane-frame

The Communication Initiative
www.comminit.com

Family Health International y la Universidad Johns Hopkins Health Information and Publications Network (HIPnet)
www.hopkinsmedicine.org

The Futures Group International, serie "What Works"
www.futuresgroup.com

Johns Hopkins University Center for Communication Programs
www.jhuccp.org

Population Reference Bureau
www.prb.org

Management Sciences for Health's Best Practices Consortium
www.msh.org

Program for Appropriate Technology in Health (PATH)
www.path.org

UNAIDS Best Practices Collection
www.unaids.org

USAID Knowledge for Development/Communities of Practice
<http://knowledge.usaid.gov/ss.html>

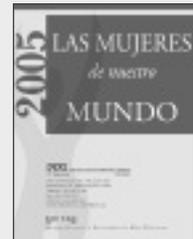
Publicaciones del PRB sobre salud y población

Para mayor información sobre temas de salud y población, a continuación se presentan varias publicaciones recientes del PRB, que pueden obtenerse impresas y en nuestro sitio en Internet.

Las mujeres de nuestro mundo 2005

por Lori Ashford y Donna Clifton

La cuarta edición del cuadro de datos del PRB *Las mujeres de nuestro mundo 2005* proporciona estimaciones actualizadas sobre la condición de la mujer y sus avances en salud reproductiva, educación, trabajo y vida pública. El aspecto positivo a resaltar es que las mujeres y las niñas en los países en desarrollo han registrado avances durante la última década en una serie de indicadores normalmente mensurables, incluida estar inscritas en una escuela. Sin embargo, las mujeres en todo el mundo continúan enfrentándose a desventajas económicas y sociales con relación a los hombres, y las desigualdades son mayores en los países más pobres. (2005) También puede obtenerse un resumen de 4 páginas, titulado “Evaluación de los avances logrados por la mujer”.



La prevención del cáncer cervical a nivel mundial

Alianza para la prevención del cáncer cervical

Con cientos de mujeres en todo el mundo que mueren anualmente a causa de este tipo de cáncer, la publicación resalta enfoques innovadores para reducir el impacto de esta enfermedad prevenible, especialmente en los países en desarrollo, donde se presentan 83% de todos los casos nuevos, y se producen 85% de las muertes atribuidas a esta causa. Este informe revisa la investigación realizada por las cinco entidades de la Alianza, sobre la seguridad, confiabilidad y eficacia en función del costo de las nuevas técnicas de prevención y tratamiento. (2004) También se incluye un resumen de 4 páginas “La prevención del cáncer cervical a nivel mundial”.

Un objetivo por alcanzar: Satisfacer la necesidad de planificación familiar en los países en desarrollo

por Dara Carr y Marya Khan

Este resumen de seis páginas revisa los problemas a los que nos enfrentaremos en el futuro para satisfacer la necesidad de planificación familiar en los países menos desarrollados. A pesar de los considerables logros en los programas de planificación familiar en los últimos 50 años, continúa existiendo una importante y persistente disparidad entre países en el acceso y uso de métodos anticonceptivos. Varios factores incrementan las dificultades para satisfacer la demanda, incluyendo el crecimiento de la población, la escasez de insumos y la insuficiencia de recursos económicos. Estos problemas no son insalvables, pero la creciente demanda torna esencial abordar las presentes deficiencias en los servicios de salud (2004).

Cómo mejorar la salud de los más pobres del mundo

por Dara Carr

Para más de 1.000 millones de personas que sobreviven con menos de \$1 dólar al día (una de cada seis personas en todo el mundo) los servicios de salud y los medicamentos modernos son algo totalmente inalcanzable, por lo que muchas iniciativas para mejorar la salud de las personas en pobreza extrema han fracasado. Este *Boletín de salud* examina aspectos de la disparidad entre pobres y ricos que juega un papel crucial en las disparidades de salud entre ambos, e incluye los enfoques para mejorar la salud de los más necesitados. (2004) También puede obtenerse un resumen de 4 páginas “Cómo mejorar la salud de los más pobres del mundo”.



Para solicitar publicaciones al PRB, favor de ponerse en contacto con:

Population Reference Bureau

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009

Correo electrónico: popref@prb.org • Internet: www.prb.org • Tel.: 202-483-1100 • Fax: 202-328-3937

PRB POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520
Washington, DC 20009 EE.UU.
202-483-1100; 202-328-3937 (fax)
popref@prb.org
www.prb.org