

Estrategias Comunitarias de Comunicación para la Salud (ECCOS) en una comunidad fronteriza del norte de México



MA ELENA ZERMEÑO ESPINOSA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

**Estrategias Comunitarias de
Comunicación para la Salud (ECCOS)
en una comunidad fronteriza del
norte de México**

Estrategias Comunitarias de Comunicación para la Salud (ECCOS) en una comunidad fronteriza del norte de México

MA ELENA ZERMEÑO ESPINOSA



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Primera edición 2018

D.R. © 2018 Universidad Autónoma de Baja California
Avenida Álvaro Obregón s/n, Segunda Sección
C.P. 21100, Mexicali, B.C.

Facultad de Ciencias Humanas
Cuerpo Académico “Procesos de Comunicación en Organizaciones e Instituciones
Sociales” -PROCOIS-

ISBN: 978-607-9490-60-7

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Contenido

Agradecimientos	7
Prólogo	9
<i>Preface to Estrategias comunitarias</i>	12
<i>References</i>	15
Presentación: La promoción de la salud fronteriza en Mexicali en un contexto globalizado	17
<i>Presentation: Promoting Border Health Service in Mexicali within a Globalized Context</i>	19
Introducción.....	23
Capítulo 1. Elementos conceptuales	29
1.1 <i>Comunicación para el desarrollo</i>	29
1.2 <i>Comunidad como espacio para el desarrollo</i>	41
1.3 <i>La Comunicación para la Salud: un aporte para el desarrollo</i>	50
Capítulo 2. Metodología y diagnóstico sociocultural de la Colonia Conjunto Urbano Orizaba de Mexicali, Baja California	69
2.1 <i>Perspectiva metodológica</i>	69
2.2 <i>Mexicali: una ciudad fronteriza de contrastes</i>	76
2.3 <i>A la colonia Conjunto Urbano Orizaba (CUO)</i>	79
Capítulo 3. Estrategias Comunitarias de Comunicación para la Salud (ECCOS)	119
3.1 <i>Algunas consideraciones</i>	120
3.2 <i>Plataformas conceptuales</i>	122
3.3 <i>ECCOS en eslabón</i>	126

Capítulo 4. Consideraciones finales	141
4.1 Conclusiones.....	141
4.2 Recomendaciones.....	145
Referencias.....	147
Anexos	157
<i>Encuesta</i>	157
<i>Tablas</i>	164

Agradecimientos

A todos los que me apoyaron en este maravilloso proceso: a Dios, por bendecirme, impulsarme y protegerme; a mi mamá Socorro Espinoza†, porque no he conocido gente tan entregada a sus hijos y a sus nietos como ella, fue mi fortaleza y mano derecha, cuidó a mis hijos cuando necesitaba viajar a Cuba o a la investigación de campo, y desde el cielo nos sigue abrigando.

A mi papá, Jorge Zermeño, quien me escucha, acompaña y fortalece con amor. A mis hijos, Marcos Abraham y Alejandra Donají, que son maravillosos y me respaldan en todo momento. A mi esposo, Marcos Chávez, que estuvo de principio a fin en esta fase crucial. A mis hermanos, Jorge Néstor y Miguel Ángel, quienes siempre me amparan y cuidan de mis hijos; de igual manera, a mi cuñada Angelita, así como a mis sobrinos Angelli y Alexander.

A mi Facultad de Comunicación de la Universidad de La Habana. A mi tutora, la doctora Rayza Portal, quien compartió conmigo su sabiduría y su tiempo libre para alcanzar la meta. A mi maestra, la doctora Hilda Saladrigas, por sus sabios consejos metodológicos y académicos.

A mis nueve estudiantes de Ciencias de la Comunicación que en conjunto creamos el programa de atención comunitaria “Unidad de Servicios Integrales en Comunicación (USIC)”; así como a mis compañeros de trabajo, amigos y becarios con quienes iniciamos UNICOM, otorgando servicios gratuitos para promover una salud integral, coordinados con la enfermera Leticia Gabriela Rodríguez Pedraza; entre ellos a: Carlos Alonso Ramírez Siqueiros, Susana Espinosa, Elsa Villegas, Teresa Ana Dueñas; Magdalena Torres, Daniel Sánchez, Alberto Álvarez, Karla Valenzuela y Janine Quijada, por mencionar algunos. A mi amiga Nayelli Nuñez por su invaluable colaboración en este libro, su acompañamiento en la revisión de galeras y en la mejoría de las gráficas.

Prólogo

La comunicación se reconoce cada vez más como un elemento central para la salud pública. Siempre ha sido importante, pero sin duda ahora se ha incrementado debido a un énfasis creciente en la prevención y la sensibilización de los “factores de riesgo” — que puedan afectar a nuestra salud en el futuro, incluso si se siente perfectamente bien hoy— y en enfermedades crónicas que deben ser manejadas durante un periodo de años. Aumentó también por la proliferación de canales a través de los cuales circulan en la esfera pública la información de salud y los mensajes que pueden afectar a la misma —positiva o negativamente.

La importancia de la comunicación también se relaciona con la complejidad de los factores que afectan la salud y la enfermedad, y por la amplia gama de intereses y perspectivas que están involucrados en los campos sociales de la salud y la medicina. La salud y la enfermedad se generan no sólo por procesos biológicos, sino por la economía, la política, la cultura y la tecnología. El enfoque transdisciplinario del proyecto ECCOS descrito en estas páginas se basa en el reconocimiento de esta realidad. La importancia adquirida por los múltiples tipos de comunicadores de salud —ya sean académicos, periodistas, funcionarios de salud pública, activistas u organizadores comunitarios— se debe en parte a su papel en la mediación entre las diferentes concepciones de salud y enfermedad arraigadas en estos distintos sistemas o conjuntos de fuerzas.

El proyecto ECCOS también encaja en una fuerte tradición latinoamericana de entender la salud no sólo en términos individuales, sino en el contexto social como un producto de las fuerzas políticas, económicas y culturales. Esta perspectiva está presente en todo el mundo; en Estados Unidos ha sido articulada por Howard Waitzkin (2011),

entre otros. Sin embargo, se desarrolló sobre todo en América Latina, vinculada a los conceptos de “epidemiología social” y “salud colectiva” por estudiosos como Eduardo Menéndez en México (Menéndez, 1981; Menéndez y Dipardo, 1996), Jaime Breilh (2003) en Ecuador, y Hugo Spinelli (2010) en Argentina. El proyecto ECCOS, basado en una amplia investigación detallada sobre la realidad social del Conjunto Urbano Orizaba, es un buen ejemplo de lo que esta perspectiva ofrece en la práctica.

Un elemento clave de este enfoque es su énfasis en la participación y el diálogo; en ese sentido, cabe dentro de una larga tradición de América Latina, influenciado entre otros por Paulo Freire, que se basa en la premisa de que “desarrollo” requiere la participación popular y la movilización, y la convicción de que las clases populares tienen ideas importantes para llevar a cualquier proceso de desarrollo. Esto es algo que a menudo se olvida en Comunicación para la Salud.

En el campo de la salud, el tipo de conocimiento que se produce por la ciencia biomédica tiene autoridad única. Éste es apropiado, por supuesto —pero también puede conducir a un excesivo énfasis en los modelos verticales de arriba hacia abajo de Comunicación para la Salud que resultan muy problemáticos.

Hallin y Briggs (2015) sostienen que los modelos de transmisión lineales de comunicación, en tanto transferencia unidireccional de conocimientos —precisamente el tipo de modelos criticados por Freire— son comunes en el campo de la Comunicación para la Salud; sin embargo, no representan su verdadera complejidad y pueden producir consecuencias negativas cuando se toma como una guía para las intervenciones. Tienden a ignorar la complejidad de los problemas de salud, reduciéndolos a dimensiones en las que la ciencia biomédica puede producir fácilmente el conocimiento, por lo general a nivel individual. Ellos no dejan lugar a las ideas y perspectivas que la gente común puede aportar a la resolución de los problemas de salud, y a menudo, por lo tanto, provocan resistencia. Y ellos producen una imagen cultural de los laicos como ignorantes acerca de la salud (Briggs y Hallin, 2016).

Con frecuencia esta imagen de laico ignorante se centra en determinados tipos de personas, en las poblaciones marginadas, incluidos los pobres y las minorías étnicas. Y de esta manera es probable que

promueva la exclusión y la desigualdad de trato, incluso cuando la comunicación unidireccional se lleva a cabo con la intención de reducir la desigualdad mediante la educación sanitaria.

Briggs y Mantini-Briggs (2003; 2016) cuentan dos historias particularmente dramáticas, ambas de las zonas indígenas de Venezuela, que ilustran las consecuencias para la salud pública derivadas de la estigmatización de las personas marginadas como ignorantes. La primera narra una epidemia de cólera en la que los indígenas fueron estigmatizados por los medios y las autoridades de salud pública como responsables de la epidemia debido a su supuesta ignorancia de las prácticas de la ciencia médica y de higiene, un conjunto de supuestos que dificultó la respuesta de salud pública y distrajo acerca de la responsabilidad de las autoridades políticas sobre la falta de inversión en la salud pública y la infraestructura ambiental en las zonas indígenas.

El segundo libro relata la aparición de una enfermedad misteriosa por la cual murieron niños pequeños en la misma zona en años posteriores, un problema de salud cuya solución parece simple en retrospectiva, pero que nunca fue resuelto porque las autoridades de salud no estaban dispuestas a escuchar las historias contadas detalladamente por los padres desesperados de la comunidad.

En nuestra propia investigación en Estados Unidos (Briggs y Hallin 2016) encontramos una tendencia más sutil. Los reportes noticiosos sobre la salud en las comunidades marginadas, incluidas las comunidades latinas, hizo hincapié en la necesidad de educación sanitaria para superar las “barreras culturales” que tienden a afectar la salud de las comunidades. Este énfasis se introdujo con muy buenas intenciones, con frecuencia por los profesionales de la salud de los latinos. Pero tiende a oscurecer las condiciones estructurales que afectan a la salud de estas comunidades, y para limitar su voz, ya que se supone que carecen de conocimientos sobre la salud.

Obregón y Waisbord (2010: 42) escriben sobre estrategias de “movilización social” como una posible alternativa al modelo de arriba hacia abajo de la Comunicación para la Salud:

[...] la movilización social no se trata simplemente de depender de organizaciones de la comunidad, sino que tiene que ser informado por el reconocimiento de sus especificidades locales, incluyendo las necesidades de salud, percepciones y

actitudes *vis-a-vis* de los servicios de salud, estructuras y dinámicas de poder local y participación, así como el papel de los líderes locales [...] Sin empoderamiento, es decir, el proceso por el cual comunidades locales ganan control sobre las decisiones y creen que sus acciones son directamente relevantes para la mejora de las condiciones de salud, es poco probable que [la movilización social] sea eficaz o sostenible.

ECCOS es un buen ejemplo de un experimento para crear este tipo de diálogo y cooperación entre los residentes locales y expertos externos, en torno a una alianza Universidad-comunidad.

*Daniel C. Hallin*¹

Preface to Estrategias comunitarias

Communication is increasingly recognized as central to public health. It has always been important, but its importance is no doubt increasing now, with increased emphasis on prevention and awareness of “risk factors” —which may affect our health in the future, even if we feel perfectly well today— and on chronic diseases that must be managed over a period of years. It is increased, too, by the proliferation of channels through which health information and messages that may affect health —positively or negatively— circulate in the public sphere. The importance of communication is also related with the complexity of the factors that may shape health and illness, and by the wide range of interests and perspectives that are involved in the social fields of health and medicine. Health and illness are shaped not only by biological processes, but by economics, politics, culture and technology. The trans-disciplinary approach of the ECCOS project described in these pages is based on the recognition of this reality. The importance of health communicators of many kinds —whether they are academics, journalists,

1. Ph. D. in Political Science. Professor, Department of Communication, University of California, San Diego (UCSD). Miembro fundador de la Asociación Binacional de Escuelas de Comunicación de las Californias (Binacom); recientemente investiga sobre la mediatización de la salud y la medicina.

public health officials, lay activists or community organizers— arises in part from their role in mediating among the different understandings of health and illness rooted in these different sets of forces.

The ECCOS project also fits into a strong Latin American tradition of understanding health not purely in individual terms, but in social context, as a product of political, economic and cultural forces. This perspective is present worldwide; in the United States it has been articulated by Howard Waitzkin (2011), among others. But it is particularly developed in Latin America, articulated in the concepts of “epidemiología social” and “salud colectiva” by such scholars as Eduardo Menendez in México (Menendez, 1981; Menendez & DiPardo, 1996), Jaime Breilh (2003) in Ecuador, and Hugo Spinelli (2010) in Argentina. The ECCOS project, based on broad detailed research on the social reality of the Conjunto Urbano Orizaba, is a strong example of what this perspective looks like in practice.

A key element of this approach is its emphasis on participation and dialogue; in that sense it fits within a long Latin American tradition, influenced among others by Paulo Freire that is based on the premise that “development” requires popular participation and mobilization, and the conviction that the popular classes have important ideas to bring to any developmental process. This is something that is often forgotten in health communication. In the field of health, the kind of knowledge produced by biomedical science has unique authority. This is appropriate, of course—but it can also lead to an overemphasis on top-down models of health communication that prove highly problematic—. As Hallin and Briggs (2015) argue, linear transmission models of communication as a one-way transfer of knowledge—precisely the kinds of models criticized by Freire—are common in the field of health communication. These models fail to represent the real complexity of health communication, however, and can produce negative consequences when taken as a guide for interventions. They tend to ignore the complexity of health issues, reducing them to dimensions on which biomedical science can readily produce knowledge—usually individual-level dimensions—. They leave no room for the insights and perspectives ordinary people can bring to the resolution of health problems, and often, therefore, produce resis-

tance. And they produce a cultural image of lay people as ignorant about health (Briggs & Hallin, 2016).

Often this image of lay ignorance is focused on particular kinds of people, on marginalized populations, including the poor and ethnic minorities. And in this way it is likely to promote exclusion and unequal treatment—even where one-way communication is undertaken with an intention to reduce inequality through health education—. Briggs and Mantini-Briggs (2003; 2016) tell two particularly dramatic stories, both from indigenous areas of Venezuela, illustrating the kinds of public health consequences that can flow from the stigmatization of marginalized peoples as ignorant. The first recounts a cholera epidemic in which indigenous people were stigmatized by both media and public health authorities as responsible for the epidemic due to their supposed ignorance of medical science and hygiene practices, a set of assumptions which hampered the public health response and distracted from the responsibility of political authorities for the lack of investment in public health and environmental infrastructure in indigenous areas. Their second book recounts the emergence of a mysterious illness killing young children in the same area years later, a health problem whose solution seems simple in retrospect, but which was never solved because health authorities were unwilling to listen to the stories told—and carefully assembled—by desperate parents in the community. In our own research on the United States (Briggs & Hallin, 2016) we found a subtler tendency. News reports on health in marginalized communities, including Latino communities, emphasized the need for health education to overcome “cultural barriers” that are understood to affect the health of those communities. Often this emphasis was introduced with very good intentions, frequently by Latino health professionals. But it tended to obscure structural conditions that affect the health of these communities, and to limit their voice, as they were assumed to lack health knowledge.

Obregón and Waisbord (2010: 42) write about strategies of “social mobilization” as a potential alternative to the top-down model of health communication:

Social mobilization is not simply about relying on community organizations; rather it needs to be informed by the recognition of local distinctiveness, including health needs, perceptions and attitudes *vis-a-vis* health services, structures and dynamics of local power and participation, and the role of local influencers [...] Without local empowerment, that is, the process by which local communities gain control over decisions and believe that their actions are directly relevant to improvement of health conditions [Social mobilization] is unlikely to be effective or sustainable.

ECCOS is a fine example of an experiment to create this kind of dialogue and cooperation between local residents and outside experts, centered around a University-community partnership.

Daniel C. Hallin

References

- Breilh, Jaime. (2003). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- . (2008). América Latina Crítico ('Social') Epidemiología: Una nueva configuración para un viejo sueño. *International Journal of Epidemiology*, No. 37, pp. 745-750.
- Briggs, Charles L., y Clara Mantini-Briggs. (2003). *Las historias en los tiempos del cólera: Racial Profiling durante una pesadilla médica*. Berkeley: University of California Press.
- . (2016). *Tell Me Why mis niños murieron: La rabia, el conocimiento indígena y comunicativo. Justicia*. Durham: Duke University Press.
- Hallin, Daniel C., y Charles L. Briggs. (2015). Superando la oposición medicina/medios de comunicación en la investigación sobre cobertura de noticias de salud y medicina. *Medios de Comunicación, Cultura y Sociedad*, 37(1): 85-100.
- Menéndez, Eduardo L. (1981). *Poder, estratificación y salud: Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: La Casa Chata.
- Menéndez, Eduardo L., y Renée B. Di Pardo (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes: Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: CIESAS.
- Obregón, Rafael, y Silvio Waisbord. (2010). La complejidad de la movilización social en comunicación en salud: Top-down y experiencias de abajo hacia

arriba en la erradicación de la poliomielitis. *Journal of Health Communication*, No. 15, pp. 25-47.

Spinelli, Hugo. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3): 275-293.

Waitzkin, H. (2011). *Medicina y salud pública en el fin del imperio*. Boulder, CO: Paradigma.

Presentación: La promoción de la salud fronteriza en Mexicali en un contexto globalizado

Manuel de Jesús Hernández-G.¹

Habiendo cumplido el 14 de marzo de 2018, 115 años de su fundación en 1903 y con una población de cerca de un millón de habitantes, la ciudad de Mexicali, capital de Baja California, sigue siendo el foco de la investigación interdisciplinaria y, como resultado, la ciudad se continúa perfilando en las ciencias humanas vía la historia y los textos literario-culturales. Nada más en este milenio se le ha descrito de manera parcial en el libro de historia en dos tomos *Baja California: Un presente con historia* (2002) de Catalina Velásquez Morales, de manera extensa en el texto cultural *Mexicali: un siglo de vida artística y cultural, 1903-2003* (2003) de Gabriel Trujillo Muñoz y de manera alegórica en *Berlín 77 y otros relatos* (2003) de Carlos Adolfo Gutiérrez Vidal.

Ahora, en el libro *Estrategias Comunitarias de Comunicación para la Salud (ECCOS) en una comunidad fronteriza del norte de México* (2018) de Ma Elena Zermeño Espinosa, se detalla de manera minuciosa y extensa la colonia Conjunto Urbano Orizaba, en Mexicali, cuyo microcosmos

1. Doctor en Letras Hispánicas y Humanidades. Profesor Asociado. Estudios Chicanos en Español, Spanish Program, School of International Letters and Cultures, Arizona State University. Miembro fundador de la Red Internacional de Investigadores de la Frontera (RIIF). Ph.D. in Spanish and Humanities.

no sólo puede ser el macrocosmos de toda la ciudad, sino de cada una de las ciudades fronterizas mexicanas desde Tijuana hasta Matamoros.

Respecto a la investigación sobre el promover la salud entre los mexicalenses, sus necesidades y sus desafíos, se interpreta en este libro dentro del contexto de las teorías de desarrollo económico (sociedades desarrolladas, en vías de desarrollo y marginadas); así como desde la perspectiva de varias teorías de la comunicación, enfocando la aplicabilidad de tres conceptos: el equipo transdisciplinario, la comunicación para el desarrollo (CpD) y la Comunicación para la Salud (CS). En un lenguaje altamente teórico pero ágilmente desenvuelto para el lector común, Zermeño Espinosa logra la exégesis vía una introducción, tres ricos capítulos y una conclusión, los cuales la investigadora enriquece con un gran número de gráficas para compartir y explicar las estadísticas.

El capítulo 1, “Elementos conceptuales”, traza el origen de la CpD al fin de la Segunda Guerra Mundial y se adhiere a la perspectiva del boliviano Luis Ramiro Beltrán. Luego llama nuestra atención a las teorías del desarrollo económico, como iniciadas a partir de la Primera Guerra Mundial, para por fin sumarse a la perspectiva actual del peruano Mario D. Tello, quien enfoca el desarrollo económico local, el cual se presta para estudiar un espacio fronterizo.

A partir de ambos contextos, Zermeño Espinosa retorna a las teorías de Beltrán para discurrir y detallar la CpD y la CS, centrándolas en ciertas teorías de las ciencias de comunicación que pueden ser útiles para promover la salud. Acude a teóricos españoles, cubanos, mexicanos y estadounidenses, aunque retorna una y otra vez a: Luis Ramiro Beltrán, John Thompson, Pierre Bourdieu, Guillermo Orozco, Paulo Freire y Gloria Coe. Por su manejo, las teorías económica y comunicativa y los estudios de la práctica en ambos campos (conducidos por las Naciones Unidas, varios países de Europa, América Latina y Estados Unidos) internacionalizan a Mexicali.

En el capítulo 2 se aplica la metodología desenvuelta en el capítulo anterior y se ofrece un diagnóstico sociocultural del Conjunto Urbano Orizaba. Dentro de ello, procede a examinar la promoción de la salud entre los mexicalenses. Una densa historia de la ciudad de Mexicali, las enfocadas y detalladas estadísticas, las entrevistas de los residentes de

la colonia Conjunto Urbano Orizaba y los testimonios de los docentes de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC) producen en el lector el sentimiento de convivir con las y los ciudadanos fronterizos. Es decir, uno se siente como parte integral de los residentes de dicha colonia. En otro efecto, las repetidas referencias a las teorías planteadas en el primer capítulo marcan la coherencia teórica y temática de esta investigación.

A continuación, en el capítulo 3, “Estrategias Comunitarias de Comunicación para la Salud (ECCOS)”, se asientan los esfuerzos por parte de la UABC en promover la salud entre las y los residentes de esta colonia con base en un equipo de trabajo transdisciplinario. Al enfocar el papel de los residentes, el Gobierno, los negocios, los estudiantes y docentes universitarios, y los medios de comunicación (la televisión, la radio, los periódicos), el capítulo ofrece un definitivo y constructivo plan que se puede aplicar a cualquier ciudad fronteriza. Similar a los capítulos anteriores, éste se desenvuelve dentro de varias investigaciones existentes, lo cual refuerza el valor del equipo transdisciplinario.

En el último capítulo se ofrecen varias conclusiones y tres recomendaciones altamente valiosas para cualquier ciudad fronteriza, o para cualquier ciudad de 400,000 habitantes o más. Puede, por lo tanto, cualquier proyecto urbano aplicar el plan presentado en el libro para promover la salud y el bienestar de sus residentes.

El libro *Estrategias Comunitarias de Comunicación para la Salud (ECCOS) en una comunidad fronteriza del norte de México* brinda una lectura ricamente teórica pero fácil de leer y, por la materia tratada, promete convertirse en un texto fronterizo clásico. Además, continúa el proyecto cultural de perfilar a Mexicali en las ciencias humanas.

Presentation: Promoting Border Health Service in Mexicali within a Globalized Context

Having celebrated, on March 14, 2018, 115 years of its founding in 1903 and with a population of about one million inhabitants, the city of Mexicali, the capital of Baja California, remains the focus of interdisciplinary research and, as a result, the city continues growing its profile

in the human sciences via history and literary-cultural texts. Just in the beginning of this millennium, Mexicali has been partially described in the two-volume history book *Baja California: un presente con historia* (2002; *Baja California: A Present with a History*) by Catalina Velásquez Morales, extensively portrayed in the cultural text *Mexicali: un siglo de vida artística y cultural, 1903-2003* (2003; *Mexicali: A Century of Artistic and Cultural Life, 1903-2003*) by Gabriel Trujillo Muñoz, and allegorically defined in *Berlín 77 y otros relatos* (2003; *77 Berlin and Other Stories*) by Carlos Adolfo Gutiérrez Vidal.

Now, the book *Estrategias Comunitarias de Comunicación para la Salud (ECCOS) en una comunidad fronteriza del norte de México* (2018; *Community Strategies to Health Communication —ECCOS— inside a Border Community in Northern Mexico*) by Ma Elena Zermeño-Espinosa describes thoroughly and extensively the “Colonia Conjunto Urbano Orizaba”, in Mexicali, whose microcosm cannot only be the macrocosm of the whole city, but that of each and every Mexican border city from Tijuana to Matamoros.

With respect to research on promoting health services among Mexicali citizens, their needs and challenges, this book interprets an inquiry within the context of economic theories of development (developed, developing, and marginalized societies) as well as from the perspective of various communication theories, focusing on the applicability of three concepts: a transdisciplinary team, communications for development (CpD), and communications for health (CS). In a highly theoretically yet easy to read language for the common reader, Zermeño-Espinosa unfolds her study via an introduction, three content-loaded chapters, and a conclusion, which Zermeño-Espinosa enriches with a large number of graphics in order to share and explain all relevant statistics.

Chapter 1, “Elementos conceptuales”, or Conceptual Elements, traces the origin of CpD back to the end of World War II and adheres to the perspective of Bolivian Luis Ramiro Beltrán. Then, Zermeño-Espinosa calls our attention to the theories of economic development as introduced from the World War I forward, and finally accepts the current perspective established by the Peruvian Mario D. Tello, who focuses on local economic development, which lends itself to the study of border space.

Fortified with both contexts, Zermeño-Espinosa returns to the theories of Beltrán in order to discuss and detail CpD and CS, anchoring them on theories associated with Communication Sciences that are useful for promoting health services. She reaches out to Spanish, Cuban, Mexican, and American theorists, yet she returns time after time to: Luis Ramiro Beltrán, John Thompson, Pierre Bourdieu, Guillermo Orozco, Paulo Freire, and Gloria Coe. Through repeated quotes from economic and communicative theories as well as from studies on practices in both fields (carried out by the United Nations, many countries in Europe and Latin America, and United States) Zermeño-Espinosa globalizes health care in Mexicali.

In Chapter 2, the researcher applies the methodology developed in the previous chapter and provides a socio-cultural diagnostic of the community named Colonia Conjunto Urbano Orizaba. Within this context, Zermeño-Espinosa proceeds conscientiously to study the promotion of health services among Mexicali citizens. A rich history of the city, focused and detailed statistics, interviews of residents in the urban community, and testimonies from professors at the Universidad Autónoma de Baja California (UABC, Autonomous University of Baja California) produce in the reader the feeling of living among the border citizens. That is, one feels like an organic member of this community. In another effect, repeated references to the theories raised in the first chapter forge theoretical and thematic coherence in this study.

Next, Chapter 3, “Estrategias Comunitarias de Comunicación para la Salud (ECCOS),” or Community Strategies to Health Communication (ECCOS), focuses now the efforts on the part of the UABC in promoting health services among of this community residents via the use of a transdisciplinary team. Since it focuses the role of residents, government, businesses, college students, and professors, and the media (television, radio, newspapers), chapter 3 offers a definitive and constructive plan that can be applied to any border town. Similar to the previous chapters, this one unfolds within the context of existing research, which reinforces the value of a transdisciplinary team.

The final chapter offers several conclusions and three highly valuable recommendations for a border city, or a city of 400,000 inhabitants or more. Any urban project, who follows closely the theoretical under-

pinnings and recommendations in the study, can implement the plan presented in the book for promoting health services and the well-being of the residents.

Finally, the book *Estrategias Comunitarias de Comunicación para la Salud (ECCOS) en una comunidad fronteriza del norte de México*, or Community Strategies to Health Communications inside a Border Community in Northern Mexico, provides a richly theoretical reading, yet easy to read, and, due to its subject matter, promises to become a classic border text. In addition, the book continues the cultural project of profiling Mexicali in the Human Sciences.

Manuel de Jesús Hernández-G.

Introducción

El presente determina la serie
de las futuras posibilidades
(Heisenberg, 1958: 58,
en Martínez Miguélez, 1999: 4)

En todo cambio y evolución de la sociedad, la comunicación permite unir esfuerzos y, en el mejor de los casos, establecer acuerdos en los términos más convenientes para los interactuantes. La comunicación practicada en sus distintos niveles, desde la interpersonal hasta la masiva, se asume con diferentes usos y posturas, según la perspectiva que tomen los interlocutores, lo que define el tipo de relación entre ellos; es decir, el de dominar o negociar, imponer o entender los mensajes de cada participante para lograr influir en el otro u obtener significados compartidos; una relación sinérgica (Zermeño, 2004: 15), mejor aún, la coordinación de acciones para la creación de nuevas posibilidades transformadoras.

En el caso de la salud, resulta apremiante esta coordinación de acciones dadas las altas cifras de enfermedades crónicas degenerativas declaradas a escala mundial, de las que México no es la excepción, ni Baja California, con primer lugar en obesidad infantil y entre los primeros diez lugares de cáncer de mama. Mexicali, la capital del Estado, cuenta con retos de salud, como los ya mencionados, y otros de carácter endógeno, derivados de los climas extremos: el alérgico polvo por las escasas lluvias y el consumo excesivo de cerveza “justificado” por el “insoportable” verano, entre otros aspectos.

Si bien existen varias acciones de las instituciones de salud para prevenir enfermedades, éstas no logran su objetivo en cada una de las colonias; y si se tiene en cuenta que la universidad debe encaminar

hacia la sociedad sus conocimientos, destrezas, habilidades y descubrimientos a través de estudiantes, maestros e investigadores, ya sea con la prestación de servicio social, práctica profesional o con modelos, para favorecer la interrelación y el desarrollo comunitario, no es casual que se proponga, desde las Ciencias de la Comunicación, aportar estrategias adecuadas para que dichas acciones lleguen a la población y ésta se las apropien, lo cual, advierten los médicos, no es tarea fácil.

Por lo anterior, en Mexicali se han emprendido acciones gubernamentales y universitarias para promover la salud y prevenir enfermedades, como campañas de vacunación, detección oportuna de cáncer, diabetes e hipertensión arterial, talleres de prevención de adicciones, programas de prevención del sida y otras intervenciones comunitarias.

En lo particular, la colonia Conjunto Urbano Orizaba, de Mexicali, Baja California, servirá de escenario al presente estudio, toda vez que cuenta con una población contrastante: familias con ingresos en dólares por trabajar en el país vecino, lo que les permite tener viviendas en óptimas condiciones; pero también existen casas con pisos de tierra y letrinas insalubres, entre otras peculiaridades que requieren atención.

Dicho estudio inicia con el diagnóstico sociocultural necesario para alcanzar el *objetivo principal* de fundamentar una propuesta teórico-metodológica que permita implementar Estrategias Comunitarias de Comunicación para la Salud (ECCOS) en la comunidad del Conjunto Urbano Orizaba (CUO) de Mexicali, Baja California, de manera tal que facilite la construcción social de sentidos favorables hacia una salud integral, desde una visión participativa; por lo que una de las *preguntas de investigación* refiere cómo debe ser la Comunicación para la Salud en esta comunidad para lograr dicha condición.

La *Comunicación para la Salud* se ha definido como un proceso que busca la interacción directa e indirecta entre los diferentes sectores, instituciones e integrantes que conforman el CUO o la sociedad, para facilitar la construcción de sentidos favorables para su salud, así como la vinculación y la transdisciplina en relación con la Promoción para la Salud integral, suscitando una participación activa de la comunidad y abarcando los contextos socioculturales e históricos en que se encuentran inmersos.

El *diseño de la investigación* se configura con un *enfoque cualitativo*, bajo el *método de etnografía a través del estudio de caso único, inclusivo y descriptivo –interpretativo*, con el objeto de caracterizar las prácticas comunicativas encaminadas a la salud del CUO y, a partir de su análisis crítico, proponer un modelo que facilite la construcción de sentidos favorables para su salud.

Se parte de un conjunto de teorías que se sistematizan en el documento; además la propuesta está respaldada por el trabajo comunitario que inició la autora hace 27 años, dentro del ámbito comunicacional, ya que en 1991 realizó el programa de radio llamado *Micrófono Abierto*, transmitido por *Radio Universidad*, el cual apoyaba a niños con problemas de aprendizaje y lenguaje que asistían al Centro Interdisciplinario de Atención Educativa a la Comunidad (CIAEC), perteneciente a la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Autónoma de Baja California, con el que se impulsaba el hábito de lectura y la investigación, incluso en niños del Valle de Mexicali que contaban con todas sus habilidades cognoscitivas.

Con dicho programa de radio, de igual manera se fortalecía la formación profesional de los estudiantes que participaban en su producción, ya que aprendían a convocar a los niños, consensuar los temas con ellos, establecer una agenda para investigar los temas acordados, reunir a los niños con sus investigaciones realizadas, manejar grupos, hacer entrevistas a padres de familia y maestros, realizar las grabaciones y hacer los guiones técnicos para la edición del programa (Zermeño, 2006d: 277).

Específicamente, en el trabajo interdisciplinario y en el área de la Comunicación para la Salud, se cuenta con la experiencia de diez años de labor interdisciplinaria con psicólogos, educólogos y sociólogos dentro del CIAEC; más otros trece años de vinculación con médicos, enfermeras, abogados, licenciados en deportes, artes y otros,

quienes han participado en la implementación de estrategias de comunicación y educación para la salud del CUO en el centro de atención denominado *La Universidad en la Comunidad* (UNICOM), del cual es fundadora, por invitación del entonces director de la Facultad de Ciencias Humanas, para atender la petición del Rector de la UABC (Zermeño, 2009b: 5).

Los esfuerzos interdisciplinarios vertidos en la UNICOM también se han llevado a otras colonias de Mexicali, a su Valle e incluso a San Felipe y Ensenada, Baja California, México; pero este documento se enfoca en lo realizado en el CUO.

Entre los principales resultados, se puede mencionar que los residentes cuentan con organismos de todas las instituciones, en su colonia o en colonias aledañas: planteles educativos desde preescolar hasta preparatoria; iglesias; oficinas de gobierno (SEP), centros de salud, DIF estatal y municipal; familias integradas o desintegradas; la distribución de hombres y mujeres se encuentra cercana al equilibrio. La población presenta múltiples contrastes, tanto en su nivel escolar, como en el tipo de empleo que la sustenta, la calidad de construcción de sus viviendas y la unidad familiar o vecinal. También se observa aislamiento social, debido a las cotidianas problemáticas de inseguridad: robo, vandalismo, drogadicción y otros; sin embargo, sus instituciones promueven el encuentro.

Algunas conclusiones son: los ingresos económicos familiares favorecen el acceso a servicios de salud. Una paradoja del CUO quedó evidenciada por el grupo focal al denunciar que no hay congruencia entre la apariencia de algunos niños, sus bienes materiales y su alimentación, ya que se muestran descuidados en su higiene personal, pero poseen aparatos electrónicos de última generación (*ipod* y celulares). Sus hábitos alimentarios generalmente se basan en comidas enlatadas o comida chatarra, por lo que no tienen una alimentación saludable. Esto se debe a que las madres trabajan, a la falta de conciencia de sí mismos y de principios saludables. No obstante, a través de las madres de familia, los médicos, los líderes de opinión (formales e informales) y las instituciones, pueden acceder a los demás miembros de la familia para promover su salud integral. Los líderes de opinión entrevistados tienen claro que la salud consiste en alimentar sanamente su cuerpo, su espíritu y sus emociones; igualmente, están conscientes de su responsabilidad al respecto.

Por dichas razones, se propone el modelo Estrategias Comunitarias de Comunicación para la Salud (ECCOS), cuya esencia consiste en integrar, con el mayor acierto posible, todas las formas probables de hacer comunicación en pro de la salud, e incluir a las instituciones

para que tomen acuerdos sobre cómo implementar los programas en torno al tema, y por supuesto, es imprescindible la participación de algún integrante de la familia o de todos. La institución educativa universitaria es la mediadora, ya que la gente otorga legitimidad y reconocimiento a la Universidad, por colaborar con el crecimiento del Estado; cuando realiza trabajo comunitario, lo hace con miras a regresar a la sociedad lo mucho que ésta le contribuye. Por otra parte, subsisten reservas frente a las instituciones de gobierno, pues generalmente se preocupan por ofrecer números como indicadores de impacto social, sin detenerse en la procuración de una verdadera apropiación de los programas o campañas de salud.

El documento se compone de tres capítulos relacionados con los elementos conceptuales, la metodología y el perfil sociocultural de la unidad de análisis y la propuesta de Estrategias Comunitarias de Comunicación para la Salud (ECCOS).

El primer capítulo ofrece una aproximación a la comunicación para el desarrollo y a la comunidad como espacio para su objetivación, donde se interrelacionan la cultura, las teorías socioculturales y la comunicación comunitaria; asimismo se hace un recorrido del estado de arte de la Comunicación para la Salud, las formas que adopta, los programas, redes y planes mundiales, nacionales y locales, en relación con la salud; así como su abordaje transdisciplinario.

El segundo capítulo explica los aspectos metodológicos, la caracterización de la ciudad de Mexicali, el perfil sociocultural del estudio de caso, aspectos de la salud en el CUO y sus prácticas comunicativas. El tercer capítulo aborda las mediaciones, la interacción y la transdisciplina, retomadas como fundamentos teórico-metodológicos que sirven de sustento a la propuesta que se formula y establecen las posibilidades de implementación de ECCOS.

Lo novedoso de ECCOS radica en dos aspectos: primero, en la vasta caracterización que logra del perfil sociocultural de la comunidad objeto de estudio, partiendo de la integración de múltiples indicadores: de salud, sociodemográficos, psicológicos, culturales, institucionales y comunicativos. Segundo, en la propuesta y fundamentación de una estrategia de comunicación que incorpora elementos de carácter interactivo-participativo de común complemento con los elementos di-

vulgativos mediáticos, de manera que permite el involucramiento de las instituciones sociales y la participación activa de la comunidad, mediante el diálogo.¹

-
1. Tesis avalada por el Comité Nacional de Grados Científicos de la República de Cuba, con la resolución No. 8; fue presentada en opción al grado científico de doctora en Ciencias de la Comunicación Social, con el título “Estrategias Comunitarias de Comunicación para la Salud (ECCOS) a partir del estudio de caso de una comunidad de Mexicali, B.C.; México”, tutorada por la doctora Rayza Portal Moreno; fue defendida y aprobada por unanimidad ante el colectivo científico de grados o tribunal conformado por ocho sinodales pertenecientes a las áreas de Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales, presidido por la doctora y Enma Fernández Arner, con dos oponentes: la doctora Zoraida Amable Ambrós, doctora en Ciencias Médicas y profesora de la Escuela Nacional de Salud Pública, además del Centro de Estudios de Salud y Bienestar, así como la doctora Teresa Díaz Canales, quien labora en el Departamento de Sociología, sumadas a los otros cinco doctores miembros de la Facultad de Comunicación de la Universidad de La Habana. Todo ello, a partir del Convenio de Colaboración firmado con la UABC.

Capítulo 1

Elementos conceptuales

1.1 Comunicación para el desarrollo

Si bien la comunicación es un elemento característico de todos los seres humanos, su abordaje científico surge después de la Segunda Guerra Mundial y, simultáneamente, nace la comunicación para el desarrollo, dada la preocupación por mejorar las condiciones de vida de la sociedad, ante la destrucción y desigualdad en la que se encontraba.

El renombrado comunicólogo boliviano Luis Ramiro Beltrán (2005)² destaca que los orígenes de la comunicación para el desarrollo (CpD) son eminentemente prácticos y los sitúa entre la década del 40 y del 50 en América Latina, con tres experiencias concretas³, y bajo la influencia norteamericana de posguerra.

Beltrán (2005) adjudica el inicio de esta temática a los norteamericanos Daniel Lerner (1958), con su propuesta del Tradicionalismo a la modernidad; Everett Rogers (1962), con la difusión de innovaciones, y Wilbur Schramm (1964), con el estudio sobre comunicación y cambio en los países “en desarrollo”.

De ese modo, esta vertiente de la comunicación y las teorías del desarrollo económico se fueron entrelazando. A continuación se amplía este último tópico.

2. Quien fue consultor de políticas de comunicación en América Latina de la UNESCO en los 70.

3. Radioescuelas en Colombia, las radios mineras en Bolivia y la extensión agrícola, la educación sanitaria y la educación audiovisual.

1.1.1 Teorías del desarrollo económico paralelas a esta vertiente comunicativa

Aun cuando al final de la Primera Guerra Mundial, el presidente norteamericano Woodrow Wilson mencionó el término *desarrollo*, no fue hasta finales de la Segunda Guerra Mundial que despuntó el interés por el desarrollo de las naciones desamparadas y a la par, el ejercicio de la CpD, con el objeto de fortalecer las posturas desarrollistas estadounidenses que deseaban otorgar herramientas a los pueblos menos favorecidos, dadas las marcadas diferencias de los países devastados con el resto, de manera que ampliaran y mejoraran su infraestructura vial, de vivienda, electricidad, agua potable, alcantarillado, así como los tópicos de agricultura, salud y educación.

En forma paralela evolucionaron las teorías del desarrollo económico, de las que Bingham y Mier (1993, en Tello, 2008: 38 y 2006: 9, 12, 54) distinguen tres fases: la primera “surge en la década de 1930, cuando los estados del Sur de los Estados Unidos realizaban esfuerzos para atraer la industria a dicha región”; en la década de 1960 se vivió la segunda fase, basada en sus inicios en las teorías marxistas, cuyas metas principales fueron la equidad y la generación de empleo. La tercera fase consiste en la unión del sector privado y público con los programas de Desarrollo Económico Local (DEL), descritos más adelante.

Si bien en los escritos de Marx “no existe una teoría acabada del desarrollo... se refirió en determinados momentos a este fenómeno” (Jiménez Barrera, 2011: 16-17). Marx formuló “una lógica histórica en la que, casi inevitablemente, el capitalismo acabaría por sucumbir ante el advenimiento de una nueva sociedad que obedecería la máxima: a cada cual según su trabajo y sus necesidades” (citado en García Docampo, 2007: 4). Sin embargo, la teoría económica de Marx ha sido muy cuestionada porque “no se ha podido corroborar en la práctica..., su teoría de la transición al socialismo desde los países más desarrollados... [ya que] las revoluciones proletarias han ocurrido en regiones periféricas” (Jiménez Barrera, 2011: 22). No obstante, el auge de las dos primeras etapas de las teorías del desarrollo aludidas por Bingham y Mier entraron en “una clara crisis desde principios de los años ochenta” (Arasa y Andreu, 1999: xv, citado en García Docampo, 2007: 4).

Mier y Fitzgerald (1991: 268, citado en García Docampo, 2007: 4) explican que el paso de una a otra fase “no supone la desaparición de la anterior, sino la puesta en valor de nuevos focos de atención...”. Así, en las décadas de 1950 y 1960 se apostaba por un crecimiento económico incrementando la dotación de factores o recursos a través de medios internos tales como el ahorro, los niveles de educación y la ayuda extranjera. Incluso desde la arista neoclásica se creyó lograr un crecimiento sostenido con la nivelación de las tasas de crecimiento del ingreso por habitante, tanto en los países ricos como en los pobres (Tello, 2006: 25).

De esta manera, las teorías tradicionales de desarrollo económico se concentraron en aspectos macro y las características del país. No incorporaron la heterogeneidad de los recursos humanos y no humanos; las condiciones geográficas y las ambientales existentes en las áreas geográficas al interior del país, tampoco contemplaron la función de los agentes económicos, sociales y políticos, en términos de sus comportamientos y formas de interacción dentro y entre diversas áreas locales (Tello, 2006: 73).

Sin duda, esta postura unidireccional, que pretendía cimentar el desarrollo de un país, condicionó el tipo de relaciones comunicativas establecidas en apoyo a ese objetivo; pero ante las evidencias científicas y las marcadas disparidades entre las naciones, las teorías del desarrollo evolucionaron a un formato más completo e integrador llamado desarrollo económico local (DEL), considerado como el

proceso de la dinámica económica, social y política de un área geográfica específica —dentro las fronteras de una economía (país o nación)— resultante del comportamiento, las acciones e interacciones de los agentes (económicos, políticos y sociales) que residen en el área geográfica y que tiene la finalidad de incrementar sostenida y sosteniblemente el nivel y la calidad de vida de [sus] habitantes, usando plena y eficientemente sus recursos humanos y no humanos (Tello, 2008: 40).

Ahora bien, es preciso conocer un poco más sobre la contribución que hace la CpD al fortalecimiento de las personas, las comunidades, el estado y con ello, a la nación, por lo que a continuación se presentan su definición y abordaje teórico.

1.1.2 Definición de la comunicación para el desarrollo (CpD)

A decir del profesor Beltrán (2005), en Latinoamérica tienden a prevalecer dos percepciones sobre el tema. La primera, la *comunicación de apoyo al desarrollo* como el uso de los medios de comunicación —masivos, interpersonales o mixtos—, factor instrumental para el logro de las metas prácticas de instituciones que ejecutan proyectos específicos en pos del desarrollo económico y social. La segunda, la *comunicación de desarrollo*, esto es, la creación, con apoyo de los medios de comunicación masiva, de una atmósfera pública favorable al cambio, que se considera indispensable para lograr la modernización de sociedades tradicionales mediante el adelanto tecnológico, el crecimiento económico y el progreso material.

De forma más integral, Wilkins (2000, en Miguel de Bustos, 2007: 159) define la CpD como el “uso de las tecnologías y de los procesos de comunicación para llegar a realizar objetivos sociales beneficiosos... que pueden estar relacionados con cualquier actividad económica, social, educativa, ecológica y de mejora de las condiciones de salud”.

El español José Manuel Calvelo Ríos (1998)⁴ agrega que la CpD “consiste en la producción de mensajes que tengan valor de uso explícito para los interlocutores...”, mientras que Beltrán (2005: 15-21) acota que la *comunicación alternativa para el desarrollo democrático* es:

la expansión y el equilibrio en el acceso de la gente al proceso de comunicación y en su participación en el mismo, empleando los medios —masivos, interpersonales y mixtos— para asegurar, además del avance tecnológico y del bienestar material, la justicia social, la libertad para todos y el gobierno de la mayoría.

Esta aseveración concuerda con el pensamiento del teórico mexicano Tanius Karam y el del venezolano Andrés Cañizález (2010: 46), quienes afirman que “no hay desarrollo sin democracia, sin participación, sin diálogo, sin respeto a la diversidad. Tenemos así un panorama diferenciador a los intentos bienintencionados de Schramm o Rogers por definir una CpD”.

4. Premiado por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), por su propuesta de Pedagogía Masiva Multimedial, en aporte a la CpD.

Con estos planteamientos, se puede considerar la CpD como el uso de los medios (masivos, interpersonales y mixtos) para contribuir al diálogo, a la participación de la gente en el proceso de comunicación encaminado al acceso a los avances tecnológicos, a la toma de decisiones comunitarias para mejorar el bienestar económico, social, educativo, ecológico y las condiciones de salud.

1.1.3 *Temática emergente*

Si bien se viene hablando sobre comunicación para el desarrollo (CpD) desde mediados del siglo XX, se puede afirmar que resulta un área mayoritariamente práctica y de reflexiones emergentes, toda vez que no exhibe un consolidado aparato conceptual y metodológico, de ahí la diversidad de aproximaciones y temáticas que le son asociadas, por ejemplo: comunicación para el cambio social, comunicación y participación ciudadana, comunicación participativa, comunicación y democracia, comunicación y medio ambiente.

En suma, la comunicación tiene una función primordial en esta unión de esfuerzos; de hecho, el reconocido comunicólogo Rafael Obregón (2006b) afirma que esta disciplina:

contribuye a la reflexión sobre lo que las comunidades o sociedades creen que es el desarrollo, facilita entornos para que se determinen las metas y estrategias, permite analizar las realidades de los pueblos y establecer políticas a seguir, y se convierte en una herramienta clave para promover procesos de cambio a nivel político, social, comunitario e individual.

Asimismo, un grupo pequeño de investigadores, docentes y profesionales⁵, consensaron que el propósito clave de la CpD y el cambio sociales utilizar la comunicación para facilitar los esfuerzos de las personas por lograr mejoras sostenibles en el bienestar individual y colectivo, y sus funciones clave son:

5. Que participaron en la conferencia “Competencias: Comunicación para el desarrollo y el cambio social”, copatrocinada por la Fundación Rockefeller, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el proyecto CAMBIO, de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, en el 2001, y trabajaron en conjunto para acordar el propósito y las funciones clave de la CpD.

permitir a los actores facilitar el diálogo con las comunidades y al interior de estas en apoyo a procesos sostenibles de definición de políticas y toma de decisiones, así como fijar metas viables que requerirían la contribución de enfoques de comunicación. Utilizar estrategias, métodos y recursos de comunicación para alcanzar las metas actuales y fortalecer la capacidad de abordar los problemas de desarrollo futuros y las cuestiones relacionadas con el cambio social (Irigoín, Tarnapol, Faulkner y Coe, 2002: 11).

Aun así, Obregón (2006) señala que:

los fracasos de varias décadas se deben, en cierta medida, al escaso aprovechamiento del enorme aporte que la comunicación hace a los procesos de desarrollo; la evidencia y la experiencia acumuladas durante más de 40 años muestra que la comunicación contribuye a la transformación de los entornos sociales, a la movilización de comunidades... para el bien común, a la generación de debate público que conduce a la reducción de inequidades, a facilitar la vinculación de grupos... a procesos productivos, y a generar espacios de fortalecimiento de identidad cultural y cohesión social. Ello permite crear, y por ende abogar, en la necesidad de una mayor centralidad de la comunicación para el desarrollo en los esfuerzos internacionales... procurando un rol cada vez más protagónico de la comunicación en los procesos de desarrollo y cambio social para el mejoramiento de la calidad de vida de millones de personas a escala global.

No obstante, cuando se busca conducir a un pueblo hacia el desarrollo, es común intentar cambiar la cultura local, por considerarla un obstáculo; pero Miguel de Bustos (2007: 37) enfatiza que “la nueva concepción del desarrollo... implica una nueva relación con la cultura y por tanto con la comunicación..., la cultura..., como un factor de posible apoyo al desarrollo”.

Ahora bien, Beltrán (2005: 15), desde 1973, propuso entender el *desarrollo* como un proceso “de profundo y acelerado cambio sociopolítico que genere transformaciones sustanciales en la economía, la ecología y la cultura de un país a fin de favorecer el avance moral y material... en condiciones de dignidad, justicia y libertad”. También en esa década el distinguido comunicólogo paraguayo, Juan Díaz Bordenave (en Beltrán, 2005) planteó formular un “*modo de desarrollo diferente* del emanado del capitalismo liberal y del comunismo estatal y proponer a nuestros pueblos un socialismo democrático de bases comunitarias, autogestionarias y participativas”.

Al respecto, Calvelo (2001) entiende el *desarrollo* “como un proceso endógeno, autogestionado y sustentable, que tiende a incrementar la calidad de vida material, intelectual, cultural y afectiva de toda la humanidad...”; por lo que, el *comunicador para el desarrollo* debe aplicar un modelo de comunicación o de interlocución para lograr el diálogo entre los sujetos que desean orientarse hacia el desarrollo, en el que el objetivo de los mensajes, enfatiza Calvelo (1998), consiste en “facilitar el paso de la conciencia ingenua, mítica, impuesta, a la conciencia científica, crítica, autónoma”. Asimismo, considera que el *comunicador para el desarrollo tendrá éxito* si construye:

mensajes inteligibles, útiles y claros para otros... Su actividad... es horizontal y no manipulatoria. Y, necesariamente, debe ser muy eficiente, ya que opera en condiciones de economía de mercado global y en un área que no tiene, en dicho modelo económico, una prioridad sustantiva.

Sin embargo, algunos modelos de CpD que fueron implementados, particularmente en torno a esquemas de salud, fracasaron a menudo en su intento de organizar sus estrategias y sus valores, sin contar con la perspectiva de las comunidades beneficiarias (Gumucio, 2004: 11). De hecho, Calvelo (1998) ha “encontrado que el uso del modelo de producción artesanal responde mejor que el de la especialización, a los requerimientos de economía que se nos plantean”.

Del mismo modo, Fox y Coe (2001) señalan que Schramm, Lerner y Rogers, los padres de las CpD, durante más de dos décadas marcaron el rumbo de las instituciones que dirigieron los programas de ayuda de los Estados Unidos a los países en desarrollo —desde las innovaciones agrícolas hasta la planificación familiar—, mediante el empleo de teorías conductistas para cambiar las actitudes y las prácticas de los individuos por conducto de la exposición a nueva información y a los medios de comunicación.

Por otra parte, las teorías latinoamericanas de la comunicación, de naturaleza crítica rechazaron el modelo positivista de la CpD e iniciaron programas incluyentes, esto es, con la participación de la comunidad en la identificación y el tratamiento de sus propios problemas.

De igual forma, Miguel de Bustos (2007: 159-160) tipifica dos modelos de análisis y de acción (el de difusión y el de participación), apli-

cados por el campo de la CpD, los cuales no son excluyentes, sino constituyen un espacio continuo de posibilidades. Aun así, aquí se destaca el modelo participativo, ya que:

busca en la práctica el derecho a recibir información y a comunicar, así como de mejorar la democracia. Se inspira en la tesis del educador Paulo Freire y considera que el “propósito del desarrollo es la emancipación de las personas para que tengan un mayor control sobre las decisiones que les afecta y de esta manera proteger la equidad y las prácticas democráticas”. La esencia del *modelo participativo* radica en que es la comunidad quien determina sus necesidades y desdeña los medios para satisfacerlas, sin imposiciones exteriores.

Esto coincide con los postulados de Gumucio (2004), quien sustenta que en los procesos de cambio social, la CpD debe emplear la comunicación participativa con horizontalidad, es decir, de manera que el pueblo asuma el control de los instrumentos y contenidos de la comunicación; a través de un proceso de diálogo colectivo, integrador, específico, partiendo de las necesidades del pueblo; con planes a largo plazo y con tiempo suficiente para la apropiación y concientización, en busca de igualdad de oportunidades y de una profunda comprensión de la realidad social, sus problemas y soluciones.

No obstante, una realidad enfrentada por quienes estaban inmersos en este proceso, es la que destacan Fox y Coe (2001), cuando afirman que el debate respecto al abordaje positivista, “tuvo poca repercusión en el nivel aplicado de la ejecución de proyectos”, ya que los “programas y proyectos de las fundaciones para el desarrollo, la ayuda externa bilateral y muchos otros organismos privados y públicos que trabajaban en el área de las CpD siguieron utilizando las teorías y los métodos del conductismo”.

Como se observó, tanto Gumucio como Obregón, Calvelo, Fox y Coe, están de acuerdo en que los modelos de difusión y de participación son opuestos, aunque sólo en la teoría, porque en la práctica existen modelos mixtos, que se acercan más a uno o a otro, o sencillamente se complementan.

1.1.4 Matrices teóricas desde las Ciencias de la Comunicación

En la arista de la Comunicación, el reconocido teórico y metodólogo español Manuel Martín Serrano (2007: XVIII) afirma que los saberes de esta disciplina deben fundarse “en la teoría que les corresponde... La necesitan quienes estudian para entender lo que estudian y por qué lo estudian... las investigadoras e investigadores para orientar a sus propias aportaciones y trabajar con colegas de otros campos”.

De ahí, la importancia del abordaje de diversas teorías que, desde las Ciencias de la Comunicación o Comunicología (como lo denomina el extinto Grupo hacia una Comunicología posible, GUCOM), den sustento a la CpD, la cual se apoya en variadas formas de comunicación, desde la masiva hasta la interpersonal, para elaborar estrategias, métodos y recursos de comunicación que faciliten el diálogo con las comunidades y les tributen a su desarrollo.

A continuación se presenta un breve apunte sobre algunas teorías que se consideran de mejor aportación a este rubro: las mediaciones, principalmente de Martín-Barbero y Orozco, en referencia al uso mediático de la comunicación, así como las aportaciones de Martha Rizo (2008), en cuanto a la comunicación interactiva.

1.1.4.1 Mediaciones: Orozco y Martín-Barbero

Es sabido que las personas no viven aisladas, sino que construyen su mundo interno y externo mediante la convivencia con los otros y su contexto, dichos intercambios funcionan como mediaciones.

Martín Serrano (1982, en Orozco, 1991) especifica que, originalmente, el concepto de *mediación* en el ámbito de la comunicación social fue inaugurado como propiedad exclusiva de los medios; sin embargo, denomina *mediaciones sociales* a las afectaciones con que tratamos de dirigir nuestro destino, sea individual o colectivo, utilizando, entre otras cosas, la producción social de comunicación (Martín Serrano, 2010: 27), y amplía la idea cuando expone que:

Las mediaciones sociales se utilizan en todas las sociedades y en todas las épocas; aparecen en el análisis de los cambios de mentalidades... Las sociedades y las personas tenemos la capacidad de orientar el funcionamiento de las sociedades y de

las personas, para que se ajuste a algún propósito, designio o concepción del mundo: por ejemplo, a creencias religiosas, programas políticos, modelos económicos. Una de las maneras de llevar a cabo ese ajuste consiste en utilizar la información, para que la forma en que se organicen los actores sociales y los objetivos que pauten sus comportamientos, se oriente hacia el designio preconcebido.

Por su parte, el destacado investigador mexicano Guillermo Orozco desarrolló en la época de los 80 el modelo de las multimediaciones, que enfatiza el carácter complejo de la experiencia televisiva, es decir, Orozco observó los diversos elementos que permiten a la audiencia interpretar los mensajes no en forma lineal, sino a través de sus mediaciones cognoscitivas, culturales, situacionales, institucionales y videotecnológicas; esto es, intervienen en la mediación “desde el contexto meramente situacional o físico de los actos de ver televisión, hasta los contextos simbólicos, racionales, emocionales, axiológicos, institucionales, sociales, políticos, económicos y culturales que ahí se hacen presentes” (Orozco, 2001).

En tanto, el reconocido investigador español, nacionalizado colombiano, Martín-Barbero (2001: 10), observa las resistencias y las variadas formas de apropiación de los contenidos de los medios y denuncia que:

la comunicación se nos tornó cuestión de mediaciones más que de medios, cuestión de cultura y, por tanto, no sólo de conocimientos sino de re-conocimiento. Un reconocimiento que fue, de entrada, operación de desplazamiento metodológico para re-ver el proceso entero de la comunicación desde su otro lado, el de la recepción, las resistencias que ahí tienen su lugar, el de la apropiación desde los usos.

Tanto Martín-Barbero (2002) como Orozco (2001), quienes atienden a las mediaciones desde la recepción, explican que, a pesar de las características individuales de las audiencias, los mensajes de los medios masivos adquieren sentido en el momento en que son socializados.

Sus trayectorias y desarrollos vitales personales, sus aprendizajes anteriores, apropiaciones de sus experiencias, creatividad, arrojo o inhibición, pero también sus “visiones y ambiciones” hacia y más allá de la televisión... conforman “comunidades” de interpretación de los referentes televisivos; esto es un proceso culturalizado y por tanto, contextualizado (Orozco, 2001).

En el desglose de cada una de las *mediaciones*, Orozco (1990, en Lozano, 2007: 208-210) explica que: en las *cognoscitivas* influyen lo afectivo, racional y valorativo que incide en el proceso del conocimiento y recepción de los mensajes. Las *mediaciones culturales* se encuentran presentes en las interacciones sociales y televisivas; mientras que las *situacionales o de referencia* son la identidad cultural, sexual, étnica, socioeconómica y de procedencia geográfica; las *mediaciones institucionales* aluden a la pertenencia a una familia, vecindario, trabajo, escuela y religión, donde la persona interactúa, intercambia y produce sentidos, significados; por último, las *mediaciones videotecnológicas* que naturaliza la significación de la realidad, hacen al televidente testigo presencial de los acontecimientos, de una representación de la realidad, apelando a sus emociones evocadas por efectos de suspenso, música, tonos de voz, violencia, fantasía, etcétera.

1.1.4.2 Interacción: Rizo

Respecto a la otra vertiente que aporta al carácter científico de la CpD, *la interacción*, se puede decir que constituye una de las cinco dimensiones de la Comunicología —además de la expresión, difusión, estructuración y observación— (Galindo, 2008: xxxiv). *La interacción* se considera una de las más importantes para comprender los fenómenos comunicativos; aunque es la que menos ha sido estudiada desde esta disciplina. A decir de Rizo (2008: 15), la Psicología Social y la Sociología Fenomenológica son las principales fuentes que aportan a su riguroso estudio, y agrega que, sin *interacción* no existen los sujetos sociales, dado que la construcción de sentidos compartidos sobre la realidad social requiere, inevitablemente, de la interacción.

Desde las décadas de 1960 y 1970 se dejó a un lado la objetividad y se dio cabida a lo subjetivo, es decir, se otorgó valor al sujeto; como explica Martínez Miguélez (2004: 4-5):

las exigencias e ideales positivistas no son sostenibles ni siquiera en la física: Einstein relativiza los conceptos de espacio y de tiempo (no son absolutos, sino que dependen del observador) e invierte gran parte de la física de Newton; Heisenberg introduce el principio de indeterminación o de incertidumbre (el observador afec-

ta y cambia la realidad que estudia) y acaba con el principio de causalidad... Niels Bohr establece el principio de complementariedad.

Esta etapa de cambios permitió la gestación de nuevas disciplinas compuestas como la Psicología Social (en los 70), la cual toma de la Psicología, según identifica Rizo (2008), las ideas de la *Gestalt* y el neoconductismo; de la Sociología, la focalización en el funcionalismo estructural y la continuación de los trabajos del interaccionismo simbólico.

En términos psicosociales, la comunicación es asociada a temas como la comunidad, la afectividad, las relaciones sociales y la persuasión (Rizo, 2008: 7), elementos clave para implementar las estrategias de CpD. Además, comunicarse con la población para generar una cultura de la prevención requiere de la interacción con los distintos actores involucrados en la temática.

Rizo (2008: 26) explica que el interaccionismo simbólico “pone énfasis en la interacción de los individuos y en la interpretación de estos procesos de comunicación en las situaciones inmediatas... al mundo de significados dentro del cual actúan los sujetos”.

Este enfoque teórico fue acuñado por Herbert Blumer y “desarrollado en Chicago a partir de la obra de Mead, Cooley, Simmel, Park, Thomas y otros...” (Ritzer, 1997: 74), principalmente, a partir de los conceptos *acción* e *interacción* —Simmel— y *conciencia* —Mead—; además, la forma en que Dewey concibió *la mente* influyó de manera significativa en el desarrollo del interaccionismo simbólico, pues la consideró como

un proceso de pensamiento que implicaba una serie de fases [como son] la definición de los objetos del mundo social, la determinación de los posibles modos de conducta, la anticipación de las consecuencias de cursos alternativos de acción, la eliminación de posibilidades improbables y, finalmente, la elección del modo óptimo de acción (Stryker, 1980, en Ritzer, 1997: 215).

Cooley, igual que Mead (en Ritzer, 1997: 65), se rehusó a separar la *conciencia* del contexto social y rescató la importancia de los *grupos primarios*:

las personas tienen conciencia y ésta se modela mediante la continua interacción social... Los grupos primarios son grupos íntimos, en los que se dan relaciones

cara a cara, que desempeñan un papel central en la vinculación del actor con el resto de la sociedad. Especialmente importantes son los grupos primarios de los jóvenes, fundamentalmente la familia y los grupos de pares. En el seno de estos grupos el individuo se desarrolla como ser social... [ahí] nace el *selfespecular* y..., el niño egocéntrico aprende a ser consciente de los demás, y por lo tanto, se convierte en un miembro de la sociedad.

De esta forma, los actores comparten inquietudes y significados sobre sus preocupaciones en su vida escolar, social, familiar, profesional o de otra índole, lo que, mediante dicha interacción, favorece los mecanismos de cuidados preventivos en torno a su salud física y emocional.

1.2 Comunidad como espacio para el desarrollo

La comunidad es la entidad donde se aterrizan todos los programas gubernamentales y sociales que buscan el desarrollo de los pueblos; por ello resulta elemental tener un acercamiento conceptual que, en primera instancia, visualice los inicios del abordaje disciplinario y, en un segundo momento, diferencie algunos elementos que permitan definir a la comunidad.

1.2.1 Surgimiento de la comunidad y elementos que la definen

En la década de 1960 florecieron cambios sustanciales en la organización de la sociedad, lo que llevó al surgimiento de disciplinas abocadas al estudio de la comunidad, como la Psicología Comunitaria —desprendida de la Psicología Social— y la Sociología de las Comunidades.

Si bien la comunidad existe desde la aparición de los asentamientos humanos, Héctor Arias Herrero (1995, en Portal y Recio, 2003: 28) especifica que “el origen de lo comunitario como disciplina y campo de estudio se ubica en la Conferencia de Boston en 1965, donde se oficializa la... Psicología Comunitaria...”, y que su problemática también ha llamado la atención de los organismos internacionales. La Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización de los Estados Americanos (OEA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) se han

pronunciado en relación con el desarrollo comunitario y la salud comunitaria a partir de la elaboración de planes para fomentarlos.

Arias (1995, en Portal y Recio, 2003: 28) reconoce la Geografía como una de las primeras disciplinas en referirse a la comunidad, aunque limitada a su extensión territorial-estructural. El concepto también ha sido abordado desde su naturaleza funcional, esto es, encaminado hacia las interacciones de los integrantes “y su movilización en torno a tareas comunes, como sujeto social”; y desde la combinación de ambas visiones: la estructural y la funcional, como lo hizo Violich (en Portal, 2003: 28), quien definió *comunidad* como un “grupo de personas que viven en un área geográfica específica y cuyos miembros comparten actividades e intereses comunes, donde pueden o no cooperar formal e informalmente para la solución de los problemas colectivos”.

Desde la Sociología, Phil Bartle (2011) concibe la *comunidad* como un sistema sociocultural organizado, esto es, como un modelo sociológico, un conjunto de interacciones, comportamientos humanos, que tienen sentido y expectativas entre sus miembros, y están orientadas a la realización de acciones basadas en esperanzas, valores, creencias y significados compartidos entre las personas. Dicho autor considera la cultura elemento sustancial de una comunidad, la cual se compone de seis dimensiones expresadas por medio de símbolos, consistentes en sistemas de ideas aprendidas y comportamientos:

La *dimensión tecnológica* de la cultura son sus herramientas y conocimientos. La *dimensión económica* comprende sus diversas formas y medios de producción y asignación de los bienes y servicios útiles y limitados (riqueza), ya sea a través de regalos, obligaciones, trueque, comercio o asignaciones de propiedades. La *dimensión política* o sus diversas formas y medios de asignar el poder y la toma de decisiones (tipos de gobierno, sistemas de gestión, etcétera). La *dimensión institucional o social* la componen las formas en que la gente actúa, se relaciona con los demás, reacciona o espera que los demás actúen y se relacionen (matrimonio, amistad, roles como el de madre u oficial de policía, estatus o clase, y otros patrones de comportamiento humano). La *dimensión ideológica o de valores estéticos* es la estructura de ideas que tiene la gente sobre lo bueno y lo malo, lo bonito y lo feo, el bien y el mal, que son las justificaciones a las que las personas recurren para explicar sus acciones. La *dimensión conceptual y de creencias* sobre la naturaleza del universo, del mundo que le rodea, su papel en él, su causa y efecto, la naturaleza del tiempo en la materia y sus comportamientos.

La investigadora cubana Rayza Portal (2003) sintetiza otras concepciones sobre *comunidad*:

Modo de asentamiento humano (urbano o rural) donde sus residentes tienen características sociopsicológicas similares en su sistema de relaciones.

Conjunto de personas que habitan en una determinada zona, regida por una dirección política, económica y social; propia o centralizada, que hacen vida común a través de sus relaciones.

Integración, cohesión y acción conjunta, existencia de objetivos, aspiraciones, problemas y necesidades comunes; pero estos elementos se pueden manifestar en una familia, una clase, un grupo o sector socioclasista, los obreros (Portal, 2003).

Un grupo de autores cubanos (en Portal, 2003: 28-29) plantea como parámetros para definir el ámbito comunitario, los siguientes:

- Unidad social que está constituida por grupos que se sitúan en lo que se podría llamar la base de la organización social.
- Las razones de su agrupación se vinculan a los problemas de la vida cotidiana, es decir, sus miembros tienen intereses y necesidades comunes: alimentación, vivienda, trabajo, servicio y tiempo libre.
- Esta unidad social ocupa un determinado territorio, cuya pluralidad de personas interactúa más entre sí que en otro contexto del mismo carácter.

Para Arias (1995, en Portal, 2003: 27-29), una comunidad tiene un tamaño adecuado siempre y cuando exista una estructura potencial capaz de ejercer la función de cooperación y coordinación entre sus miembros:

el sentimiento de pertenencia es muy importante. Las comunidades se pueden diferenciar entre sí por el desarrollo de dicho sentimiento, el cual se manifiesta de manera diferente entre comunidades añejas y recientes, abiertas y cerradas, estables e inestables. El desarrollo de tal sentimiento contribuye a lograr una convivencia más próxima y duradera, sobre la base de la organización de determinado número de personas que están en constante interacción. Ello propicia la coordinación de las actividades encaminadas a la solución de problemas comunes y la satisfacción de necesidades individuales y compartidas, configurando estructuras sociales que respondan a la vida comunitaria.

Se puede concluir que la *comunidad* no es un grupo de individuos en un determinado lugar geográfico, sino un grupo de personas que comparten cultura, actividades e intereses comunes y participan, o no, de manera formal e informal, en la solución de los problemas colectivos.

1.2.2 La cultura como marco de referencia

Como se advirtió en los apartados precedentes, la cultura ha sido un elemento integrador de los asentamientos humanos y de su desarrollo, aunque en ocasiones la han considerado un factor que obstaculiza el avance tecnológico de los pueblos. Todo proyecto que desee hacer mejoras en una comunidad debe partir del conocimiento de su cultura, para así lograr el involucramiento de la gente en sus programas de desarrollo.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2007) especifica que “las culturas engloban las artes y las letras, así como los modos de vida, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias”. Por ello, a mediados del siglo XX, se vio la necesidad de proteger los componentes de la cultura a través de la UNESCO, y en 2003 se aprobó, por iniciativa de Alemania, Canadá, Francia y México, un estudio que concluyó en un documento normativo, con aspectos técnicos y jurídicos para defender la diversidad cultural.

A decir de Thompson (2006: 184-185), la cultura ha transitado de su concepción clásica a la estructural, pasando por la descriptiva y la simbólica. El enfoque clásico, definía la *cultura* como un proceso general del desarrollo intelectual o espiritual. El enfoque antropológico abarcaba los valores, prácticas y creencias de un pueblo. El simbólico, acuñado por el antropólogo Geertz (en Thompson, 2006: 85), veía la *cultura* como un “sistema de concepciones expresadas en formas simbólicas por medio de las cuales la gente se comunica, perpetúa y desarrolla su conocimiento sobre las actitudes hacia la vida”.

El enfoque estructural de Thompson (1996: 5) comprende la *cultura* como la producción y circulación de objetos y enunciados significativos que tienen lugar en contextos o campos históricamente específicos y socialmente estructurados, donde se ubican los individuos en ciertas posiciones, utilizando los recursos a su disposición para producir, transmitir e interpretar objetos y enunciados significativos —desde el

enunciado cotidiano hasta las obras de arte— dentro del campo social. Estos campos se caracterizan por relaciones sociales e instituciones que involucran asimetrías de poder y recursos.

Igual que los teóricos hispanoamericanos Guillermo Orozco (1990), Jorge González (1986) y Martín-Barbero (1987), John B. Thompson (1991) consideró que el uso de los medios de comunicación implica la creación de nuevas formas de acción e interacción en la sociedad, nuevos tipos de relaciones sociales y nuevas maneras de relacionarse con los otros y con uno mismo, lo que impacta en su cultura:

la experiencia cultural en las sociedades modernas se ha visto profundamente modificada, en su naturaleza misma, por el desarrollo de la comunicación masiva. Los libros, revistas, periódicos, la radio, la televisión, el cine, discos, cintas, videos y otras formas de comunicación juegan un papel central en nuestras vidas y nos ofrecen un flujo continuo de información y entretenimiento.

Las aseveraciones anteriores dejan ver la complejidad que implica el estudio de la cultura en la vida cotidiana y más aún en el ámbito de la salud, donde la gente comúnmente coexiste en situaciones de vida acelerada, estrés, consumo de alimentos “chatarra” y bebidas nocivas, entre otros; sin detenerse a pensar en las consecuencias para su salud. Asimismo, este panorama otorga la pauta para trabajar con las comunidades desde el ámbito de la Comunicación para la Salud.

1.2.3 Características socioculturales, participación y comunicación

Tanto los estudiosos de las Ciencias Sociales, como los gobernantes de las naciones y representantes de organismos internacionales, requieren basarse en una concepción acerca de sus ámbitos de acción, en este caso la sociedad y su inseparable cultura. Sin embargo, cada investigador y gabinete gubernamental asume distintas posturas en el abordaje del término *sociocultural*, lo cual distingue su aproximación a la problemática.

En cuanto a los ámbitos comunitarios, partir del perfil sociocultural de la población es elemental para poder resolver sus problemáticas con mayor acercamiento a su realidad y condiciones de vida, así como para involucrar a la gente de la comunidad en todo el proceso. Por ello,

se ha considerado pertinente hacer un repaso de la evolución del término *sociocultural*, con objeto de llegar a la definición más apropiada para los fines de esta investigación y al concepto *participación*, desde la perspectiva sociológica, cultural y comunicativa.

El adjetivo *sociocultural* es un compuesto de los adjetivos *social* y *cultural*. Podría afirmarse que lo social es objeto de estudio de la Sociología, y lo cultural de la Antropología; sin embargo, no hay tal exclusividad, ya que existen las llamadas Ciencias Sociales (Antropología, Ciencias de la Comunicación, Economía, Educación, Geografía, Historia, Lingüística, Derecho, Ciencia Política, Psicología, Sociología, entre otras) y las Ciencias de la Cultura. De la Filosofía se desprende la Sociología y de ésta, la Antropología.

Aún más, no existe consenso acerca de lo que debe entenderse por lo social y por lo cultural, ya que han evolucionado conforme el avance científico generado por sus propios contextos y bases epistemológicas. Asimismo, diversas disciplinas emplean dichos adjetivos, como la Educación y la Psicología, con la teoría del enfoque sociocultural de Lev Vigotsky; la Antropología Sociocultural, de Clifford Geertz; la Comunicación, con los enfoques críticos latinoamericanos acerca de los receptores, plasmados en las corrientes de: el consumo cultural, de García Canclini; los frentes culturales, de Jorge González; la recepción activa, de Valerio Fuenzalida; el uso social de los medios, de Martín-Barbero, y el modelo de las multimediasiones, de Guillermo Orozco.

Por su cuenta, el Departamento de Estudios Socioculturales de la UABC (2001) definió su campo de acción como “sistemas y procesos de significación y producción de sentido mediante los cuales se constituyen objetivamente y se expresan y desarrollan intersubjetivamente las identidades socioculturales”; además estableció como ejes “la cultura, la cognición, la comunicación y el control, especialmente a través de sus meditaciones lingüísticas y discursivas, y en situaciones susceptibles de ser intencionadas educativamente”.

De este modo, retomando la perspectiva estructural de Thompson (2006), la arista antropológica cultural de Geertz y la sociológica de Bourdieu, en esta investigación se entiende por *sociocultural* a dicho Proceso de producción, circulación e interpretación de formas simbólicas realizado por los integrantes de una comunidad, con identidad

colectiva, a partir de los recursos con que cuentan y las posiciones que ocupan en sus contextos históricamente específicos y socialmente estructurados, que involucran asimetrías de poder.

Respecto al tema de la *participación*, se ha visto que en los enfoques integradores resulta de vital importancia el involucramiento de la comunidad para emprender su desarrollo; por lo que, a continuación, se revisarán los conceptos de *participación* y *comunicación participativa*, que llevan a la fundamentación de la propuesta aquí planteada.

El investigador mexicano Carlos Núñez Hurtado (1988: 91-93), quien ha tributado al tema de la comunicación popular y democrática, considera la *participación* un elemento sustantivo, por lo que

debemos saber cómo promoverla, usarla, desarrollarla, profundizarla, resguardarla, construirla cotidianamente... porque [consiste en] tener la capacidad de decidir, controlar, ejecutar y evaluar los procesos y sus proyectos... Necesitamos generar una “cultura de la participación” que provoque conciencia..., se trata de que, en el grupo todos y cada uno de los participantes en el proceso educativo, generen sus análisis, produzcan sus conocimientos, cuestionen su propia concepción y práctica, prioricen sobre ella, etc. Esto es posible solamente con una pedagogía de la plena participación; no aquella que solamente pregunta sobre lo que ya se decidió, sino que verdaderamente desea capacidad de análisis, diagnóstico, interpretación y proyecto..., favorece e impulsa relaciones participativas, creadoras, autogestorias y emancipadoras que logran empatar el proyecto de los intereses críticos y depurados de la comunidad, con los intereses del proyecto crítico y depurado de nuestra intencionalidad.

El autor cubano Leopoldo Hernández Freeman (2009: 2) señala que diversos estudiosos de su nación conciben la *participación* como un proceso paulatino de interacciones, construido “mediante la comunicación y la realización de actividades en las que despliegan sus recursos personales, emociones, sentimientos, afectos, conflictos. Es decir, que uno de sus principales rasgos es que se determina por el sentido que adquiera para cada sujeto”.

Agrega Hernández (2009: 2) que la *participación comunitaria* es un proceso sociocultural configurado en su propio desarrollo y articulado desde lo organizativo, lo comunicacional, desde su contextualidad y subjetividad. Esta peculiaridad exige que su estudio y desarrollo parta de las producciones significativas de los propios sujetos, generadas y construidas por los actores o en el diálogo con ellos, en sus propios

contextos situacionales, sociales e históricos, como estipulaba Thompson (1996) en su definición estructural de *cultura*.

Generalmente, Europa y Estados Unidos son punto de partida de los adelantos tecnológicos, científicos y modelos teóricos; sin embargo, en términos de la *comunicación participativa*, México y otros países del tercer mundo han desarrollado una diversidad de modelos que destacan por su evolución desde la comunicación social y en el logro del involucramiento de la comunidad para el beneficio de los objetivos y estrategias consensuados entre sus integrantes, modelos que cuidan sus formas de ver la vida, usos y costumbres: su cultura.

Como expresa Gumucio (2004), la *comunicación participativa* puede adoptar diferentes modelos debido a la riqueza de perspectivas y de interacciones culturales, por lo que se puede afirmar que ninguna de las experiencias es perfecta o ha logrado pleno "éxito". Y cuando se define el perfil de la *comunicación participativa*, es muy importante tener presentes las consecuencias políticas de la participación en los procesos de desarrollo:

Un problema de *poder*.- La democratización de la comunicación toca de lleno el tema del poder. Los enfoques participativos contribuyen a colocar la toma de decisiones en manos del pueblo; además, consolida la capacidad de las comunidades de confrontar sus ideas sobre el desarrollo con el personal técnico y los planificadores.

Un problema de *identidad*.- Especialmente en comunidades que han sido marginadas, reprimidas o simplemente postergadas durante décadas, la *comunicación participativa* contribuye a infundir autoestima y orgullo por la cultura, refuerza el tejido social a través del fortalecimiento de las organizaciones propias a la comunidad, protege la tradición y los valores culturales, al mismo tiempo que facilita la integración de nuevos elementos.

Los principales componentes que caracterizan a la *comunicación participativa* se relacionan con su capacidad de involucrar a los sujetos humanos del cambio social en el proceso de comunicar. El *marco teórico de la comunicación participativa* le debe mucho a Paulo Freire, cuyos libros no solamente revolucionaron el mundo de la educación, sino también la comunicación para el cambio social.

Paulo Freire (en Mosquera, 2003: 4) indica que

el pueblo posee un conocimiento práctico, vital, empírico que le ha permitido sobrevivir, interpretar, crear, producir y trabajar por siglos con medios directos

naturales. Este conocimiento popular tiene su propia racionalidad y su propia estructura de causalidad que conviene empezar por tratar de entender en lo que tienen de propio y específico. En las comunidades existe una filosofía espontánea contenida en el lenguaje (como conjuntos de conocimientos y conceptos), en el sentido común y en el sistema de creencias que, aunque es disperso a nivel general, tiene el valor para articular la práctica diaria.

Por esta razón, Carlos Núñez y Roberto Antillón (1995/2000: 106) plantearon la importancia de

hacer un ejercicio de interpretación de esa realidad, para poder reconocer las fuerzas que ahí actúan, las contradicciones que existen y se pueden generar, las limitaciones concretas, las tensiones, las oportunidades, etc., es decir, tener una interpretación realmente objetiva, en la medida de lo posible, que permita entonces el diseño de nuestra estrategia con capacidad de incidencia planeada.

En defensa de los avances sobre dicho tópico en estas latitudes, Gumucio (2004) explicó que en 1960 prevalecía la difusión y el mercadeo social, sin embargo

las experiencias de comunicación participativa en América Latina —que iniciaron a fines de los años cuarenta y hoy se cuentan por millares— no han sido suficientemente tomadas en cuenta por el mundo académico de Estados Unidos y de Europa.

América Latina lleva la delantera en cuanto a la cantidad y calidad de las experiencias de *comunicación participativa*, y la radio ha sido, entre todos los medios, el más importante para el desarrollo y los cambios sociales.

A pesar de que existe una mejor comprensión —entre las organizaciones, para el desarrollo en países del tercer mundo, y entre los académicos de los países industrializados— sobre la función de la comunicación en los cambios sociales, aún se conoce poco sobre las experiencias concretas y los proyectos donde la comunicación ha sido un factor decisivo.

Es evidente la importancia de las investigaciones cualitativas, con empleo de técnicas cualitativas y cuantitativas, que otorguen evidencia de las experiencias académicas realizadas en las comunidades, en las

que la participación haya sido el punto clave y haya demostrado su viabilidad y concreción.

1.3 La Comunicación para la Salud: un aporte para el desarrollo

Como se vio anteriormente, la comunicación para el desarrollo (CpD) actualmente busca la participación de la población, la utilización de estrategias, métodos y recursos para facilitar el diálogo en apoyo a procesos sostenibles de toma de decisiones para su avance tecnológico, material y humano, para el bienestar individual y colectivo. Desde esta perspectiva, el estado de salud de un pueblo es un indicador de su grado de desarrollo, y la Comunicación para la Salud lo potencia, sobre todo cuando se integra a la comunidad en la planeación, implementación y evaluación de los proyectos acordados con las partes involucradas.

Desde las teorías del desarrollo económico tradicional, que buscaban el progreso del país, hasta las posmodernas, que se centran en elevar el crecimiento de los ámbitos locales, han considerado como parte de los elementos y objetivos del proceso de desarrollo a “los indicadores sociales, demográficos y de salud” (Tello, 2006: 19).

Los gobiernos con procesos de desarrollo económico local (DEL) procuran “eficiencia y equidad en la asignación de recursos a una economía, que apuntan a suministrar bienes y servicios públicos, tales como infraestructuras —carreteras, puentes y otros— y servicios sociales —educación, salud, entre otros—.” (Tello, 2010: 54)

En el informe anual denominado “Estadística Mundial de la Salud 2008”, de la OMS, se indica que las dolencias crónicas, como la enfermedad cardíaca y el accidente cerebrovascular, se han convertido en las principales causas de muerte en el mundo. “La diabetes y el asma están aumentando en todas partes, incluso en los países con ingresos bajos se está viendo un aumento de la obesidad, especialmente en zonas urbanas, y en ocasiones comienza desde la niñez”, señala la directora general de la OMS, Margaret Chan. El tabaco es la principal causa evitable de muerte, con una tasa de fallecimiento de “entre un tercio y la mitad de quienes lo consumen”.

Dichas afecciones continúan entre las principales causas de mortalidad en el mundo, según reportes de la OMS (2018); asimismo la doctora Chan agrega que en los momentos, caracterizados por

la recesión económica y por unos costes crecientes de la atención sanitaria, ya que la población envejece, aumentan las enfermedades crónicas y se dispone de tratamientos nuevos y más caros... la presión gubernamental para tomar decisiones políticas acertadas aumenta, en respuesta a la creciente demanda pública de acceso a una atención médica asequible y de alta calidad (Chan en OMS, 2010).

Ante esta situación, los organismos internacionales y los gobiernos de todas las naciones cambiaron sus políticas para distribuir mejor los recursos económicos hacia la atención primaria; hicieron especial énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades e invitaron a las Ciencias de la Salud y las Ciencias Sociales a triplicar esfuerzos e involucrar a la ciudadanía, con objeto de mejorar la situación actual. Asimismo, vieron la comunicación como parte del engranaje que permitiría el empoderamiento de la población.

De ahí que se acuda a la comunicación, en sus diferentes manifestaciones, para lograr esa interacción entre los componentes que fortalecen el crecimiento sostenido de los pueblos. Incluso se promueven encuentros académicos y entre diversos organismos para lograr acuerdos como el *Consenso de Roma* (2006), documento surgido del Congreso Mundial sobre Comunicación para el Desarrollo, convocado por el Banco Mundial, la FAO y The Communication Initiative, en el que se describe la manera en que “los diseñadores de políticas pueden usar la comunicación y los medios como una forma de acelerar los esfuerzos tendientes a mejorar la seguridad alimentaria y de salud y reducir la pobreza”.

De ese modo, la CpD de una sociedad más sana ha originado “un nuevo campo de investigación y trabajo profesional en el mundo de la comunicación: la *health communication* o comunicación sobre salud”, ya que la ausencia de comunicación sobre salud impediría las acciones políticas o educativas para proporcionar a los ciudadanos y a la sociedad una vida más sana (Martín Algarra, 1997: 193, 194).

Desde las Ciencias de la Comunicación se ha visto la oportunidad de promover la sinergia entre la población y las instituciones correspon-

dientes, para disminuir los altos índices de mortalidad por enfermedades que pudieran ser prevenidas y que representan una preocupación global y local, manifestada en los planes o programas de desarrollo de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la UNESCO, el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Municipal de Desarrollo.

1.3.1 Surgimiento de la Comunicación para la Salud (CS)

Ya desde 1951, la OMS (2007: 7) publicó su primer reglamento jurídico para prevenir la propagación internacional de enfermedades como la peste, la fiebre recurrente, la viruela, el tifus y la fiebre amarilla:

Los viajes internacionales se hacían en barco y las noticias viajaban en forma de telegramas... [Sin embargo, el mundo ha cambiado], la situación de las enfermedades es todo menos estable. El crecimiento demográfico, la incursión en zonas antes deshabitadas, la rápida urbanización, las prácticas agrícolas intensivas, el deterioro del medio ambiente y el mal uso de los antimicrobianos han alterado el equilibrio del mundo de los microorganismos. Están surgiendo nuevas enfermedades a ritmo sin precedentes de una por año. Las compañías aéreas transportan hoy a más de 2000 millones de pasajeros anualmente, disparando así las oportunidades de los agentes infecciosos y sus vectores para propagarse rápidamente de un país a otro.

Quedaba expuesta la necesidad de implementar mecanismos que atendieran la diversidad de problemáticas en materia de salud, y la comunicación ha tributado esto. Refieren Fox y Coe (2001) que, en 1967 en la India, fue cuando se implementó “la primera campaña de comunicación social que resultó exitosa, utilizando los medios de comunicación para la planificación familiar”. Agregan que los medios de comunicación fueron llamados a colaborar en las campañas masivas para el mejoramiento de la salud y los modos de vida, para lo que emplearon muchas de las técnicas creadas por la publicidad y el mercadeo comerciales.

Alcalay (1999: 192) ubica el área de las comunicaciones asociadas a la salud en los Estados Unidos de América, desde hace más de veinte años. Asegura que en casi todas las instituciones académicas se dedica a esta disciplina una división o área de interés y existen dos revistas que tratan exclusivamente del tema: *Health Communication* y *Journal of*

Health Communication. Sin embargo, sólo la Escuela de Comunicaciones de la Universidad Emerson ofrece un título en Comunicación y salud.

La investigadora agrega que “el origen de esta área de especialización en comunicaciones para la salud se atribuye a un proyecto en particular, el Stanford Heart Disease Prevention Project, dirigido por el doctor Jack Farquahar, cardiólogo, y el doctor Nathan Maccoby, profesor de comunicaciones [iniciado en 1972; se incluyeron psicólogos, médicos, sociólogos y otros especialistas]” (Alcalay, 1999: 192).

1.3.2 Orígenes y formas que adopta

Ahora bien, la *Comunicación para la Salud* tiene como antecedente la educación para la salud y ésta, a su vez, la promoción de la salud, por lo que se hará un breve repaso de estos dos tópicos.

La doctora Gloria Ruiz Guzmán (en Baena y Montero, 1989: 23) explica que la educación para la salud se enmarca dentro del ejercicio de la medicina, en el área de la salud pública, y su quehacer se enfoca en el nivel primario, es decir, en los aspectos preventivos. La doctora adjudica los inicios de la educación para la salud a México, desde antes de la llegada de los españoles, ya que en los códigos indígenas se muestran consejos sobre salud y enfermedad. Más tarde, Fray Toribio de Benavente refiere recomendaciones de higiene personal como lavarse las manos antes de comer, asear donde se come, lavarse la boca y los dientes. En la época colonial se obligaba a las personas a practicar la limpieza de las calles y los lotes baldíos, proteger depósitos de agua, etcétera. En 1921 se publicó el primer código sanitario y se instaló una oficina de Propaganda y educación higiénicas; en 1933 impartió cursos por correspondencia a maestros y

en 1940 crearon Comités Foráneos de Educación Higiénica. En 1942 se inauguró el Museo Nacional de Higiene, con una exposición permanente de modelos anatómicos y fisiología de los aparatos y sistemas del cuerpo. Así como los mecanismos de transmisión de enfermedades infecciosas más comunes en nuestro medio; complementado por la exhibición de películas y distribución de folletos. En 1973 se promulga un nuevo código sanitario y en el Plan Nacional de Salud se incluye como parte fundamental el programa de educación para la salud, consistente en una serie de actividades que tienen como propósito final la participación activa y

consciente de los individuos, en beneficio de su salud, para propiciar su desarrollo, el de su familia y el de su comunidad (en Baena y Montero, 1989: 24).

Sin embargo, señala la doctora Ruiz (en Baena y Montero, 1989: 29, 30) que tales pretensiones no se han cristalizado por múltiples razones, entre éstas, el que no exista especialistas en educación para la salud, sino personal improvisado con una deficiente e inadecuada preparación al respecto: pasantes en servicio social, trabajadores sociales, enfermeras, médicos, maestros, etcétera. Y con objeto de propiciar el cambio a partir de una filosofía más adecuada al hombre y a la sociedad en la que vive, surgió una disciplina síntesis, la Comunicación para la Salud, para posibilitar al hombre la discusión franca sobre su realidad, en una relación dialéctica y dialógica, que genere un proceso de cuestionamiento del conocimiento en su indiscutible vínculo con la realidad concreta, en la cual se produce e incide, para comprenderla, explicarla y transformarla; proceso que tienda a la concientización.

1.3.2.1 Promoción de la salud: antecedente de la CS

Periódicamente, los representantes de las naciones se reúnen para tratar temas que preocupan en el mundo. Respecto a la salud, fue en 1986 cuando se promulgó la Carta de Ottawa y se estableció que

la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Agrega que para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente... y la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario, sino que también incluye a los medios de comunicación, entre otros agentes, como mediadores en la promoción de la salud.

Adicionalmente, en la Cuarta Conferencia Internacional en este campo (1997: 3-4), se hizo la Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI, en la que se reconoció como esencial la cooperación y la creación de nuevas colaboraciones para la salud, sobre un terreno de igualdad entre los diferentes sectores, en todos los niveles de la gestión de los asuntos públicos. Se consideró necesaria la rup-

tura de las fronteras tradicionales dentro de sectores del gobierno, las organizaciones no gubernamentales, el sector público y privado. De igual manera, se contempló el empoderamiento para tener acceso real y constante al proceso de decisión y a las herramientas y los conocimientos cardinales para efectuar el cambio.

En la declaratoria de Yakarta se privilegian los recursos sociales, culturales y espirituales, pues se contempla que deben ser aprovechados de manera innovadora en favor de la salud. También se tiene conciencia de que mejorar la capacidad de las comunidades para la promoción de la salud requiere educación práctica, liderazgo y acceso a los recursos.

Por su lado, en la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (OMS/OPS, 2000: 5-6), el Director General de la OMS definió como prioridades cuatro direcciones estratégicas:

reducir la mortalidad y la discapacidad excesivas, reducir los riesgos a la salud humana, crear sistemas de salud que mejoren equitativamente los resultados de salud, y colocar a la salud en el centro de la política económica y de desarrollo [para lo cual se requiere] divulgar el conocimiento, arribar a un consenso sobre la forma de aplicar el conocimiento, y fomentar políticas públicas favorables a la salud que alienten a las personas a aplicar el conocimiento por sí mismas.

Igualmente, la OPS propuso el programa de Promoción de Salud como instrumento a utilizar en toda la región, para la consecución de la meta Salud Para Todos, en el año 2000. Sus principales objetivos son: proteger la salud mediante cambios ambientales y en los estilos de vida y patrones de conducta, transformar los servicios (procesos de fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud —SILOS), utilizar información científico-técnica, estrategias de comunicación social y participación comunitaria y optimizar y evaluar programas de comunicación social.

Una disposición de los organismos internacionales utilizada contra la resistencia a cambios de conducta saludables o a la adopción de una cultura de la prevención promovida por los órganos de gobierno u otras instancias de salud, fue la expedición de reglamentos y manuales que regularan algunas medidas sanitarias, como el Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005), que entró en vigor en junio de 2007;

un instrumento jurídico internacional concebido para optimizar la seguridad frente a la propagación mundial de las enfermedades [con el que se pretende] reducir el impacto internacional de las emergencias de salud pública..., adoptar una estrategia de gestión de riesgos proactiva... que tiene por objeto detectar los eventos con prontitud y yugarlos en su origen, antes de que puedan convertirse en una amenaza internacional (OMS, 2007: 8).

En el mismo sentido, para acceder a la base de datos que alimentan los países miembros de la UNESCO como Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal y Venezuela; se construyó el portal de la Red Internacional de Fuentes de Información y Conocimiento para la Gestión de Ciencia, Tecnología e Innovación (Red SCIENTI), a la que distintos actores (investigadores, estudiantes, gestores, profesionales y otros) pueden acceder para obtener información.

La UNESCO (2003: 3) presentó este proyecto piloto de promoción al acceso a la información en la esfera pública en América Latina. En la red SCIENTI, este organismo, la iniciativa regional de los Consejos Nacionales de Investigación, la OPS y el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME) trabajan en conjunto para integrar sus visiones de gestión, divulgación del conocimiento científico y tecnológico, en niveles nacionales e internacionales.

A pesar de todo, son insuficientes las acciones gubernamentales si no involucran la participación activa de los pobladores; por lo que es necesario crear condiciones favorables para la salud entre los grupos vulnerables, a través de políticas públicas de CS que disminuyan los factores de riesgo en las personas con situaciones socioeconómicas desfavorables y que estén fortalecidas con esfuerzos comunitarios, en pro de su desarrollo.

1.3.3 Definición de Comunicación para la Salud

Tal como ocurre con el acercamiento conceptual a la comunicación, la definición de *Comunicación para la Salud* ha tenido distintos matices y diferencias significativas que van desde la clásica transmisión de mensajes hasta la producción de sentido, su apropiación.

Para la OMS, la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud (*Healthy People* 2010, en Mosquera, 2002: 19).

Con un enfoque más integrador, el Ministerio de Salud del Perú considera la Comunicación para la Salud (CS) como

el proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente poder ejercer sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y al bienestar (en Choque, 2005: 7).

Coe (1998), desde su visión estadounidense, concibe la CS como “la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño”, o como el “proceso de presentar y evaluar información educativa persuasiva, interesante y atractiva que dé por resultado comportamientos individuales y sociales sanos”.

Alcalay (1999: 192) apunta que, desde 1993, la Oficina de Comunicación y Salud, ubicada en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, define su labor como “el diseño y la diseminación de mensajes y estrategias que se basan en la investigación del consumidor, para promover la salud de los individuos y las comunidades”. Del mismo modo, la Escuela de Comunicaciones y la Escuela de Medicina Tufts de la Universidad Emerson, definen la CS como

el arte y la técnica de informar, influenciar y motivar a los individuos, las instituciones y el público general, sobre temas de salud importantes, [como los] de prevención de enfermedades, promoción de la salud, políticas de salud, financiamiento y mejoramiento de la calidad de vida y salud de los miembros de una comunidad.

Como puede observarse, la prioridad que recibe la CS parte de una arista difusiva, transmisiva o persuasiva, típicos enfoques de una comunicación instrumental centrada en lo mediático y de carácter ma-

nipulador, si bien en beneficio del sujeto. Pero ese sujeto favorecido tiene muy poca capacidad de decisión y mucho menos, participación, sólo aquella que sea para hacer lo que se le dice es mejor para su salud desde la experticidad, desde lo exógeno.

No obstante la existencia de estudios o acercamientos de comunicación y salud, como los de Coe (1998), Mosquera (2002), Pereira (2003), García (2004), Del Valle (2004) y Choque (2005), entre otros; hace falta desarrollar investigaciones transdisciplinarias e implementar estrategias de comunicación y educación para la salud que unan esfuerzos transdisciplinarios e intersectoriales en todas las regiones (Zermeño, 2009a: 146).

De ahí que la CS, vista más allá de la difusión de las campañas de salud, sea un proceso que busca la interacción entre los diferentes sectores, instituciones e integrantes que conforman la sociedad, quienes, a través de una participación activa de la comunidad, toman decisiones conjuntas sobre las prioridades y estrategias que deben trabajar para mantener un nivel óptimo de salud, en vínculo con distintas disciplinas que aportan a la salud integral de las personas como la Medicina, Enfermería, Psicología, Educación, Sociología, Derecho, Psiquiatría, Deporte, Artes, la propia Comunicación y otras.

1.3.3.1 Áreas de énfasis de la CS

En la CS, Coe (1998) distingue varias áreas programáticas; las principales son:

- *La comunicación organizacional*: asegura que la misión de la comunicación de la organización de salud (hospitales, clínicas, etcétera), sus metas, objetivos, prioridades y estrategias sean entendidos y promovidos por todo el personal y en todos los niveles hasta llegar a los pacientes.
- *La educación de los medios*: proceso de enseñar a niños y jóvenes a que evalúen, descodifiquen, analicen y critiquen los mensajes mediáticos y comprendan cómo influyen los medios en las costumbres, las actitudes y los comportamientos sociales.
- *Periodismo especializado en salud*: presentación de la información sanitaria en la prensa y los medios electrónicos.

- *Mercadeo social*: prácticas de mercadeo para actividades sociales sin fines de lucro, guiadas por cuatro principios de la comercialización: producto, precio, lugar y promoción; utiliza los canales de la amplia gama de medios para persuadir al público a adoptar una idea, un producto, una práctica, o las tres.
- *Comunicación sobre los riesgos*: definida por el Consejo de Investigación Nacional como el proceso interactivo de intercambio de información y opinión entre individuos, grupos e instituciones. La teoría de la comunicación sobre los riesgos se fundamenta en las teorías del comportamiento, en particular, las que se relacionan con la forma en que las personas eligen opciones en situaciones que crean estrés: las percepciones individuales, tanto de la salud como de los riesgos financieros, se basan en un análisis de probabilidades de ganancia, pérdida, *statu quo* y beneficios esperados. Además, los individuos tienden a ser optimistas y piensan que unas personas corren menos peligros que otras similares frente a amenazas concretas para la salud.
- *Eduentretenimiento*: tiene sus orígenes en América Latina, concretamente en una telenovela peruana que promueve la costura, en la telenovela mexicana *Ven conmigo*, que promueve la alfabetización de adultos y otros. Es importante que la información sanitaria orientada al entretenimiento sea atractiva, fácil de entender y capaz de influir en los comportamientos.
- *Comunicación social*: estos programas empezaron a aparecer a fines de los sesenta, principalmente en América Latina, como respuesta a una mayor centralización de los medios de comunicación comerciales. Su objetivo principal es promover la participación comunitaria y la programación cultural y educativa para mejorar la estructura de la sociedad.

El programa de la Universidad de California, en Davis, ofrece cursos en esta área temática, donde participan alumnos de diversos campos de estudio, tales como Educación, Medicina, Ciencias Conductuales Aplicadas, Administración de Empresas, Sociología, Agronomía, Ciencias Políticas y Psicología (Alcalay, 1999: 194). Entre las líneas de investigación de la universidad están: influencia de los medios masivos

en la percepción del riesgo de enfermedades; tácticas de comunicación interpersonal y de construcción de mensajes en situaciones problemáticas —acoso sexual, violación, etcétera—; factores sociales que influyen en comportamientos hacia la prevención del sida; propaganda de productos farmacéuticos que aparece en revistas; audiencias y planificación, diseño, ejecución y evaluación de campañas de comunicación dirigidas a poblaciones multiculturales.⁶

Es evidente la fragmentación en las formas de enfocar las diferentes actividades sobre Comunicación para la Salud, así como las diversas temáticas, objeto de seguimiento científico.

Mosquera (2002) visualiza algunas teorías utilizadas en proyectos de CS, tales como *teorías de la Acción Razonada*, *Aprendizaje Social* y *Creencias en Salud*.

De cualquier modo, las creencias acerca de la adopción de un comportamiento, los obstáculos y las ventajas del medio ambiente social y natural son determinantes importantes en la identificación de un cambio de conducta o práctica. Reconocer que estos determinantes pueden variar de una población a otra ilustra el valor de considerar la diversidad teórica en el desarrollo de una comunicación en salud efectiva (Mosquera, 2002).

Coe (1998), desde la corriente estadounidense, considera como elementos claves en un programa de CS el uso de la Teoría de la Persuasión, la investigación y segmentación de la audiencia, y un proceso sistemático de desarrollo de programas.

En total acuerdo con Mosquera (2002: 28), se concluye que el éxito de un programa en esta vertiente está determinado por una combinación sinérgica de varios componentes claves como solidez teórica, claridad conceptual y planificación de las acciones comunicacionales en las que la investigación, en sus modalidades de diagnóstico y evaluación, proporcione los insumos esenciales para la gestión de los programas a partir de la identificación de los indicadores específicos que permitan evaluarlos y monitorearlos; acciones en las que los pobladores beneficiados participen, en todas las fases del desarrollo de los programas

6. Campañas de prevención del tabaquismo y de enfermedades del corazón, planificación familiar, cuidado prenatal y vacunación.

acordados, pero sobre todo, con el ingrediente principal que apuntan Baena y Montero (1989): la participación.

1.3.4 La transdisciplina, una necesidad en la CS

La seguridad sanitaria mundial, o su ausencia, puede repercutir en la estabilidad económica, política, el comercio, el turismo y el acceso a bienes y servicios; y si falta reiteradamente, en la estabilidad demográfica. Abarca un amplio abanico de cuestiones complejas y abrumadoras que se extienden desde el ámbito internacional hasta el familiar, en particular, las consecuencias sanitarias de la pobreza, las guerras y los conflictos, el cambio climático y los desastres naturales o de origen humano (OMS, 2007: 10).

Esto justifica que el abordaje teórico-práctico de la seguridad sanitaria mundial debe hacerse desde distintas perspectivas disciplinarias y, dada su complejidad, con una visión transdisciplinaria en la que se incluyen las prácticas de Comunicación para la Salud.

Hace años, expresa Martín-Barbero (2008: 10) “no se hablaba de culturas de la salud —había un sólo modelo...—, mientras que hoy en día... en América Latina, se plantean muy en serio otras concepciones de la salud y del saber medicinal, vinculadas a otras concepciones del cuerpo”.

De hecho, en el Congreso Internacional de Promoción para la Salud celebrado en 2008, en Puebla, México, se presentaron talleres en los que médicos alópatas mostraron estudios y acercamientos realizados en comunidades indígenas o populares, en los que analizaban las características del éxito de los curanderos de la comunidad; incluso, uno de los médicos exponentes incluyó en uno de sus libros el procedimiento para curar de “empacho”, narrado por un civil, sin estudios científicos, pero con conocimientos precisos para sobar y hacer estiramientos de la piel cercana al estómago y a la espalda de una persona enferma, para liberarla de su malestar. En este congreso se reconoció esta práctica como parte de los saberes que deben rescatarse para el bien de la comunidad.

De igual forma, en otro congreso internacional sobre el mismo tópico, celebrado en 2009 en Hermosillo, Sonora, México, al que asistie-

ron las diversas tribus del estado, uno de los indígenas participantes manifestó que sus creencias les impedían aceptar la existencia de bacterias en su cuerpo, por lo que no aprobaban los antibióticos ante una enfermedad infecciosa.

A decir de Martínez Miguélez (1999), si bien al paradigma newtoniano-cartesiano se debe el avance tecnológico de los últimos siglos, en los otros ámbitos ha sido superado:

el positivismo como paradigma conceptual de la ciencia imperó durante casi tres siglos; donde se consideró al “Modelo especular” como la orientación tradicional del conocimiento, su idea central expresa que fuera de nosotros existe una realidad totalmente hecha, acabada y plenamente externa y objetiva. Los positivistas de los últimos tres siglos (Locke, Hume, J. S. Mill, Comte, Mach y otros) crearon el aforismo: “nada se da en el intelecto que antes no haya estado en los sentidos”.

En una aguda crítica, Morin dice (1998: 29): “Vivimos bajo el imperio de los principios de disyunción, reducción y abstracción, cuyo conjunto constituye... el «paradigma de simplificación». Descartes formuló ese paradigma maestro de Occidente, desarticulando al sujeto pensante y a la cosa extensa, es decir, filosofía y ciencia”.

Era apremiante la gestación de nuevos enfoques como el pospositivismo, paradigma alejado del viejo positivista; así como distintos y complementarios campos del conocimiento dentro de la biología, la psicología, el lenguaje y otros.

Tal es el caso de la CS que, de acuerdo con Alcalay (1999: 195), es, “por lo general, interdisciplinaria y, por lo tanto, necesariamente opuesta al oscurantismo y la sobreespecialización”, ya que “confluyen conocimientos provenientes de la psicología social, sociología, medicina, epidemiología, antropología y salud pública, además de la comunicación social”:

Es común trabajar en equipos interdisciplinarios en los que hay que compartir experiencias y conocimientos prácticos de diferentes ámbitos para poder resolver problemas complejos. En estas circunstancias, es preciso usar un lenguaje claro y poder poner en operación conceptos y teorías de comunicación social que sean útiles para el equipo interdisciplinario... Los profesores investigadores de escuelas de comunicación frecuentemente trabajan en equipo con miembros de facultades de medicina para elaborar propuestas que han de presentarse a organismos que pueden financiarlas.

Sin embargo, como explica Ritzer (1997: 96), han surgido teorías síntesis como la teoría social posmodernista, que analiza este tipo de sociedad diferente, desde una forma integradora en el sentido de que extrae ideas de una amplia gama de disciplinas: la Filosofía, la Teoría cultural y la Teoría social, entre otras. En el mismo sentido, Basarab (2009) expresa que la necesidad indispensable de *entrelazar* las diferentes disciplinas se manifiesta en el surgimiento, hacia la mitad del siglo xx, de la pluridisciplinariedad y de la interdisciplinariedad.

La transdisciplinariedad tiene como finalidad la comprensión del mundo presente... se interesa en la dinámica que se engendra por la acción simultánea de varios niveles de realidad... se nutre de la investigación disciplinaria, la cual, a su vez se aclara de una manera nueva y fecunda, por medio del conocimiento transdisciplinario. En ese sentido, las investigaciones disciplinarias y transdisciplinarias no son antagónicas, sino complementarias.

A Edgar Morin, el reconocido promotor del pensamiento complejo y la transdisciplina, Pakman (en Morin, 1998) lo describe como un

transgresor de fronteras disciplinarias... [con] una inusual capacidad para ver a los procesos sociales en movimiento, para iluminar aspectos generalmente soslayados, cuestionar presuposiciones dada por evidentes..., articula nociones provenientes de disciplinas diversas para abordar un tema que le permite establecer puentes entre lo humano a nivel biofísico con los niveles antro-po-sociales y psicomitológicos..., una transdisciplina en la que lo cultural son sucesos que se dan entre los seres biológicos, que son seres físicos..., articulación en la cual lo físico y lo biológico se complejizan y complejizan, a su vez, a lo cultural.

El desafío de la complejidad es pensar complejamente como metodología de acción cotidiana, en cualquier campo en que se desempeñe. El contacto de la obra filosófica de Castoriadis y Serres y la obra epistemológica de Popper y Kuhn, Lakatos y Feyerabend, estimula también su pensamiento en relación con la función de la ciencia en esa aventura transdisciplinaria (Pakman, en Morin, 1998: 9-15).

Aunque la UNESCO respalda la transdisciplinariedad, existen múltiples barreras y críticas, como las de Alvargonzález, quien cuestiona a Morin y a todos los que firmaron la Carta de la Transdisciplinariedad:

la filosofía idealista de unos “intelectuales” que en la tranquilidad del convento de la Arrábida, financiados por la UNESCO, proclaman de un modo ingenuo que los males del mundo se disolverán con el diálogo, la comprensión y la tolerancia..., creen en la bondad ya no sólo del género humano sino de la misma Naturaleza transdisciplinaria (Alvargonzález, 2003: 12).

También desde la comunicación como objeto de estudio, plantea Martín Algarra (2009: 153) que “no deja de ser paradójico que la abundancia de aportaciones teóricas sea uno de los grandes problemas de la teoría de la comunicación y que, simultáneamente, la búsqueda de una sistematización...de cada teoría... se haya convertido en prioridad”.

Por su parte, Martínez Miguélez (2009: 17) consideró entre los obstáculos para lograr la transdisciplina, la tendencia de los especialistas a proteger sus áreas particulares de experticia disciplinar de la invasión o intrusión de científicos de “otras áreas” en su jurisdicción académica. De esta forma, “el *Principio de Complementariedad* subraya la incapacidad humana de agotar la realidad con una sola perspectiva, punto de vista, enfoque, óptica o abordaje, es decir, con un sólo intento de captarla” (Martínez Miguélez, 2004).

Con todo, el campo de la salud y, particularmente, el de la Comunicación para la Salud, producto de la hiperespecialización y disciplinización existente —tanto en la salud como en la comunicación—, se revelan como un espacio en el que, desde la transdisciplina, puede y debe realizarse un abordaje integral.

1.3.5 Retos epistemológicos, teóricos y metodológicos, así como afinidades y divergencias entre CpD y CS

Antes de exponer el perfil del CUO, es importante detenerse en los retos que esta aproximación teórico-metodológica ha representado, debido a que la producción de conocimientos en la academia exige la reflexión respecto de las coordenadas epistemológicas, teóricas y metodológicas del campo de estudio. En lo que respecta al presente documento, en el que se vinculan la CpD y la CS, dichas coordenadas representaron un reto, dada la complejidad del fenómeno estudiado y el andar paralelo, pero con distintos énfasis, de ambas especializaciones.

Sobre el carácter epistemológico de la comunicación, Saladrigas (2006: 10) advierte que

muchos estudiosos, profesores e investigadores, fundamentalmente de Iberoamérica, reconocen críticamente lo raro que resulta en el seno de su obra y reflexión, el enfoque epistemológico, muy a pesar de la probada existencia de una historia suficiente para ello y con lo cual realzan la necesidad de las investigaciones teóricas y metodológicas, con el implícito que todo enfoque teórico entraña el desarrollo de una metodología que permita analizar lo hecho y lo que se está haciendo y el cómo se está haciendo...

Ahora bien, para adentrarse en la epistemología de esta investigación fue necesario realizar algunos anclajes que vincularan la CpD y la CS, articulándolas desde la mirada de la comunicación, la sociedad, la cultura, las mediaciones e interacciones, de forma que se ampliara la perspectiva difusional o instrumental del fenómeno estudiado.

Históricamente, en las escuelas de Comunicación se enseñan las teorías de la comunicación masiva y muy pocas veces se aborda la perspectiva interaccional, una de las cinco dimensiones de la comunicología, según distingue Galindo (2008). El gran reto de la CpD y la CS es validar dicha dimensión, la de la interacción, sustentadas en un modelo dialógico de la comunicación.

Asimismo es importante destacar, para el abordaje teórico de ambas especializaciones, un aspecto relevante dentro de los estudios que tributan a la comunicación masiva, el de las *mediaciones*, acuñado por Orozco (1998) y Martín-Barbero (2001), entre otros autores mencionados. Desde esta perspectiva se abandona a los emisores como objetos de estudio y se desplaza la mirada de lo mediático a lo cultural, y resalta el hecho de que los sujetos de la comunicación, cotidianamente, conviven con las instituciones —familia, escuela, gobierno, iglesia—, además, cumplen diversas funciones y tienen su propia cultura, lo cual no los hace blanco fácil de los anhelos de los emisores. Esta postura teórica de la comunicación mediática rompió con los paradigmas existentes y amplió las posibilidades de análisis; por lo que se rescata y se adapta a la presente propuesta.

Como se observó en los apartados anteriores, la CpD y la CS surgen para promover una mejora en el estado prevaleciente de las personas, lo que redundará en el progreso de sus contextos familiares y regionales.

Ambas buscan cada vez más la participación activa y la toma de decisiones conscientes en la población. Esto es, entre las afinidades de dichas disciplinas asociadas al campo de la Comunicación social se observan la razón del surgimiento, algunos objetivos que persiguen, algunas estrategias actuales con las que pretenden lograrlos y las teorías iniciales que sustentan sus prácticas.

En el plano teórico, tanto la CpD como la CS han acuñado los paradigmas positivistas de origen norteamericano, con el ánimo de rescatar del atraso las naciones afectadas por los conflictos bélicos, donde los buenos hábitos de salud resultan primordiales.

Entre las diferencias de ambos procesos se encuentra que la CpD tiene un espectro más amplio porque pretende empujar el progreso del país mediante avances alimentarios, de infraestructura, vivienda, educación, salud, etcétera; mientras que la CS sensibiliza y capacita a las personas para el aprovechamiento de dichas mejoras, mediante la atención a aspectos integrales, ya que la ausencia o presencia de dichos niveles de bienestar perjudican o favorecen la salud física y emocional del individuo.

La CpD primero puso en práctica las acciones que ayudarían a los países tercermundistas a elevar sus estándares de producción agrícola, entre otros rubros, y diez años después se iniciaron los estudios científicos que dieron sustento a ese quehacer.

A decir de Beltrán (2005: 6-8), la CpD parte de tres ejercicios de expresión popular, entre 1940 y 1950, con radioescuelas colombianas —propiciadas por la iglesia católica con participación activa de campesinos que procuraban el mejoramiento de la producción agropecuaria, de salud y educación—, las radios mineras bolivianas al servicio de todos los ciudadanos, así como los ejercicios de extensión agrícola, educación sanitaria y educación audiovisual; ya fuera para capacitar a los agrónomos de forma que pudieran traducir a las comunidades rurales la información a fin de mejorar la producción agropecuaria, mediante el contacto interpersonal y de los medios masivos (radio, folleto y cartel), para explicar a profundidad los instructivos del cuidado de la salud pública (de manera individual y en grupos), o bien para aplicar estrategias pedagógicas innovadoras con el uso de técnicas audiovisuales, como la grabación radiofónica, la fotografía y la cinematografía.

En el mismo sentido, en la CpD se toma como uno de los elementos clave el tema sanitario, que resulta objeto de estudio de la CS; pero a diferencia de la CpD, la CS no inició sólo con la práctica, sino también con la teoría.

Sin embargo, Obregón,⁷ en desacuerdo con Beltrán, señala que la historia de la CpD se resume en tres momentos con un repunte teórico. Ignora los ejercicios prácticos a los que alude Beltrán como inicio de esta disciplina y la ubica desde

las teorías de la modernización de los años 60 consistentes en replicar el modelo de los países industrializados en los países en vías de desarrollo; las miradas críticas que surgen en América Latina en los años 70 y 80, que plantean formas alternativas de desarrollo vinculadas a los movimientos sociales como contrapunto a los modelos que crean dependencia del tercer mundo..., y la situación actual, con más énfasis en las desigualdades entre sociedades y en el fortalecimiento de las capacidades internas de los propios países en vías de desarrollo, así como en el respeto de los derechos humanos (Obregón, 2007).

Igualmente, Obregón (2007) afirma que “hoy la comunicación ocupa un lugar central en los procesos de desarrollo, ya no como un instrumento, sino como una dinámica propia de estos procesos”.

Paradójicamente, un dato relevante es el hecho de que los primeros ejercicios de CpD fueron participativos; sin embargo, una vez aplicadas las teorías de la persuasión, las acciones se tornaron unidireccionales. Por otra parte, se han emprendido vertientes críticas y participativas desde las teorías de la comunicación. En este caso, se rescataron modelos a la CS como el de mediaciones de Martín-Barbero, Orozco y Martín Serrano. También se han adaptado diversas perspectivas en defensa de las interacciones sociales, la educación y la comunicación, como la de Freire, Bourdieu, Morin, Moscovici y otros; sin embargo, continúan las disparidades entre países en vías de desarrollo. Basta con voltear la mirada hacia los indicadores económicos de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), para percibir que México y otros países latinoamericanos reflejan serios problemas en ámbitos de

7. Con más de veinticinco años en este campo; fue asesor regional de comunicación en el área de salud familiar y comunitaria de la OMS.

la educación, la seguridad, la economía, etcétera, a diferencia de los países de primer mundo que conforman esta organización.

Por su lado, Coe (1998) especifica que

las teorías o los modelos del cambio de comportamiento postulan que la adopción de comportamientos sanos es un proceso en el cual los individuos avanzan, a través de diversas etapas, hasta que el nuevo comportamiento se convierta en parte de la vida diaria. Los modelos recalcan que los mensajes y programas transmitidos por los medios de comunicación son más eficaces en las etapas iniciales, aunque las comunicaciones interpersonales y las redes comunitarias de apoyo social son sumamente importantes durante las etapas posteriores.

Mosquera (2003: 3),⁸ al realizar un mapa de rutas conceptuales y teóricas empleadas en materia de CS, publicadas en la red,⁹ concluye que no existen modelos teóricos puros para el abordaje de la CS, es decir, “las fronteras entre teorías no están claramente definidas... [entre estas] las teorías de la acción razonada, aprendizaje social, creencias en salud...”.

Las teorías del comportamiento han sido ampliamente utilizadas por la CpD y la CS, aunque en ambas especialidades se evidencian las limitaciones de esa perspectiva y se invita a complementarse o sustituirse por modelos participativos y dialógicos.

8. Comisionado por la Organización Panamericana de la Salud.

9. En el sitio *web* La Iniciativa de Comunicación.

Capítulo 2

Metodología y diagnóstico sociocultural de la Colonia Conjunto Urbano Orizaba de Mexicali, Baja California

2.1. Perspectiva metodológica

Los índices de enfermedades crónico-degenerativas que afectan a la humanidad crecen exponencialmente, sin embargo, dichos padecimientos, en su mayoría, son prevenibles y para disminuirlos se requiere de atención interdisciplinaria y transdisciplinaria, esto es, de la participación del gobierno, de los especialistas, de la iniciativa privada, de la comunidad beneficiada y de todas las instituciones de la sociedad, a partir de la concertación de intereses mediante la comunicación, con objeto de facilitar la socialización de modelos de intervención y crecimiento del ser humano.

En lo que respecta a las Ciencias de la Comunicación, la teoría se ha desprendido cada vez más del enfoque transmisivo para dar paso a una conceptualización de la comunicación como el proceso donde se pone en común sentimientos, emociones, ideas, conceptos u otra información, de manera dinámica, lo que se logra a partir de la construcción de significados compartidos, del mutuo entendimiento, ya que es posible no estar de acuerdo con la opinión o las ideas del interlocutor, pero entender su postura y reconstruir una nueva visión, integrar elementos de ambos para solucionar o lograr el objetivo por el cual iniciaron ese proceso (Zermeño, 2004).

De acuerdo con Manucci (2004), en todo proceso de comunicación se intercambian símbolos, no información unívoca; la comunicación implica sincronía, interacción por sobre la manipulación.

Por otra parte, México es un país con serios problemas en seguridad, salud, medio ambiente y otros rubros; Baja California lleva su parte, dada la colindancia con Estados Unidos, lo cual resulta un atractivo para las compañías trasnacionales y los paisanos que desean mejorar su nivel de vida, de tal manera que la saturan con fábricas y maquiladoras, que si bien dan empleo a los pobladores, también contaminan el medio ambiente, generan condiciones de estrés, sobrepoblación y otros problemas que afectan la salud.

De igual manera, Mexicali, la capital de Baja California, ofrece beneficios y retos que vencer. Entre sus virtudes se encuentra el calor de su gente, sus múltiples motivos para reunirse y festejar con las típicas comidas chinas o carnes asadas, la amplia gama de empleos, la variedad en restaurantes, la apertura ideológica y la facilidad para hacer rendir los ingresos, debido al desarrollo de una economía fronteriza.

Entre los retos de esta ciudad se encuentran los extremos en el clima, el alérgico polvo suspendido en la atmósfera —por las pocas precipitaciones pluviales del ecosistema desértico que la caracteriza—; el alcoholismo, justificado por el exceso de consumo de cerveza para mitigar las altas temperaturas de verano; las patologías que han ido en aumento en la mujer de la región, como es el caso de cáncer de mama y cervicouterino, entre otras enfermedades crónico-degenerativas.

Respecto al estudio de caso en esta ciudad, la colonia Conjunto Urbano Orizaba se constituye por una población con disparidades: algunas familias, cuyas viviendas tienen pisos de tierra y letrinas en condiciones insalubres; otras con al menos un integrante que trabaja en Estados Unidos y hacen rendir sus dólares en Mexicali, para lo cual dejan a la abuela al cargo de sus hijos, quienes en ocasiones expresan sentirse “abandonados” por sus padres. A esto se suman los resultados de un diagnóstico de salud realizado por la enfermera, licenciada Leticia Rodríguez, coordinadora general del espacio llamado “Universidad en la Comunidad (UNICOM)”, ubicado en esta colonia, para ofrecer sus servicios preventivos, en el que identificó la existencia de fauna nociva, alergias, problemas de diabetes, alcoholismo y drogadicción.

Todo lo anterior representa un desafío para las instituciones de salud. No obstante, sin el involucramiento de la comunidad, sin su autogestión, los alcances de cualquier programa preventivo serán muy restringidos.

Incluso la teoría se ve limitada; aun con

...la existencia de la diversidad de enfoques y matices... [por lo que] ir al encuentro de prácticas comunicativas lo más horizontales posibles supone asumir cambios conceptuales sobre la función de la comunicación y, sobre todo, cambios en la conducción de estos procesos, lo cual implicaría —entre otras cuestiones— la subversión de aquellas prácticas que limiten o anulen diversas posibilidades de participación ciudadana (Portal, 2003: 10).

Pese a todos los esfuerzos emprendidos, no habrá transformación si no es deseada por la población. Corresponde entonces, a quienes tienen la misión de trabajar en estos espacios, poner a prueba las potencialidades que tiene la comunidad para hacer realidad el desarrollo autogestionario y sostenible a que se aspira. Esta participación será necesario sustentarla sobre nuevas formas del consenso y el disenso que permitan hacer de la comunicación el “...encuentro entre los hombres mediatizados por el mundo, para pronunciarlo...” (Freire, 1972: 90, en Portal, 2003: 11).

Desde el ámbito universitario y ante los contrastes socioeconómicos y culturales de esta zona fronteriza del norte de México, llamada colonia Conjunto Urbano Orizaba, con desventajas en la cobertura de servicios de salud y de desarrollo humano, entre otras características abordadas en los siguientes apartados, es que se realizó el presente estudio con el siguiente planteo metodológico:

Preguntas de investigación

1. ¿Cómo debe ser la Comunicación para la Salud en la comunidad del Conjunto Urbano Orizaba (CUO) de Mexicali, Baja California, de manera tal que facilite la construcción social de sentidos favorables hacia una salud integral?
2. ¿Qué rasgos caracterizan las prácticas comunicativas para promover la salud que existen entre los diferentes actores del CUO?

3. ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de esas prácticas comunicativas para promover la salud en el CUO?

Objetivo principal

Fundamentar una propuesta teórico-metodológica que permita implementar Estrategias Comunitarias de Comunicación para la Salud (ECCOS) en la comunidad del Conjunto Urbano Orizaba (CUO) de Mexicali, Baja California, de manera que facilite la construcción social de sentidos favorables hacia una salud integral, desde una visión participativa.

Objetivos específicos

1. Sistematizar los fundamentos teóricos sobre la Comunicación para la Salud, sus antecedentes y su relación con los procesos de desarrollo comunitario.
2. Caracterizar las prácticas comunicativas encaminadas a la salud del CUO, su relación con el perfil sociocultural de la comunidad, además de sus fortalezas y debilidades a la luz de la teoría comunicológica y comunitaria.
3. Elaborar y proponer, a partir de este estudio de caso, un enfoque teórico-metodológico que permita implementar Estrategias Comunitarias de Comunicación para la Salud (ECCOS) que faciliten la construcción social de sentidos favorables hacia una salud integral.

Como *premisas* o principios ordenadores y orientadores de la investigación, se tienen que:

- a) La promoción de la salud regularmente se ha sustentado en modelos de comunicación de corte unidireccional, basados en una concepción positivista. Para su realización se han invertido múltiples esfuerzos y recursos económicos en medios masivos de comunicación; sin embargo carece de resultados a mediano y largo plazo.
- b) Un cambio cualitativo de estos resultados requiere que se asuma una concepción más amplia del proceso de la comunicación y que se tome en cuenta el contexto: características económicas, culturales, religiosas y laborales, entre otras.

- c) Asimismo, se considera que la construcción social de sentidos favorables hacia una salud integral de la comunidad del CUO, como de cualquier otra, demanda la interacción entre los diferentes sectores, instituciones e integrantes que conforman la sociedad, así como un abordaje transdisciplinario y participativo.

La categoría analítica *Comunicación para la Salud* se definió como un proceso que busca la interacción directa e indirecta entre los diferentes sectores, instituciones e integrantes que conforman el CUO o la sociedad, con objeto de facilitar la construcción de sentidos favorables para su salud; así como la vinculación y la transdisciplina en relación con la Promoción para la Salud integral, que suscita la participación activa de la comunidad y tiene en cuenta el contexto sociocultural e histórico en el que se encuentran inmersos.

Entre las *dimensiones* a observar en el CUO se encuentran: modelos de comunicación predominantes, niveles de participación de la ciudadanía y de las instituciones en estos proyectos, función de los líderes comunitarios y uso de los recursos comunicativos empleados para este fin (directos —interpersonales y colectivos— e indirectos —masivos y gráficos).

Las *variables y los indicadores del perfil sociocultural* principales son el contexto y las instituciones con las que cuenta la comunidad: iglesias, escuelas, familias, formas de comunicación, hábitos de consumo mediático, consumos culturales, líderes de opinión, costumbres, vivienda, ingresos, escolaridad, servicios públicos, organización vecinal, reuniones, festividades, ritos, expresiones murales —graffiti—, lugares de reunión, centros culturales y de salud (museos, bibliotecas, clínicas, parques, etcétera).

El *diseño de la investigación* se configura con un *enfoque cualitativo*, bajo el *método etnográfico a través del estudio de caso único, inclusivo y descriptivo-interpretativo*, con objeto de caracterizar las prácticas comunicativas encaminadas a la salud del CUO para, a partir de su análisis crítico, proponer un modelo que facilite la construcción de sentidos favorables para su salud.

Los *métodos de investigación*, presentados a continuación, son entendidos como la estrategia empleada para la adquisición de conocimientos

y datos acerca de la realidad social —con diversas técnicas—, en dependencia del enfoque teórico y del problema investigado (Alonso, 2010). Incluye el contexto de recolección de los datos y el instrumento de medición y evaluación (Hernández Sampieri, 2003); mediante un plan que considere los atributos, conceptos o variables de las unidades de análisis o casos (participantes, grupos, organizaciones, etcétera), las definiciones operacionales, muestra y recursos disponibles —de tiempo, apoyo institucional, económicos y otros (Hernández Sampieri, 2010).

El *método etnográfico* alude a la descripción (*grafé*) del estilo de vida de un grupo de personas habituadas a vivir juntas (*ethnos*). Por lo tanto,

...el “ethnos” es la unidad de análisis para el investigador..., y podría ser una nación, un grupo lingüístico, una región, una comunidad, entre otras. El enfoque etnográfico se apoya en la convicción de que las tradiciones, roles, valores y normas del ambiente en que se vive se van internalizando poco a poco y generan regularidades que pueden explicar la conducta individual y grupal en forma adecuada. Su objetivo inmediato..., es crear una imagen realista y fiel del grupo estudiado, pero su intención... es contribuir en la comprensión de sectores o grupos poblacionales más amplios que tienen características similares (Martínez Miguélez, 1999: 14).

El *estudio de caso* implica un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de interés (García Jiménez, 1991: 67, en Rodríguez, Gil y García, 1996: 92).

Es así como el *método etnográfico* se empleó para crear una imagen y describir el estilo de vida del *caso único de estudio*, el de la comunidad del Conjunto Urbano Orizaba (CUO), de forma que se contribuyera a la comprensión de sus prácticas comunicativas orientadas a su salud. Esto es, se hizo un análisis del modo de vida del CUO, mediante la observación y registro de lo que la gente hace, cómo se comporta y cómo interactúa entre sí, para describir sus creencias, valores, motivaciones, perspectivas y cómo varían en diferentes circunstancias; enfatizándose en las prácticas comunicativas orientadas a su salud.

Como punto de partida se empleó la investigación documental, aunada a la aplicación de la encuesta para el análisis cuantitativo y otras tres técnicas para su posterior interpretación cualitativa: observación participante, entrevista y grupos focales.

La *observación participante* se realizó mediante un recorrido, la convivencia con los pobladores y durante la aplicación de los instrumentos, con el objetivo de complementar la información que posteriormente sirviera para la triangulación de resultados y su interpretación.

Con la *entrevista semiestructurada* se identificaron los elementos que caracterizan el trabajo de Comunicación para la Salud en el CUO. Fueron hechas a miembros representativos que pudieran dar cuenta significativa del proceso evolutivo de la comunidad y sus integrantes.

El *grupo focal*, centrado en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes, cuyo objetivo fundamental descubrir una estructura de sentido compartida, bien fundamentada por los aportes de los miembros del grupo (Martínez Miguélez, 2004), permitió conocer el significado otorgado al bienestar, la dinámica de la población del CUO, lo que piensa sobre los servicios de salud y las sugerencias que realizan los representantes de las diferentes instituciones de salud de la localidad.

La *encuesta*, como técnica cuantitativa, permitió la recolección de los datos mediante un instrumento diseñado para registrar las opiniones, ideas, creencias, actitudes y preferencias del público elegido (Hernández Sampieri, 2003), a partir de una muestra representativa de la población del CUO, para conocer el perfil sociocultural, las actitudes hacia el cuidado de la salud, sus opiniones acerca de los representantes y de los servicios otorgados por las instituciones.

En cuanto al aspecto *documental*, se retomó el informe del diagnóstico de salud elaborado por la entonces responsable del centro de atención “La Universidad en la Comunidad” (UNICOM), ubicado en la colonia y perteneciente a la Universidad Autónoma de Baja California, licenciada en Enfermería Leticia Gabriela Rodríguez Pedraza.

Las *unidades de observación* fueron: líderes formales (directores de escuelas, religiosos, educativos y otros) e informales (tenderos y vecinas) del CUO; personas que conocen la historia de la zona y a sus pobladores, así como las familias encuestadas.

2.2 Mexicali: una ciudad fronteriza de contrastes

Son característicos de Mexicali sus corredores o parques industriales —donde se maquila desde textiles hasta partes para la industria aeroespacial— y el incremento en el tránsito vehicular que favorece un ritmo de vida con mayor estrés y la expulsión de contaminantes al medio ambiente —entre otras adversidades—, en detrimento de la salud de los cachanillas, como se les conoce a los nativos de esta ciudad.

Este municipio cuenta con apenas 115 años de vida, ya que su fundación se oficializó el 14 de marzo de 1903. La palabra Mexicali se deriva del anagrama *Méxi-co* y *Cali-fornia*, igual que Calexico, la ciudad vecina estadounidense (compuesto por los vocablos iniciales y finales de ambos territorios: *California* y *México*).

En 1888 el gobierno federal adjudicó a Guillermo Andrade grandes extensiones de terrenos en esta zona inhóspita, con objeto de colonizarla; sin embargo, ya estaba poblada por cientos de indígenas Cucapah.

Según el portal de Baja California (2012, 2012a) y del Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (INAFED, 2012), Mexicali colinda al norte y al este con Estados Unidos de América (figura 1); también al este, con Sonora y el Golfo de California; al sur, con el Golfo de California y el municipio de Ensenada; al oeste, con los municipios de Ensenada y Tecate. Cuenta con una extensión de 13,700 km², por lo que supera en tamaño estados como Querétaro, Tlaxcala y Ciudad de México. Sus litorales son el Golfo de California, con 210 km, y tiene diez islas bajo su jurisdicción, localizadas en ese Golfo, que cubren aproximadamente 11,000 hectáreas de norte a sur; son: Gore, Montague, Encantada, San Luis, Ángel de la Guarda, Pond, Partida, Rosa, Salsipuedes y San Lorenzo.

Mexicali está rodeada, en un 30%, de sierras: Juárez, San Pedro Mártir, el Cerro del Centinela (famoso por su mención en la canción del Cachanilla), Cucapah, El Mayor y San Felipe. Su volcán, Cerro Prieto, asciende a sólo 260 m de elevación. Aun cuando la geotérmica del Cerro Prieto produce electricidad a través del vapor y provee de energía eléctrica al estado, e incluso la exporta a California, Estados Unidos y abastece a San Luis Río Colorado, Sonora; Mexicali paga costos elevados, debido a sus temperaturas extremas que obligan a la mayoría de sus pobladores

a utilizar aparatos de aire acondicionado, lo que los ubica en la tarifa doméstica de alto consumo (DAC).

Figura 1
Ubicación geográfica de Mexicali, B.C.



Este municipio presenta cuatro climas diferentes dentro del grupo de secos-áridos, con escasa precipitación, principalmente cálido seco para Mexicali, su valle y San Felipe. En verano el clima es extremo,

con temperaturas de hasta de 50°C; incluso en un mismo día se puede sentir frío por la mañana, calor al mediodía, lluvia por la tarde y frío por la noche.

En sus inicios, Mexicali se destacó por la agricultura de riego en su Valle, principalmente por el cultivo del algodón, denominado “oro blanco” por las enormes ganancias que otorgó a los agricultores. Otros cultivos son: trigo, cebada, alfalfa, avena, ajonjolí, cártamo, hortalizas (chile, cebolla, col, rabanito, cilantro, lechuga, brócoli, betabel, coliflor, jitomate, pepino, calabaza, quelite y espárrago). Sandía, melón, maíz, elote, vid, nopal y frijol, también se cultivan. Sus principales corrientes de agua son los ríos Colorado, Hardy y Nuevo.

En esta región, actualmente, sobresale la industria maquiladora y el aumento de población debido a la persecución del “sueño americano” por compatriotas que desean mejorar su nivel de vida. La Secretaría de Infraestructura y Desarrollo Urbano (SEDUE, 2008) expone que más del 60% de los pobladores son nacidos en el municipio y el 31.4%, son de otros estados, expulsores de migración hacia Mexicali, como Sinaloa (22.50%), Sonora (17.75%), Jalisco (11.8%) y Michoacán (8.6%).

Por su colindancia con Estados Unidos “se desarrollan procesos fronterizos de carácter comercial, de servicios, laborales, de comunicaciones, de tráfico de personas, etc., y, sobre todo, de los flujos migratorios más intensos del continente americano” (Moreno, 2008).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2010 Mexicali contaba con una población de 936,826 habitantes, distribuida proporcionalmente en ambos sexos: 473, 203 hombres y 463, 623 mujeres; con sólo el 7% de población rural. SEDUE (2008) destaca que la concentración del personal ocupado se observa en la industria de papel editorial e imprenta (1.46%), en la industria metálica básica (1.42%), los minerales no metálicos (1.37%), alimentos, bebida y tabaco (1.19%), y maquinaria y equipo (1.11%).

Los cachanillas o mexicalenses cuentan con instituciones educativas gubernamentales y privadas que cubren sus necesidades de educación en todos los niveles académicos, desde el preescolar hasta el posgrado, incluso tiene una Academia Estatal de Policía. Se profesa, principalmente, la religión católica (690,910 habitantes, según INEGI, 2010); no obstante, 122,101 personas se afilian a otras religiones o sec-

tas (protestantes, evangélicas, judaicas, etcétera); mientras que una cifra cercana (123,815) corresponde a aquellos que manifiestan no tener religión o no la especificaron.

2.3 A la colonia Conjunto Urbano Orizaba (CUO)

Ahora bien, con objeto de conocer las características de la comunidad e iniciar el análisis de la praxis de la Comunicación para la Salud realizada en el CUO, se diagnosticó el perfil sociocultural de esta colonia a través de encuestas, grupos focales, documentos y observación participante. Se identificó el proceso de producción, difusión e interpretación de formas simbólicas en torno a la salud de dicha comunidad, para lo que se tuvo en cuenta su contexto, hábitos, costumbres, ingresos, escolaridad, organización vecinal, instituciones involucradas, líderes de opinión y formas de comunicación, entre otras características.

Para iniciar el acercamiento a la colonia Conjunto Urbano Orizaba (CUO) se revisaron los datos del Consejo Nacional de Población (CONEPO, 2005), que indican que esta colonia tiene un total de 5,266 habitantes: 2,677 son del sexo masculino y 2,589, del femenino. 2,840 habitantes son derechohabientes a servicios de salud, 2,432 están asegurados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), mientras que 2,124 no cuentan derechohabiencia a ningún servicio de salud, lo cual representa casi la mitad de los pobladores.

El CUO está ubicado al noroeste de la ciudad de Mexicali, Baja California, México (figura 2). Colinda al norte con las colonias San Luis y Simental; al sur, con el Conjunto Urbano Universitario; al este, con el Fraccionamiento 27 de septiembre, y al oeste, con las colonias Nacionalista y Gasca (Municipio Libre).

Figura 2
Ubicación geográfica de la colonia Conjunto Urbano Orizaba (cuo)



Esta población se caracteriza por sus contrastes: por un lado, con familias cuyas viviendas tienen pisos de tierra y letrinas en condiciones insalubres; mientras que otras cuentan con casas de primer mundo. Incluso, algunos residentes trabajan en Estados Unidos y aunquen hacen rendir sus dólares en Mexicali, dicha movilidad los obliga a dejar a la abuela a cargo de sus hijos, quienes en ocasiones expresan sentirse “abandonados” por sus padres.

2.3.1 Muestra representativa

Para aplicar la encuesta se utilizó una muestra probabilística determinada mediante el método de muestreo aleatorio estratificado y sistemático; es decir, primero se dividió al CUO en ocho secciones y luego se acudió a una de cada tres casas; se partió de la manzana principal y

se continuó en dirección a las manecillas del reloj. Se trabajó con un margen de error del 5%, y de confianza, de 95%.

La muestra se estableció a partir de las 943 casas registradas en el diagnóstico de salud realizado por el equipo de la enfermera Rodríguez Pedraza, primera Coordinadora General de la UNICOM. Se aplicó la fórmula $n = N / 1 + N (\text{error})^2$ y se consideró $N = 943$. Se sustituyó así: $n = 943 / 1 + 943 (0.05)^2$; $n = 943 / 1 + 943 (0.0025)$; $n = 943 / 1 + (2.3575)$; $n = 943 / 3.3575$; $n = 280.86$. El resultado fue 281 casas por encuestar.

Sin embargo, accedieron al estudio 292 hogares que integran 1,089 familiares. También se realizaron dos grupos focales con líderes de la comunidad, que representaron a las instituciones de la familia, la iglesia y la escuela. La observación participante se efectuó en varios semestres, a través de la convivencia con los colonos y mediante los talleres de Promoción para la Salud en las casas de los vecinos o en la UNICOM.

2.3.2 Los resultados del perfil sociocultural

El CUO cuenta con organismos de todas las instituciones, en su colonia o en las aledañas: planteles educativos desde preescolar hasta preparatoria; iglesias católicas, evangelistas y cristianas; oficinas de gobierno (SEP), centros de salud, DIF estatal y municipal; familias integradas y desintegradas que habitan en casas lujosas y paupérrimas, incluso dos de éstas aún tienen baños de letrina, por haber formado parte de las orillas de Mexicali; aunque desde hace más de ocho años todas sus calles fueron pavimentadas.

De acuerdo con la reglamentación de la Organización Panamericana de la Salud —PAHO por sus siglas en inglés— (2009: 45), “la distancia mínima entre la letrina y la vivienda será mínimo de cinco metros y debe colocarse a mínimo quince metros de distancia de las fuentes de agua para beber”, condición incumplida por las dos casas mencionadas anteriormente, debido a que algunos terrenos fueron fraccionados y sus dimensiones impiden cumplir con ese reglamento. Las letrinas se encuentran a escasos dos metros de distancia de la casa, lo cual puede generar problemas de salud, no sólo a la familia, sino también a los vecinos.

Por otro lado, esta comunidad tiene un equilibrio casi perfecto en cantidad de hombres y mujeres; pero presenta múltiples divergencias,

tanto en su nivel de estudios, como en el tipo de empleo, en la calidad de construcción de sus viviendas (las hay de cartón y con piso de tierra), unidad familiar o vecinal y a su vez, aislamiento social debido a las cotidianas problemáticas de inseguridad: robo, vandalismo, drogadicción y otras.

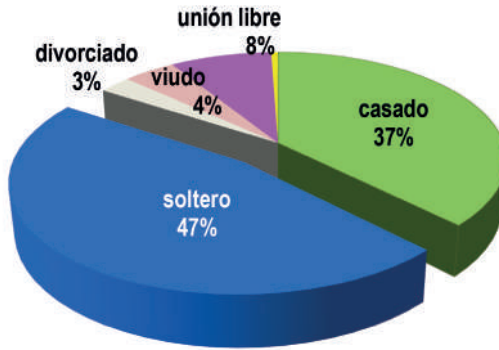
Las escuelas, iglesias e instituciones de salud ubicadas en la zona estudiada permiten la interacción entre los colonos del CUO, como se verá en las siguientes secciones, con la descripción de cada indicador.

2.3.2.1 Edad, roles familiares, escolaridad y estado civil de hombres y mujeres

Esta comunidad se compone de gente, principalmente, en edad madura, dado que, a pesar de presentar mayor frecuencia en los de veintiuno a 30 años (17%), sumado a los jóvenes de dieciséis a veinte (10%), no logran mayoría respecto a la población de 31 a 60 años (39%), lo cual proyecta la tendencia hacia el envejecimiento de la población, como ocurre en Latinoamérica. Niños menores de cinco años son el 7%, y en porcentajes similares se encuentran los niños de seis a diez años (7%) y los adolescentes de once a quince (8%); mientras que los adultos mayores representan el 12% restante (de 61 a más de 70 años).

Se encuentra en soltería cerca de la mitad de los colonos abordados (47%) (figura 3), debido a que entre ellos se tiene el 64% de niños y jóvenes. También existen dieciséis madres y tres padres solteros. En segundo lugar se encuentran quienes tienen vida matrimonial (37%) y con edades desde quince hasta más de 70 años. En unión libre viven el 8%, que en su mayoría tienen entre 21 y 50 años de edad (80%). Un dato significativo de quienes viven en unión libre es que el 41% interrumpió sus estudios de nivel secundaria y el 12% no concluyó la primaria.

Figura 3
Estado civil de los 1089 integrantes



Como ya se expuso, uno de cada tres hogares fue seleccionado para la muestra representativa, de sus habitantes, quienes accedieron a contestar la encuesta, fundamentalmente, fueron madres (51%), con edades desde dieciséis hasta más de 70 años; la mayor proporción se vio entre 41 y 60 años (21%); pero ampliado al rango anterior de edades más frecuentes, ascienden a 28% las madres que tienen entre 31 y 60 años (figura 4). La prevalencia de las encargadas del hogar indica su disposición de atender llamados que prometan mejorar su entorno, por lo que resultan recursos valiosos para desarrollar programas de prevención (figura 4a).

Figura 4
Roles y edades de los 292 encuestados

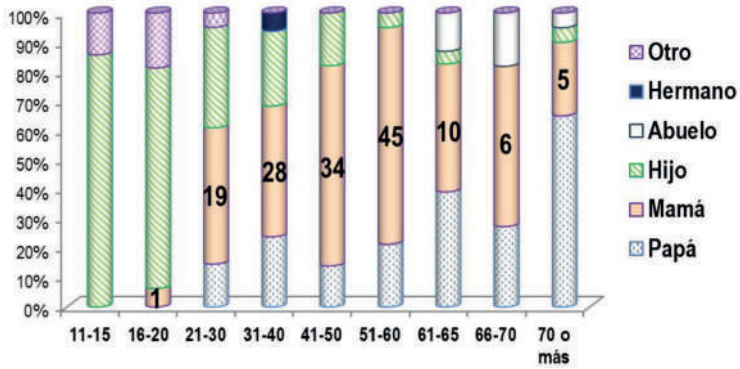
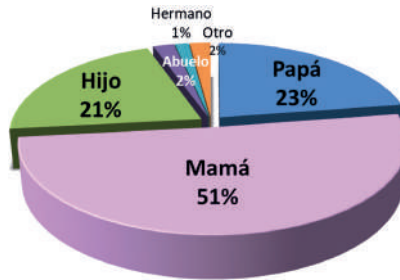


Figura 4a
Roles de los 292 encuestados del CUO



Menos de un cuarto de los encuestados que accedieron al estudio fueron padres de familia con edades de veintiuno a más de 70 años (23%), e hijos de catorce a más de 70 años (21%), con mayor frecuencia registrada en los padres (5%) e hijos (5%) de entre 31 y 40 años de edad.

Cabe destacar que en México es común que los hijos(as) solteros(as) vivan en el seno materno, sin importar su edad, incluyendo a hijos(as) casados(as) o divorciados(as). Esta colonia refleja la misma tendencia, pues presenta la mayor proporción de su población con 445 hijos (41%) en las familias encuestadas; sobresalen quienes tienen entre veintiún y 30 años (9% = 100 hijos), pero sumados los rangos desde recién na-

cido hasta los veinte años de edad, el porcentaje se eleva al 25% (268) de hijos que viven en el hogar materno (tablas 1a y 1b, en anexos). En el mismo sentido, el 35% (379) de los hijos vive en soltería dentro del seno materno, de ellos, un 11% (122) con edades desde veintiuno hasta más de 70 años, a diferencia del país vecino, donde los hijos buscan salir de su familia nuclear o incluso los propios padres los obligan a buscar su propio hogar a los dieciocho años, debido a que comienzan la universidad.¹⁰

Por otra parte, las familias abordadas en el CUO viven casi en equilibrio respecto al número de mujeres y de hombres, 542 y 547 respectivamente; pero no existe igualdad en cuanto a nivel educativo e inserción laboral (tablas 2a, 2b y 3, en anexos).

No obstante haber encontrado gente con estudios de maestría, los niveles de escolaridad que prevalecen son los de secundaria completa (20% de los 1,089), primaria parcial (19%) y primaria completa (12%), en personas de entre dieciséis y más de 70 años de edad. Asimismo, existen mujeres (4%) y hombres (2%) sin ningún nivel de estudios, con edades de entre once y más de 70 años, aunque con mayor frecuencia en mujeres de entre 51 y 70 años o más; a diferencia de los hombres que se encuentran entre los mayores de 70 años (tabla 4, en anexos).

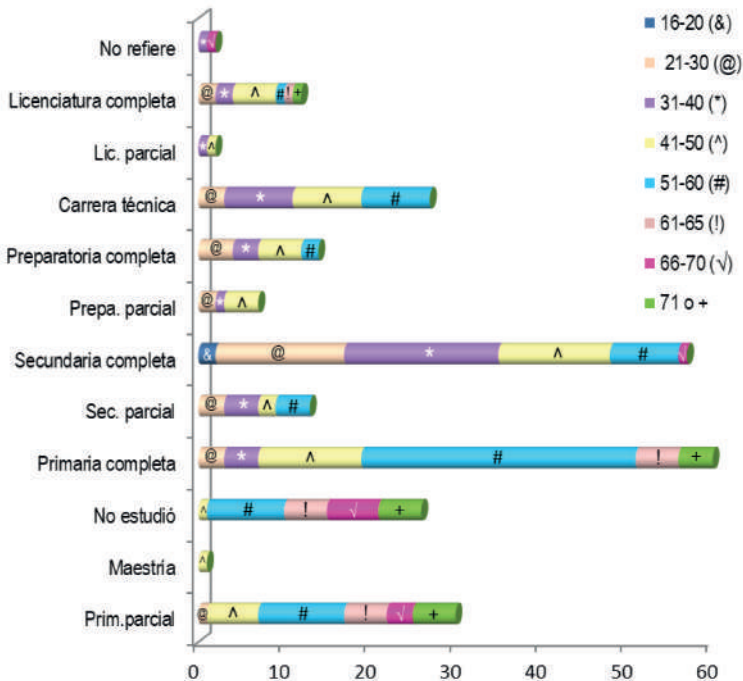
Penosamente, en 1940 en México, como en otras naciones, aún había resistencia social para que las mujeres accedieran a la educación formal, a pesar de que 30 años antes se había dado acceso a la universidad al sexo femenino, durante la época del Porfiriato, en 1910: “la Universidad Nacional Autónoma de México..., faculta a las mujeres para ingresar a las escuelas profesionales” (Córdova Osnaya, 2005). En realidad, durante varias décadas se siguió considerando a las mujeres como aptas sólo para el matrimonio; incluso en pleno siglo XXI, todavía existen escuelas para varones y para mujeres que les asignan sus funciones según el sexo. Y todo lo anterior se replica en el CUO, pues, si bien un porcentaje de mujeres ingresa a la universidad, ellas después de graduadas no ejercen su profesión.

10. Aunque esta tradición en la actualidad se ha visto modificada por la desfavorable situación económica que impera en su país y en el mundo. Por falta de recursos para pagarles la manutención en otro departamento, los hijos permanecen en su hogar.

Hombres y mujeres del CUO igualan la cifra en cuanto al nivel de grado de licenciatura (3%) y preparatoria (3.5%), pero con ligero repunte en los hombres respecto a la preparatoria parcial (4% y 3% respectivamente); no así en carrera técnica, elegida por más del doble de las mujeres (3.7% contra 1.4%), ya sea para acceder de manera rápida al campo laboral o para concluir sus estudios, a juzgar por el 2% de mujeres con carrera técnica que no trabaja, a diferencia de los hombres con ese nivel de escolaridad, que en su mayoría se encuentra laborando.

Como se destacó anteriormente, el 51% de los encuestados es de amas de casa; lo que permite inferir que en estas familias permanece el concepto de que el género femenino es para dedicarse a su hogar y el masculino, para conseguir el sustento, aunque una octava parte (13%) de estas mujeres tenga estudios desde preparatoria parcial hasta licenciatura completa (figura 5).

Figura 5
Escolaridad y edad de amas de casa



2.3.2.2 Vivienda, servicios públicos, ocupación, ingresos, hábitos de consumo

En cuanto al número de habitantes en la vivienda, resultó que el 41% alberga en sus hogares entre tres y cuatro personas, mientras que el 28% hospeda entre cinco y seis miembros. Otro 5% presentó mayor hacinamiento, con más de siete habitantes bajo el mismo techo. Ahora bien, cerca del 90% de los encuestados tiene una preocupación menos al gozar de vivienda propia; incluso un 6% vive en casa prestada para cuidarla.

Asimismo, durante el trabajo etnográfico se observó un alto índice de lotes baldíos y casas abandonadas, lo que propicia las llamadas “tienditas”, es decir, espacios donde se consumen o se venden drogas, lo cual fue confirmado por los líderes de la comunidad convocados en los grupos focales y los padres de familia con quienes se convivió o a quienes se les otorgó talleres para promocionar la salud. Una representante de la familia que labora en una institución educativa del CUO manifestó haber visto personas ofreciendo drogas a los jóvenes de secundaria y a los niños de primaria; sin embargo, por temor a represalias de los vendedores, no los denunció: “son tan vengativos, tan desgraciados, que luego pelean contra ti, te matan” (Sra. B). Es tal el miedo e inseguridad que siente en su colonia, que narra lo siguiente:

Me gustaría llegar, abrir mi puerta y no estar así [volteando a los lados para revisar y prever] quién está detrás de mí...Vas a la tienda y no sabes a qué horas te van a llegar, que te la recorten [el arma] y pecho a tierra o escóndete y no voltees hasta que yo te diga... (Sra. B).

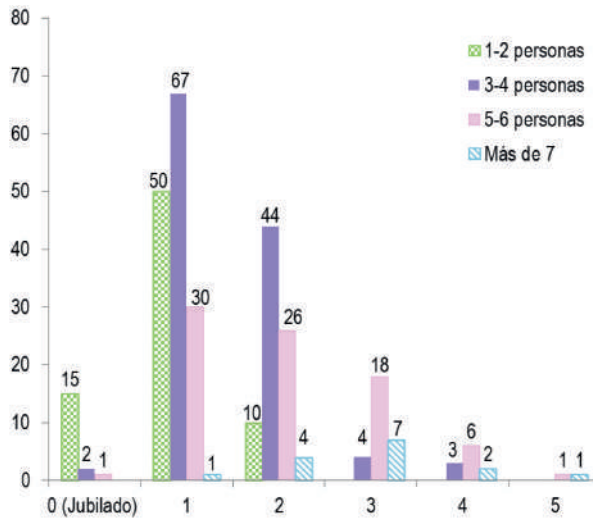
Dicha condición de inseguridad inhibe las actividades comunitarias en la colonia, pero mientras se realicen en un terreno conocido (patio de la vecina líder, la comadre, un familiar o la iglesia), con gente conocida y de confianza, las acciones, en acuerdo con el grupo, sí se llevan a cabo.

Por otra parte, el 100% de los hogares encuestados gozan de servicios básicos (drenaje, agua, luz, gas), lo que facilita la higiene, los cuidados del hogar y de la familia. Aunado a tales servicios, el 70% también dispone de teléfono; sin embargo, durante la observación participante se encontraron cuatro familias que carecen de agua corriente o

energía eléctrica, paradójicamente dos de ellas sí cuentan con teléfono, lo cual denota la importancia de mantenerse en contacto, comunicados con el exterior. Prescindir de energía eléctrica en el hogar representa dificultad de ingresos económicos y se vuelve un riesgo de salud por las altas temperaturas de Mexicali.

Las posibilidades que tiene cada vivienda para gozar de los servicios básicos, enseres domésticos, medios de transporte y medios culturales se ven limitadas en el 51% de los hogares, en los que sólo aporta ingresos un miembro de la familia, sin importar que sean de uno hasta más de siete integrantes en el hogar (figura 6). Incluso en el 6% de las casas no trabaja ningún miembro, sino que se mantienen con la mensualidad del abuelo, padre o madre jubilado; lo que disminuye sus oportunidades de obtener capital económico y cultural.

Figura 6
Integrantes del hogar y cuántos aportan ingresos a sus familias del CUO



Lo anterior se corrobora con el hecho de que no labora cerca del 60% de los pobladores encuestados, es decir, 628 de los 1,089 miembros de las familias, debido a que 265 son menores de edad o estudiantes —desde recién nacidos hasta de 30 años—; también existen

pobladores desempleados (139), amas de casa (181) y jubilados o pensionados (43) (tabla 5).

Asimismo, se observó violencia por abandono, dado que algunos adultos mayores viven solos y se sostienen con la ayuda de sus hijos, vecinos, o de la caridad de otros colonos.

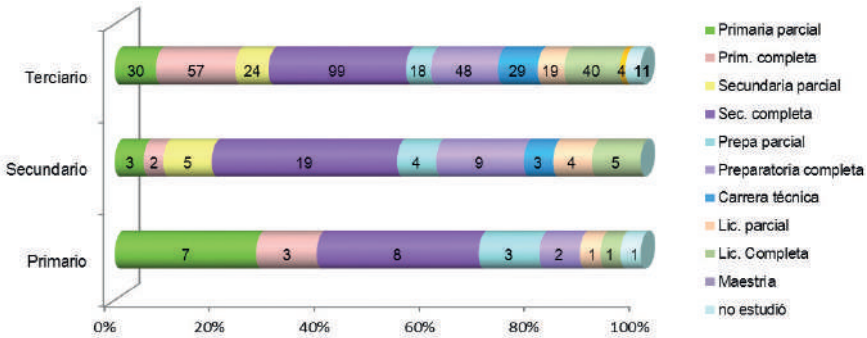
Las mujeres de esta colonia tienen mayores obstáculos para adquirir poder simbólico en el ámbito económico, dado que, a decir de Thompson, sus posiciones ocupadas están claramente definidas para casi el 70% (167) de las madres, que se dedican exclusivamente a su hogar (tablas 6a y 6b). Con todo, el 23% de las madres de familia se revelan ante esa situación e ingresan a las nóminas para completar el sustento económico del hogar; de igual forma, veintidós madres adicionales, nueve hijas y una abuelita luchan contracorriente al autoemplearse como vendedoras de productos de belleza, tacos, y en otras ocupaciones acordes a sus bajos perfiles educativos.

Si bien la mayoría de las mujeres del CUO no cuenta con un capital cultural (Bourdieu) consolidado, eso no les dificulta para participar del capital económico, aun cuando, en general, apenas alcanzan la educación básica.

Como ciudad fronteriza, Mexicali fue transformando su exitoso origen agrícola, que pasó al sector secundario, se impuso la maquiladora; sin embargo, hace dos décadas se perfiló el sector terciario como principal fuente de ingresos, incluso en el CUO, exponente de la mayor concentración ocupacional en este sector.

Así, aportan al sustento familiar del CUO entre uno y cinco integrantes, 461 empleados; de ellos, 382 (83%) participan en el sector terciario (figura 7). La mayoría (99) apenas alcanza la secundaria completa; le siguen los de primaria completa (57) o parcial (30), preparatoria completa (48) o parcial (18). De igual forma, 54 personas trabajan en el sector secundario (12%), quienes cuentan desde primaria parcial hasta licenciatura parcial, repuntando el nivel de secundaria (diecinueve completa, cinco parcial); preparatoria (nueve completa, cuatro parcial) y licenciatura (cinco completa, cuatro parcial).

Figura 7
Escolaridad en el CUO por sector económico



Sólo 26 colonos se ubican en el sector primario: 25 campesinos y un pescador, de quienes podría inferirse que eligieron esta ocupación no por redituable, sino por no haber estudiado (1) o por su nivel básico de estudios; pues la mayoría cuenta con secundaria completa (8) o primaria parcial (7). En contraste, también escogen esta forma de sustento personas con preparatoria y licenciatura (7), debido a que, por laborar en Estados Unidos, obtienen otras oportunidades y beneficios, como mejores salarios.

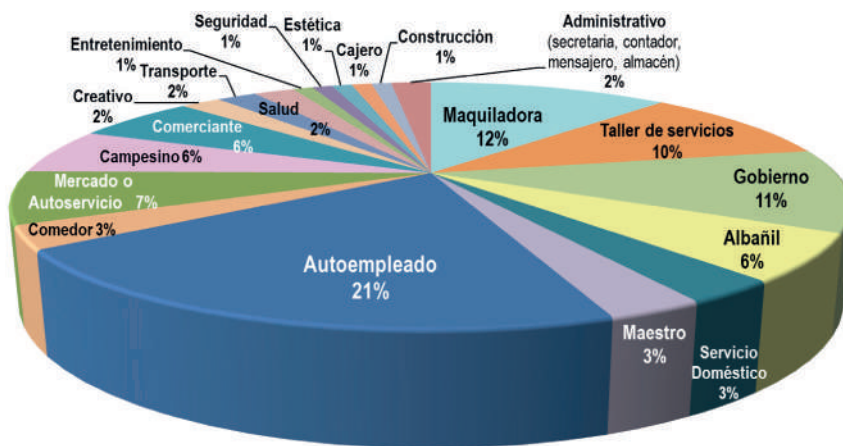
Asimismo, se encontró que el 11% de los hogares diversifica los ámbitos laborales, es decir, sus miembros participan en dos sectores económicos: primario y terciario o secundario y terciario. Esto está favorecido por el capital cultural de los integrantes de la familia, que elevaron sus niveles educativos. Su posición cosmopolita les permite ampliar, además del capital económico, su capital cultural, con el contacto establecido entre los diferentes grupos donde se desenvuelven, lo que les proporciona otros recursos que les facilitan la construcción y distribución de formas simbólicas.

De los 461 pobladores que figuran en el ámbito económico, se destacan 97 emprendedores, con edades desde dieciséis hasta más de 70 años de edad, que optaron por autoemplearse en tiendas de abarrotes o una frutería. En el mismo sentido, prevalece el comercio informal con los puestos de tacos, *hot dogs*, venta de hielitos, artículos de belleza u otros, como consecuencia de las desventajas que ofrecen algunos em-

pleos formales en Mexicali, así como de los bajos niveles académicos de los autoempleados del CUO. Del total, el 35% es de mujeres y el 65%, de hombres; el 71% de sendos grupos no estudió o cuenta con educación primaria y secundaria.

La gente del CUO con empleo se ubica en: maquiladora (54), gobierno (47), taller de servicios (43), mercado o autoservicio (30), construcción (31 —albañil, supervisor, topógrafo), campo (26), comercio (25), educación (15 —maestro), comedor (15), servicio doméstico (12), transporte (12), salud (10), administrativo (10 —secretaria, contador, mensajero, almacén, mantenimiento), creativo (9 —diseñador, fotógrafo, etcétera), entretenimiento (6 —cine, bar, cantante, etcétera), estética (5), seguridad (4) y cajero (3) (figura 8).

Figura 8
Población económicamente activa del CUO



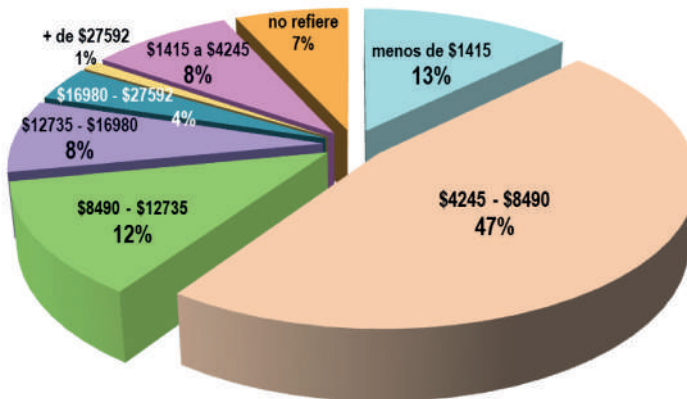
Con mayor frecuencia se observa que el transporte, la construcción y el mantenimiento del hogar (pintor, plomero, herrero, carpintero, escombros) son espacios ocupados exclusivamente por los hombres del CUO, les siguen los de seguridad, entretenimiento, almacenista, electromecánico, eléctrico, ingeniero, impresor, mecánico y técnico; mientras que en áreas de la estética, el servicio doméstico o limpieza y secretaría se ubican sólo a mujeres, lo cual también está relacionado

con el grado académico, la edad y la función desempeñada (tablas 7a, 7b y 7c de los anexos).

El promedio de ingresos de las familias abordadas fluctúa entre \$4,245 y \$8,490 (figura 9), rango en el que se ubica al 46% de la población económicamente activa (PEA) o que aporta el sustento del hogar, como los jubilados o pensionados, autoempleados y empleados. Duplican dichos ingresos un 8% de la PEA, pues gana de \$12,735 a \$16,980 cada mes por autoemplearse, laborar en el gobierno, cantar, trabajar en un taller de servicios o ser campesino en los Estados Unidos.

Le sigue un 13% de colonos con ingresos familiares menores que 1,415 pesos mensuales; además de un 12% de la PEA que percibe mensualmente de \$8,490 a \$12,735, entre quienes se encuentran burócratas, campesinos, autoempleados, empleados de la construcción, talleres de servicios y transporte.

Figura 9
Ingresos mensuales familiares del CUO



Únicamente once familias (4%) perciben mensualmente entre \$16,980 y \$27,592, por autoemplearse en la panadería, el mercado, la frutería, la refaccionaria o el comercio ambulante —sobre ruedas—; asimismo, por trabajar en distintas instancias del gobierno, como maestros, en autoservicios, de comerciante o como chofer de autobús.

La PEA con salarios más altos representa exclusivamente a tres familias, con ingresos mayores que \$27,592 mensuales, ya que labora en un mercado de Estados Unidos, en el hipódromo o como propietaria de una empresa de ingenieros.

Desde la perspectiva integral de las teorías del desarrollo económico local (DEL), se destaca que la comunidad del CUO tiene buenas posibilidades de incrementar sostenida y sosteniblemente el nivel y la calidad de vida de los habitantes, a partir del uso pleno y eficiente de sus recursos humanos y no humanos (Tello, 2006, 2008, 2010), dado que su dinámica económica es diversificada y su comportamiento, sus acciones e interacciones de los agentes económicos, políticos y sociales, son característicos de una localidad que aprovecha la cercanía con un país de primer mundo, Estados Unidos, ya sea para trabajar o para hacer rendir sus ingresos familiares (mediante la compra de ropa o enseres domésticos), así como para escapar temporalmente del calor o para vacacionar.

Ahora bien, entre los recursos con los que cuenta el CUO, se encuentran la presencia de todas las instituciones (escuela, iglesia, familia, gobierno) y la movilidad en cuanto a la asistencia a los centros educativos y de salud, lo que amplía su panorama y posibilidades de crecimiento. No obstante, también existen variables que obstaculizan dicho desarrollo en lo que respecta al tema político, dado que existen conflictos de intereses en los sistemas para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Municipal y Estatal instalados en el CUO, por pertenecer a partidos políticos contrarios, lo que generalmente no les permite unir esfuerzos.

Por esto y otros aspectos, aquí se propone el modelo ECCOS, que permite la vinculación no sólo entre cada centro de atención al ciudadano y los colonos, sino también entre las instituciones, con la finalidad de incrementar el nivel y la calidad de vida de sus habitantes.

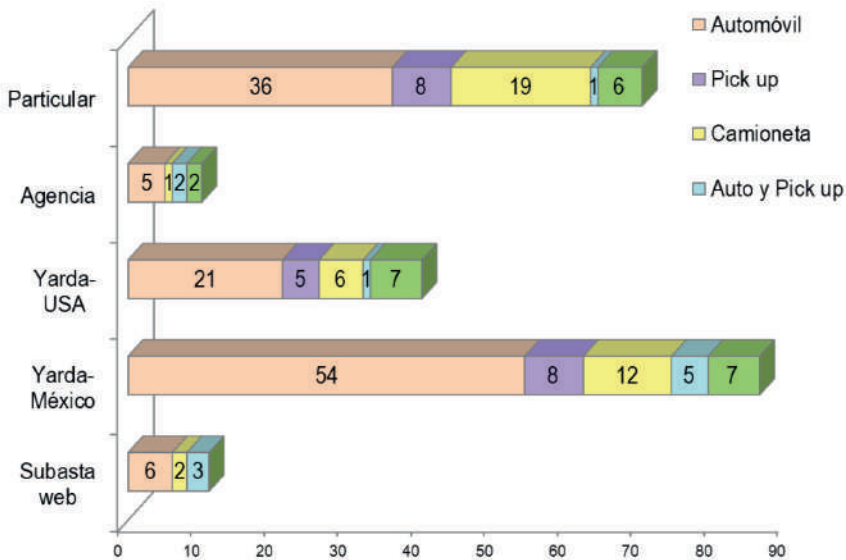
2.3.2.2.1 Medios de transporte y consumo de bienes

Se infiere que, debido a la inseguridad, la falta de suficientes rutas de autobús y la posibilidad económica de las familias del CUO, tanto mujeres como hombres de todas las edades prefieren trasladarse en forma

segura, aunque su costo sea elevado; de ahí que más del 50% utilice el transporte privado (automóvil y taxi libre).

Ahora bien, a las personas no les gusta hablar sobre ingresos, por eso, generalmente omiten ese dato; y este caso no fue la excepción, razón por la que se hicieron otras preguntas que permitieran cruzar información respecto a su economía: a partir del consumo de bienes y servicios.

Figura 10
Dónde adquieren sus vehículos en el CUO



En consecuencia, se identificó que sólo el 28% de los hogares carece de transporte propio; el 72% restante disfruta de uno y hasta cuatro vehículos por familia, con mayor frecuencia la posesión de uno y dos (el 34% cuenta con uno; el 25%, con dos; el 9%, con tres, y el 4%, con cuatro). Esto es posible debido a que la mayoría de las unidades son usadas; es decir: el 40% las adquiere en lotes o yardas de carros en México; el 32%, en trato directo con particulares, y el 18%, en yardas de Estados Unidos (figura 10). Los autos y las camionetas son los principales vehículos empleados por las familias.

Dada la recesión económica y la baja de ventas de vehículos nuevos, el gobierno mexicano instó una iniciativa de ley que aumentó el costo de las importaciones de carros usados, de tal forma que desalentara esta práctica común. Incluso, en sintonía con el imperialismo cultural, se transmitió por la cadena TELEVISA la exitosa telenovela “Hasta que el dinero nos separe”, que contenía un claro mensaje de apoyo a la industria automotriz, pues mostraba que estaba al alcance de todo propietario de negocios familiares o en pequeño, como algunos del CUO. Sin embargo, parece no haber sido suficiente, puesto que el gobierno mexicano también eliminó el pago por la tenencia de autos básicos nuevos. En el caso del CUO, el 10% de la población declara haber adquirido sus unidades en agencias automotrices.

Otro consumo que permite conocer el perfil sociocultural de los pobladores son los comercios donde adquieren la despensa y su ropa. En el CUO, los lugares de estas compras resultaron independientes con respecto al sector económico en el que laboran y a los ingresos que perciben las familias, pues los tres lugares de uso común para comprar la despensa del 70% de los hogares son los autoservicios populares (Ley, Calimax, Walmart, Soriana); del mismo modo, el 59% la adquiere en su colonia (abarrotes, sobre ruedas, Todo & beer, La Económica) y el 18%, en las dos anteriores más las tiendas populares de Estados Unidos. Si bien el 59% de las familias indica comprar su despensa con un sólo ámbito de proveedores, es decir, en su colonia (24%) o en comercios populares de México (30%) o de Estados Unidos (3%) u otros mercados de alcance medio en Estados Unidos (2%), el 41% prefiere comprar con todos los proveedores que estén a su alcance.

Otra práctica cotidiana de los cachanillas, y del 13% de las familias encuestadas, es la compra en *boutiques* o tiendas de prestigio de Estados Unidos (*Garlans, JCPenny, SamEllis* y otras), aprovechando las constantes ofertas, característico de una economía de frontera. El 50% de los hogares surte su ropero en tiendas populares (Ley, Soriana, tanguis, Águila), sin distinción de los ingresos mensuales percibidos. El 38% compra en departamentales (*Walmart, Sears, Coppel, La campana*); el 25% en tiendas populares de Estados Unidos (*Melrose, Vaca, Price Center, en Las palmas o con los chinos*). Mientras que el 62% de las familias sólo acude a un grupo de comercios: tiendas populares (26%),

departamentales (12%), tiendas populares de Estados Unidos (15%) o *boutiques* norteamericanas (9%).

2.3.2.3 *Costumbres, festividades, ritos*

Hasta el momento se ha visto que las instituciones familiares, escolares y gubernamentales realizan su función entre los colonos del CUO, asimismo promueven eventos para que los pobladores se beneficien de sus actividades e interactúen, lo cual también ocurre con la iglesia, por lo que se cumple lo que identifica Thompson (1998) respecto a la actividad simbólica asumida por las instituciones religiosas y educativas, “que se ocupan básicamente de la producción y difusión de formas simbólicas relacionadas con la salvación, los valores espirituales...” o “de la transmisión de los contenidos simbólicos adquiridos (o conocimiento) y la inculcación de habilidades y competencias”. Estas aseveraciones resaltan los valores de la convivencia familiar y social, así como la solidaridad para protegerse contra la problemática de la inseguridad.

Incluso, respecto a la producción y circulación de formas simbólicas relacionadas con la educación en valores, en el grupo focal, un integrante (identificado como Señor D) que participa activamente en la iglesia, resaltó la puesta en práctica de valores como la generosidad, el desprendimiento y la solidaridad, vistos a través del Banco de Alimentos, denominado Cáritas, “una asociación civil no lucrativa que se encarga de acopiar, seleccionar y distribuir alimentos a las personas más necesitadas de la ciudad y Valle de Mexicali, San Felipe, La Rumorosa y Puerto Peñasco, Sonora” (Burceaga, 2008).

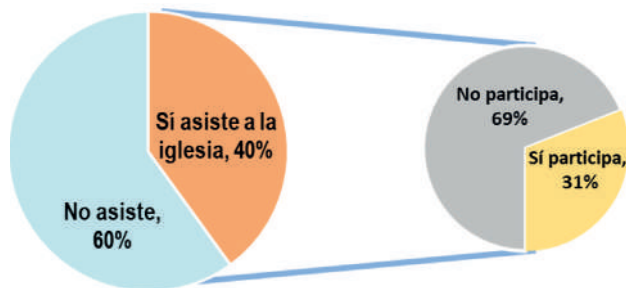
Yo estaba antes en Cáritas... llevaba alimento a las familias pobres... y pues ahí empieza el proceso de una educación en la barriada, [a la gente] de edades grandes... y es que cuando uno se ayuda a sí mismo, nace [o motiva] ayudar a los demás (Sr. D).

En contraparte, él mismo reconoce que este sistema de ayuda se torna paternalista y se desvirtúa en “puro depender... miraba que las personas cuando les entraba el paternalismo, exigían y todas las personas que exigían estaban sobrepasadas de peso, ninguna tenía salud, ¡ninguna!” (Sr. D).

Ahora bien, desde la concepción de Bourdieu, otro elemento del capital cultural es la religión, y en esta comunidad el 90% profesa alguna doctrina: el 79% de los 292 encuestados es católico, el 9%, cristianos evangelistas, 2%, testigos de Jehová y un protestante.

A pesar de esto, sólo asiste de forma asidua a su iglesia el 60% de los encuestados (105 madres, diecisiete hijas y cinco abuelas, principalmente); pero el 69% expresa no participar activamente en las acciones emprendidas por su iglesia; de este grupo, 151 son del sexo femenino (117 madres, veinticuatro hijas y cuatro abuelas). Representan el 31% quienes sí participan activamente: 35 mujeres y veinte hombres, quienes fungen como miembro de un grupo (23), catequista (5), monitor o maestro de ceremonias (2), en el coro (1) y otras actividades (25). Entre el 40% que no asiste a la iglesia, destacan 37 padres y dieciocho hijos. Los datos permiten inferir una actitud pasiva en dos tercios de los feligreses, en cuanto a la participación en grupos u otras actividades de la iglesia.

Figura 11
Participación de los colonos en su Iglesia



Con todo, este recurso puede ser un medio de comunicación para ese 60% que dice asistir regularmente a su iglesia, dado que el 63% de la muestra indica tener de muy buena a buena opinión de los sacerdotes y pastores de su comunidad; es decir, la iglesia podría participar de la circulación e interpretación de formas simbólicas en cuanto a la promoción para asistir a programas del cuidado de la salud, para que, a su vez, los feligreses informen a sus círculos de amigos o redes sociales de pertenencia.

En el CUO, el 70% de la población festeja el día de las madres, lo que perciben ser promovido principalmente por la familia (57%) y la escuela (9%). Igualmente, el 39% de los encuestados expresa que la iglesia incentiva la realización de kermeses, y el 10%, la escuela; en dichas actividades participa el 45% de los pobladores. Esto podría replicarse en las instituciones de salud, mediante eventos con estilo kermés, como atractivo para el cuidado de la salud de la comunidad, con actividades diversas y llamativas, encaminadas a ese fin.

Otras de las festividades que conmemoran las familias de esta colonia y que también conforman su perfil sociocultural son los cumpleaños (68%); alrededor del 61% celebra bautizos, primeras comuniones y quinceañeras; aunque sólo cerca del 38% participa en estos eventos.

El 23% de los encuestados afirma que hay reuniones de vecinos, aunque apenas el 13% participa en ellas. Estos encuentros son promovidos en un 14%, por la propia comunidad, en un 2% por las familias, y el 1% por parte del gobierno, lo cual muestra una vulnerabilidad que pudiera revertirse si se desarrollaran iniciativas gubernamentales.

2.3.2.4 Percepción e interés en el cuidado de la salud en el CUO

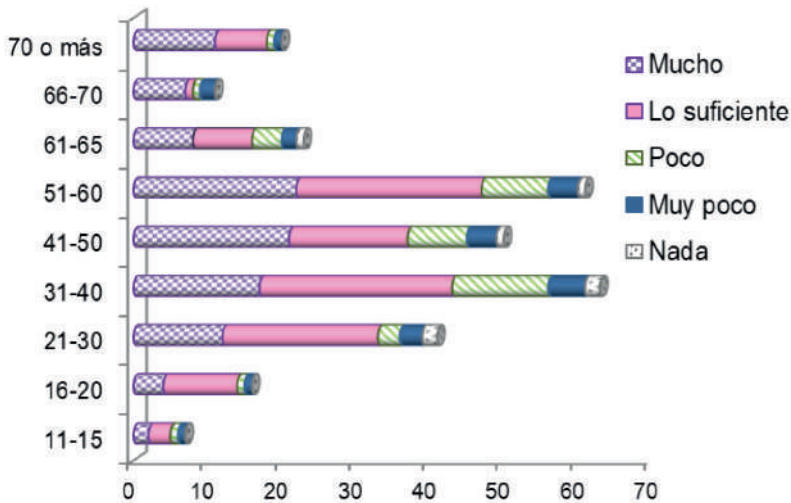
Los líderes participantes del grupo focal conciben la salud desde una perspectiva muy amplia, acorde con el enfoque de esta investigadora, es decir, buscando el equilibrio entre los aspectos físicos, sociales, espirituales, emocionales y profesionales. En ese sentido, la salud, para un padre de familia de este grupo, consiste en:

Armonizar con lo que te rodea, con libre albedrío, tomando decisiones propias. Alargar la vida con los ejercicios, la buena alimentación, una buena educación, el civismo y el cuidado físico, para evitar el alcoholismo, drogadicción, el cigarro, el sobrepeso, el colesterol, los infartos por estrés... Las creencias que te lastiman, que te dañan, hay que eliminarlas..., también la salud implica los valores, la honestidad, rechazar la corrupción; por ejemplo, si estás becado y te haces flojo, no estudias, pues eso es malo (Sr. D, padre de familia).

La salud es un recurso que dice cuidar lo suficiente el 40% y mucho, el 36% de los colonos, primordialmente la gente de 51 a 60 años, quienes evidencian mayor conciencia en la procuración de su salud por el deseo de prolongar su vida en mejores condiciones o porque así lo requie-

ren, debido a enfermedades contraídas con la edad. De igual manera, del 22% que tiene entre 31 y 40 años, el 9% dice cuidar su salud lo suficiente, el 6% la cuida mucho, pero el 7% confiesa cuidarla muy poco o nada.

Figura 12
Percepción del cuidado de su salud en cada grupo de edades del CUO salud



De las dieciséis personas (5%) que están en el rango de dieciséis a veinte años, diez contestaron cuidar su salud lo suficiente, aunque los hábitos alimenticios de la juventud no concuerdan con el resultado. Aún así se observa que el 24% (71 casos) del total de los encuestados afirma cuidar poco, muy poco o nada su salud, lo que muestra la falta de educación y promoción en este aspecto.

La Sra. B del grupo focal enfatiza que “es una responsabilidad de todos tener salud”, también resalta la importancia del aspecto económico para lograr una alimentación sana:

Puede haber mucha motivación, pero la parte del dinero [obstaculiza]..., la gente que es verdaderamente pobre, pobre, no puede [lograrlo]..., porque si quiere un galón de leche, no le alcanza, le sale más barata una sodita..., se va por lo más barato [los embutidos]..., no hay educación.

En mi jardín de niños [en el que trabajo] hay nutriólogo y se hacen reuniones con padres donde prohíbe las papitas, sopas Maruchan, jugos en vidrio, en cambio les piden muchas frutas; taquitos, un sándwich...; pero fue contraproducente, porque cuando los niños salen a comer..., abren sus loncheras y ves: la sopa en un recipiente, sin su vaso, sus papitas, dulces y cosas que no deben comer los niños. De nada sirvió, porque se los mandan de casa.

Por su parte, el Sr. C describe las contradicciones y falta de conciencia de algunas familias que, sin vivir en el CUO, llevan a sus hijos a las escuelas de esta colonia, quienes interactúan con los niños residentes y por ende se ven afectados.

Nosotros trabajamos en un centro educativo [con] más de 400 niños... Miramos niños que tienen más de dos semanas, quince días sin bañarse, ¡llenos de piojos!, desnutridos, amarillos, con manchas en la cara... Ellos no viven aquí..., pero al rato veo a los padres con unas caguamas [de cerveza], buenos carros.

La Sra. A complementa la idea anterior. Ella, además de maestra de primaria, es catequista, por lo que ha presenciado:

niños que van sucios, sin embargo, van con su *Ipod*, con aparatos caros. Y dice uno: ¿cómo es posible que los padres le den más importancia a ese tipo de cosas, de tecnología, en lugar de decir: lo voy a bañar bien, le voy a dar una calidad de vida, que vayan desayunados? Yo creo que ahí la cultura de los padres está deficiente..., aquí tiene mucho que ver cómo se le eduque al hijo.

La gente busca lo fácil. Hay que educarlos..., están las alternativas de la soya, que yo descubrí hace poquito, se pueden hacer cosas riquísimas [que cuestan] trece, quince pesos el paquete de soya, ¡se pueden preparar fácilmente dos platicos!..., ¡es económica y saludable!, [pero] nos dejamos llevar por el consumismo..., abre la lata y ¡listo! No se trata de eso, se trata de comer sano para vivir sano.

Por otra parte, respecto a la educación en estos rubros, por lo menos al 40% de los encuestados le gustaría ser invitado a talleres que lo ayuden a cuidar su salud y lo motive a seguir haciéndolo. Ésto marcó la ruta a seguir, pero respaldada con mensajes de salud emitidos por los medios masivos de comunicación, ya que el 26% de las personas dice que por esta vía le gustaría ser motivado al cuidado de su salud, especialmente a través de la radio y la televisión. Entre otras estrategias para este fin, se pueden implementar grupos de autoayuda (elegidos por 13%) y carteles (11%).

La comunidad tiene buena percepción de los médicos, por lo que su intervención en los grupos de autoayuda o talleres sería certera y de confianza en estos servicios para el CUO.

Ahora bien, con objeto de puntualizar el tema de la salud en esta colonia se retomó el informe del diagnóstico de salud en el CUO, coordinado por la enfermera Rodríguez (Zermeño y Rodríguez, 2006: 10), en el que se registró la existencia de fauna nociva, alergias, problemas de diabetes, alcoholismo y drogadicción:

el diagnóstico de salud aplicado por 46 estudiantes de quinto semestre de la Licenciatura en Enfermería, cuatro pasantes y tres docentes de dicha facultad que impartían la asignatura de Salud Pública, arrojó que 2,167 personas conforman las 571 familias encuestadas, el 51% (1,103) fueron mujeres y 49% (1,064) hombres..., 304 individuos aceptaron fumar tabaco, 373 refirieron el consumo de alcohol y 57 personas afirmaron consumir algún tipo de droga. Entre las causales de muerte más enunciadas se encontró que el 20% (39 personas) fue por cáncer, 17% por complicaciones de diabetes y 10% por sobredosis. La diabetes y la hipertensión encabezan la lista de las patologías más frecuentes dentro de esta población, seguidas de la obesidad y las alergias. Los encuestados refirieron que 618 personas tienen algún problema de origen dental, 296 tienen necesidades visuales y 139 viven con enfermedades respiratorias. 510 familias poseen el agua dentro de su domicilio y el resto cuenta con tomas extradomiciliarias. El total de la población encuestada refiere que el camión recolector de la basura pasa dos veces a la semana..., sin embargo la disposición de la basura no es adecuada por parte de 272 familias que no le colocan tapadera al bote, 67 eliminan la basura sin recipiente y cuatro la tiran en la calle. Y a esto le agregamos que en el CUO el 68% de los hogares encuestados tiene al menos un perro en casa, además existe diversidad de fauna nociva como cucarachas, moscas y ratas.

Un dato relevante de la observación participante es el descuido que sufren las personas de la tercera edad. Ya sea por ignorancia, porque no cuentan con un servicio médico estable o porque el existente no satisface sus necesidades, las personas no acuden con regularidad a los servicios médicos. Esta debe ser una de las prioridades, motivar a la gente de la tercera edad a cuidar de su salud, a renovar las ganas de vivir e interesarse por su medio. La UNICOM y la USIC tienen una función muy importante en este campo. La universidad debe responder a las necesidades de la comunidad, no sólo con egresados, sino también con programas integrales que den solución a problemas de la comunidad

y que contribuyan a la preparación temprana de sus estudiantes para asumir tareas y responsabilidades como éstas.

2.3.2.4.1 La universidad en la comunidad

Como una medida de apoyo y de rescate de espacios universitarios en beneficio de la comunidad, la Universidad Autónoma de Baja California estableció un centro de atención denominado La Universidad en la Comunidad (UNICOM), ubicado en el CUO e inaugurado el 10 de febrero de 2006, con la participación de las carreras de Enfermería, Ciencias de la Comunicación, Psicología, Ciencias de la Educación y Sociología.

Sin embargo, la UNICOM inició sus labores en agosto de 2005, a través de la contribución conjunta de sendos proyectos de las Facultades de Enfermería y de Ciencias Humanas, con la participación de dos programas de servicio social y prácticas profesionales: Centro de Atención Comunitario (CEACO) y Unidad de Servicios Integrales en Comunicación (USIC). El primero fue diseñado por la licenciada en Enfermería Gabriela Rodríguez Pedraza; el segundo, por la autora de este libro, en equipo con nueve estudiantes de Ciencias de la Comunicación.

Cuando los creadores de la USIC presentaron el programa de trabajo, en marzo de 2005, al entonces director de la Facultad de Ciencias Humanas, doctor Manuel Ortiz Marín, y al coordinador de la licenciatura en Ciencias de la Comunicación, maestro Hugo Méndez Fierro, estos directivos consideraron pertinente invitar a dicho equipo a responder la petición del Rector de la UABC, que en ese momento era el doctor Alejandro Mungaray, quien solicitó que la carrera tributara al ámbito de la salud y se involucrara en el proyecto del CUO; por lo que la USIC se inició en la vertiente de la Comunicación para la Salud y cofundó la UNICOM.

Este centro universitario del CUO, reconocido como “El sitio”, es una casa de singulares estructuras que por años estuvo invadida por sus vecinos. La construcción fue rescatada por la UABC, reparada y acondicionada por el Rector, pero carecía de mobiliario; así que la USIC solicitó patrocinios al Sistema Educativo Estatal (ISEP) y a algunas empresas locales. Asimismo:

uno de los primeros aciertos [por parte del área de Comunicación] fue la propuesta del nombre para este centro, donde convergen las disciplinas de las Ciencias de la Salud y las Ciencias Humanas en beneficio de la sociedad. Dicha nomenclatura es UNICOM, *La Universidad en la Comunidad*, ideado por Rosa Alicia Palacios [en equipo con prestadores de servicio social de la USIC] y seleccionado entre otras propuestas, en reunión con la responsable del Centro, licenciada en enfermería Gabriela Rodríguez Pedraza y los maestros asesores Jorge Valenzuela+ (sociólogo, q.p.d.), Ernesto Álvarez+ (psicólogo, q.p.d.), Carlos Ramírez (comunicólogo), Teresa Ana Dueñas (psicóloga) y su servidora (Zermeño, 2006c: 8).

Ahora bien, la invitación a ser parte de la UNICOM también obedece a la experiencia previa de la autora, quien durante siete años participó en el Centro Interdisciplinario de Atención Educativa a la Comunidad (CIAEC), un programa de la Universidad Autónoma de Baja California creado en 1989 por psicólogos, en el que fue nombrada coordinadora del área de Comunicación por cinco años y concluyó como coordinadora general durante cuatro semestres. Todo esto influyó para que, al momento de gestar la USIC y al fundar la UNICOM, promoviera un trabajo participativo.

Así fue como, inicialmente, la UNICOM se instituyó con tres programas de servicio a la comunidad (USIC, CEACO y CIAEC), cada uno con su visión, misión y objetivos. La USIC se encargó de buscar la unificación de la imagen institucional: propuso el diseño del logotipo, el lema y los trípticos. La tarea estuvo a cargo de los estudiantes de Ciencias de la Comunicación. Asimismo,

se promovieron dos cursos-talleres: uno de Comunicación Organizacional y otro de Unidad de Visión, impartidos durante seis sesiones por la comunicóloga Mtra. Susana Espinosa, donde se trabajó la misión, visión y valores de la UNICOM en forma conjunta con los maestros asesores, coordinadoras y alumnos de las carreras participantes en ese momento —Enfermería, Comunicación, Psicología y Educación (Zermeño, 2009a: 155).

Se acordó, como misión: ser un centro de servicios, apoyo y seguimiento interdisciplinario que promueve la educación para la salud e involucra a la comunidad en el automejoramiento de su estado de bienestar integral, individual y familiar.

Figura 13
UNICOM



Foto: Rosa Alicia Palacios

El área de Enfermería de la UNICOM implementó servicios preventivos que forman parte de su currículo y, en respuesta al diagnóstico de salud, ofrece de manera gratuita la detección oportuna de cáncer de mama y cervicouterino (estudios de Papanicolau), diabetes, hipertensión arterial; además, atiende control de peso, asesoría en nutrición, embarazadas de bajo riesgo y niños sanos menores de cuatro años; acondicionamiento físico y seguimiento a un grupo de adultos mayores. De igual manera, en caso de que un colono se vea imposibilitado para trasladarse a las instalaciones de este espacio universitario, un practicante de enfermería acude a su hogar para aplicarle el tratamiento que su doctor le haya prescrito.

2.3.2.5 Prácticas comunicativas

A partir del consumo de medios, nivel educativo, cuidado a su salud y otras características del perfil sociocultural del CUO, se desarrollaron diversas prácticas comunicativas mediáticas o interpersonales que se describen a continuación, junto con los rasgos mencionados.

Un poco más de la mitad de los encuestados (52%) mencionan que se efectúan jornadas de salud en su colonia; 21% reconoce que son promovidas por el gobierno, pero apenas un 28% participa en tales jornadas, así que un 62% desaprovecha estos recursos con los que cuenta el CUO para mejorar su calidad de vida.

El 31% de los colonos afirma no enterarse de las campañas de vacunación, Papanicolau y otros eventos emprendidos por el centro de salud, aunque algunas de estas campañas tienen difusión masiva nacionalmente. Esto resulta una seria preocupación y sustenta aún más

la necesidad de emprender la circulación de formas simbólicas relativas a los eventos de salud.

Quienes sí se enteran de los eventos del centro de salud, 45%, lo hacen por un sólo medio, a saber: por volantes (12%), vecinos (10%), avisos o carteles pegados en postes, tiendas u otros espacios públicos (7%), medios masivos (6%), familia (5%), médico (2%) y escuela (2%); lo que evidencia el grado de comunicación interpersonal existente en la colonia, así como la presencia constante de las instituciones circulando formas simbólicas referentes al bienestar físico de su comunidad. Asimismo, otro 20% de la población se entera de dichos eventos por diversos medios simultáneamente, como avisos, volantes y medios masivos (6%) o vecinos, avisos y volantes (5%).

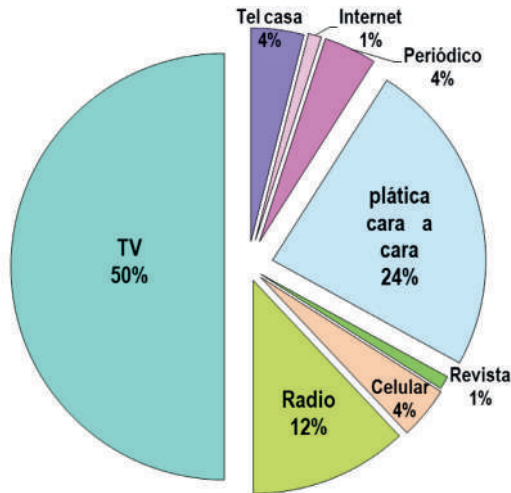
Con todo, los habitantes del CUO tienen un grado de confianza de bueno (37%) a regular (41%) en las instituciones médicas, gubernamentales y educativas, lo que insta a realizar estrategias apropiadas para acercarse a ellos.

2.3.2.5.1 Mediáticas (radio, TV, periódico, revistas, Internet)

Con objeto de conocer acerca de los canales por los que se pueden circular formas simbólicas en la comunidad del CUO, se les preguntó sobre cuáles medios de comunicación utilizan y con qué fin: informarse, entretenerse, acompañarse o aprender. Ello arrojó como resultado que la televisión y la radio son los dos principales medios masivos a los que acuden, de la forma que a continuación se describe:

La televisión es el medio de comunicación más empleado; lo elige como primera alternativa el 50% (figura 14), de quienes el 41% la ve entre una y dos horas diarias, el 20% lo hace entre tres y cuatro horas, el 14%, más de siete horas —estos últimos, con edades desde dieciséis hasta más de 70 años, sin estudios o hasta preparatoria completa—. El 67% consume los noticieros y el 34%, las telenovelas. Los encuestados reconocen que emplean la televisión, principalmente, con la finalidad de entretenerse (79%) e informarse (53%).

Figura 14
Medios usados como primera alternativa en el CUO



Si bien la televisión resulta un medio altamente costoso como para producir una serie universitaria de Comunicación para la Salud, ya que generalmente se carece de recursos económicos para tal efecto, de manera inmediata se podrían aprovechar los contenidos de los programas favoritos de los colonos para, a partir de ellos, retomar temáticas relacionadas con la salud y reflexionar al respecto.

En total acuerdo con Martín-Barbero (2002: 23 y 30) “La mayoría de la gente goza mucho más la telenovela cuando la cuenta que cuando la ve... acaba siendo el pretexto para que la gente nos cuente su vida”; es decir, no es significativo para la audiencia la exposición a los géneros televisivos o mediáticos en general y a los melodramas en particular, sino lo que a partir de ellos les permita interactuar con otras personas e involucrar sus vivencias, de forma que el contenido compartido se vuelve una nueva versión, un entramado apropiado a su situación real. De esta manera, si se rescata la multiplicidad de temáticas abordadas en las telenovelas o en los programas favoritos, se pueden involucrar aspectos de salud y ver cómo lo interrelaciona cada uno a partir de su contexto y los recursos con los que cuenta.

En el ámbito televisivo, 46% de los 106 colonos que mencionaron líderes de opinión, nombraron a conductores de noticieros nacionales y locales deseados como informantes de temas para el cuidado de la salud; entre los primeros se encuentran: López Dóriga,¹¹ referido por un 11%, Carlos Loret de Mola¹² y Lolita Ayala¹³ (con 8% cada uno), Adela Micha¹⁴ y Javier Alatorre¹⁵ (con 3% cada uno). Ahora bien, en cuanto a conductores de noticieros locales, Cosme Collignon¹⁶ fue reconocido por el 3% y Antonio Magaña¹⁷ apenas alcanzó el 1%.

Cabe resaltar que residentes con edades entre 31 y más de 70 años de edad con escolaridad de nivel primaria, principalmente, (92%), fueron quienes se refirieron a López Dóriga como la persona ideal para tratar temas de salud en TV, a pesar de que este periodista no tiene especialidad médica.

Para los colonos es más significativo que figuras del medio artístico (38%) los informen sobre temas de salud. Reconocen al protagonista de telenovelas Fernando Colunga (6%) y al doctor House (5%), personaje de la serie transmitida por el *Universal Chanel*. Por el contrario, el 11% prefiere que sean los médicos quienes le informen acerca de este tema por TV.

Por el alcance que tienen los medios masivos, pueden ser punto de partida para rescatar temas de salud de forma interpersonal. Al preguntarles a los encuestados sobre los medios consultados para conocer cómo cuidar su salud, distinguieron los siguientes: en primer lugar, los

-
11. Experimentado periodista mexicano, que fue titular del principal noticiero nacional de TELEVISIÓN.
 12. Joven periodista mexicano, titular del principal noticiero matutino de TELEVISIÓN.
 13. Respetada periodista mexicana; fue titular del noticiero vespertino de TELEVISIÓN hasta 2016, además de mantener por más de veinte años una intensa labor altruista con su fundación llamada "Sólo por ayudar", integrar un fondo para la salud y salir en cápsulas de salud.
 14. Destacada periodista mexicana, de ascendencia judía, que fue titular del noticiero vespertino de TELEVISIÓN, transmitido por Foro TV, también en su programa de entrevistas hasta 2016; actualmente visible también en la plataforma digital.
 15. Alatorre, peculiar comunicador mexicano, corresponsal de guerra y conductor de la emisión informativa "Hechos", con veintinueve años al aire en TV Azteca, la competencia de TELEVISIÓN.
 16. Cosme Collignon fue director de *Noticias* y titular del noticiero nocturno de TELEVISIÓN Mexicali, también del Canal 66 de esta ciudad y de programas de radio regionales.
 17. Antonio Magaña fue titular-comentarista político y de asuntos ciudadanos del Canal 66 de Mexicali, así como conductor de varios noticieros, director general del periódico *Novedades de Baja California* y director editorial de *La Crónica*, director de Noticieros TV Azteca Mexicali, y candidato a la presidencia municipal de Mexicali en 2016.

organismos de salud que los consultan, con 43%, a esto se suma un 8% que se informan con la familia. En segundo lugar, casi una cuarta parte de los residentes (22%), los medios masivos de forma exclusiva, y otro 13% los conjuga con la familia, la plática cara a cara y los organismos de salud.

Con dichos resultados de alto consumo de medios por parte de los colonos del CUO, la USIC difundió por varios años los servicios y acciones de la UNICOM en medios locales y masivos, con soportes impresos y auditivos; para ello efectuó varias campañas publicitarias, volantes, trípticos, carteles, promocionales para radio, entrevistas en el canal 3 de Televisa, canal 66, Radio Universidad, MVS Radio y otros medios internos y externos.

La radio está ubicada en el tercer sitio de los medios que usa la gente del CUO, ya que el 12% la elige como primera alternativa: el 25% le dedica entre una y dos horas, con objeto de oír música (62%) y noticias (21%); principalmente para entretenerse (48%) o informarse (24%).

Los géneros musicales más consumidos por esta comunidad son los de naturaleza grupera y regional mexicana (37%); aunque también gustan del rock (7%), música romántica (3%) y clásica (1%), entre otras. El 21% escucha noticias con personajes icónicos como Bermúdez¹⁸ o su descendencia —hacen extensivo al hijo el prestigio alcanzado por su padre— y el 7% se entretiene con programas radiofónicos de revista, espectáculos o monotemáticos.

Se preguntó qué persona de los medios a los que más acuden, les gustaría que les informara sobre el tema de la salud, lo cual fue difícil distinguir para la mayoría de los encuestados; sin embargo, en los medios masivos destacó, en el canal radiofónico, un líder de opinión regional que tampoco tenía especialidad en temas de salud, pero a quien

18. Augusto Hernández Bermúdez, desde 1954 hasta su muerte —29 de febrero de 2012—, fue el titular del programa de noticias locales e internacionales, transmitido por la estación Radorama, en el 910 A.M. de Mexicali, B.C. Bermúdez fue un ícono de la ciudad, en especial para los adultos mayores, ya que, a pesar de basar su trabajo en la lectura del periódico, ofrecía comentarios y opiniones del agrado de los radioescuchas. La trascendencia de este chiapaneco en Mexicali llevó a que le hicieran un homenaje el 13 de julio de 2011, donde participaron el gobernador y el presidente municipal. Incluso la cabina donde trabajaba lleva su nombre a partir de esa fecha. Posteriormente, su hijo Ricardo Augusto Hernández Zárate continuó el legado hasta su muerte en 2015.

le otorgaba legitimidad el 43% de adultos y adultos en plenitud (de 31 hasta más de 70 años), con nivel de educación básica (el 67%), sin estudios (11 %), con carrera técnica o de licenciatura (15 %).

Figura 15

Alumnos de secundaria graban *Salud al aire* en la UNICOM



Este reconocimiento fue motivo de otra estrategia de comunicación participativa implementada por la USIC en la UNICOM: la producción del programa de radio *Salud al Aire*, en el que niños de la escuela primaria y jóvenes de la escuela secundaria del CUO abordaron los temas de su elección y los asociaron con la salud.

La respuesta inicial de los participantes fue excelente, con mucho entusiasmo y decisión a colaborar. La duración original del programa era de 30 minutos. La estructura fue definida por la doctora Zermeño, guiada por su experiencia en radio comunitaria con niños de Mexicali y su Valle, cuando ingresó a CIAEC.

El programa *Salud al Aire* comenzaba con una cápsula introductoria de un alumno universitario, lo seguían veinte minutos para la presentación de los jóvenes, quienes compartían su investigación documental respecto del tema elegido por ellos mismos, cómo lo vivían en su colonia y qué propuestas de solución sugerían. Por último, se incluía la participación del especialista en el tema, para ampliar o redefinir alguno de los puntos abordados por los niños y jóvenes.

En un año los alumnos universitarios lograron tal apropiación de los participantes que, por iniciativa de los jóvenes de secundaria, los programas concluían con canciones adaptadas por ellos a los temas elegidos. En dos años se grabaron más de quince programas de 30

minutos, con los temas seleccionados por los niños y jóvenes: música, *anime*—caricaturas japonesas—, aborto, violencia familiar, adicciones, deporte, contaminación, buena alimentación, bulimia y anorexia, entre otros. La parte técnica, en su inicio, fue asesorada por el maestro Christian Fernández, entonces coordinador del taller de radio de la Facultad de Ciencias Humanas (FCH), y la calidad de las grabaciones por la maestra Martha Adriana Márquez, profesora de la FCH. Los especialistas invitados avalaban el contenido de la cápsula, sólo para evitar desinformar o compartir información errónea.

A pesar de dichos logros, su preproducción y producción enfrentó varias limitaciones: en primera instancia, para facilidad de los niños y jóvenes participantes, así como su seguridad; se pretendió grabar en algún espacio dentro de la misma escuela primaria o secundaria, pero se carecía de un lugar para ello (sala audiovisual, salón u otro), de ahí que las grabaciones se hicieran en el área de comunicación o la “sala audiovisual” de la UNICOM, como actividad extraclase de los niños y jóvenes.

En segunda instancia, además de promover el interés por el cuidado de la salud, compartir cómo se vive en la comunidad y ofrecer propuestas de solución, los programas fomentaban el hábito de la lectura y la investigación sobre las consecuencias favorables y desfavorables de los temas elegidos sobre la salud. Ésto significó que llevaban tarea extraescolar inmediatamente después de sus clases a la UNICOM; por lo que posterior a tres programas, algunos padres reprendían a sus hijos por regresar tarde a su casa; disminuyendo así su participación.

En el mismo sentido, debido a los bajos niveles educativos de la comunidad, y por ello la poca importancia dada a la preparación académica, los niños y jóvenes enfrentaron dificultades para mantener el ritmo de las tareas extraclase, ya que les representaba prepararse con la investigación previa de los temas elegidos. Por otro lado, un punto más fue de carácter técnico, dado que en ocasiones la grabadora que facilitaba el taller de radio de la FCH no registraba bien el sonido, lo que obligaba a grabar de nuevo el programa, y eso comenzó a desmotivar a los jóvenes.

En aras de solventar la parte técnica, se solicitó permiso a los padres para trasladar a los jóvenes a las cabinas del taller de radio de la FCH, hecho que animó a los participantes, pero no todos lograron el

permiso y volvió a presentarse desmotivación. Aquí se vio que, a pesar del entusiasmo inicial de todos los equipos de niños y jóvenes por participar activamente en un medio que para ellos era importante, y a pesar de haber logrado programas de calidad, los padres no estuvieron a la altura de sus inquietudes, faltó su apoyo y acompañamiento para que se lograra completar el ciclo.

En cambio, se alcanzó mayor involucramiento de padres e hijos con otros grupos de niños y jóvenes de escuelas externas al CUO, pero a la que asistían algunos jóvenes que viven en esta colonia, de quienes se logró que un par de madres de familia llevara al grupo de jóvenes a grabar en las instalaciones de radio de la FCH, donde incluso uno de los jóvenes compartió en cabina su experiencia de haber sido golpeado por su padre y de cómo logró salir de su problema.

Esa falta de compromiso por parte de los padres se pudo corroborar con los temas que proponían los niños del CUO para los programas, de los cuales eran recurrentes la comunicación entre padres e hijos, la violencia familiar, los derechos de los niños y la unidad familiar, entre otros.

Al principio, también hizo falta transmitir los programas al menos en la hora del recreo, en sus propias escuelas, para darles el reconocimiento público y motivarlos a seguir grabando. Por ello, en su segundo año, para hacer público los logros de los niños, jóvenes y estudiantes universitarios que participaban en la grabación de *Salud al Aire*, la USIC organizó la presentación oficial del programa, que contó con la presencia de autoridades universitarias, maestros y alumnos de la Facultad de Ciencias Humanas y Enfermería, así como de la escuela primaria Domingo Márquez, quienes fueron testigos de este suceso, en el que Rondán Sánchez Mora, estudiante de la escuela secundaria número 9, expresó:

A mí parece muy bien participar en este tipo de eventos porque nos da oportunidad de hablar, es muy divertido porque nos unimos más con personas más grandes que nosotros, podemos llevar a cabo diversos tipos de programas, eventos y tener más facilidades de expresión y de compañerismo.

El siguiente año se vio conveniente reducir los programas de 30 a cinco minutos, con la misma estructura y formato, pero compactados, de for-

ma que resultaran dinámicos, ágiles y sin tantas complicaciones académicas para los jóvenes o tiempo en la edición para los universitarios.

En su tercera temporada, el L.C.C. Carlos Ramírez, asesor de la USIC, contactó al productor de una radio comercial para transmitir nuestras cápsulas de *Salud al aire* y, tras las negociaciones de la doctora Zermeño con el L.C.C. Gustavo Camacho, creador y conductor del programa *Omelet Sensacional*, hubo que recortarlas a cuatro minutos, para que se transmitieran cuatro cada miércoles de septiembre a diciembre, en forma gratuita. Ello fue un éxito, porque logró el compromiso de niños, jóvenes, estudiantes universitarios y especialistas, y el permiso de los padres de familia para que acudieran a la FCH los niños y jóvenes.

Aun así, no se obtuvo un compromiso total de los padres de familia del CUO para acompañar a sus hijos a la cabina de radio de la FCH o al propio la UNICOM, lo cual sí se consiguió con los padres de jóvenes del CUO que acudían a otras escuelas fuera de la colonia. De igual forma, no todos los especialistas podían ir a la cabina, por lo que a ellos los grababan por separado y, una vez que escuchaban las cápsulas de los niños o jóvenes, hacían su aportación a ellas, lo cual también arrojaba en ocasiones audios defectuosos de las entrevistas.

Igualmente, se vio la pertinencia de solucionar las dificultades técnicas y de traslado de los participantes del CUO, con la petición de patrocinio económico o en especie para contar con equipo adecuado que permitiera grabar con calidad el sonido en los propios espacios del área de comunicación de la UNICOM, donde se podría habilitar una cabina de radio.

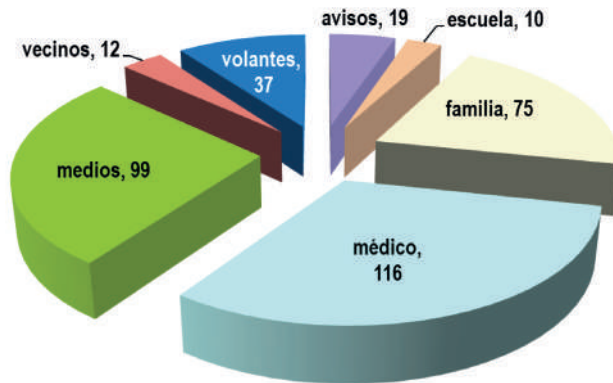
2.3.2.5.2 *Interactivas en general (interpersonales y grupales)*

La modalidad interpersonal para la circulación de formas simbólicas relacionadas con la salud es la que más alcance tuvo, y con buenas posibilidades de ser apropiado por los colonos, dada la importancia otorgada a esta vía de comunicación, ubicada en segundo lugar por casi un cuarto de la muestra, que la elige como primera alternativa de consumo de medios, a través de la plática cara a cara, ya que el 21% usa de una a dos horas para platicar con objeto de comunicarse (32%), principalmente con la familia (30%).

Al preguntar cómo se enteran de los eventos de salud en su colonia, la muestra señala en mayor medida los interpersonales, mediante

el médico, la familia, los vecinos y la escuela; también en soportes mediáticos masivos y locales, como volantes y avisos.

Figura 16
¿Cómo se enteran de eventos de salud en el CUO?



De igual manera, los encuestados prefieren que sea la familia o la pareja (64%) quienes les aborden temáticas sobre el cuidado de la salud, seguida del especialista (21%), los vecinos (9%) o los amigos (6%). La familia y el especialista son preferidos por colonos sin nivel de estudios, así como de educación básica, media y superior, con catorce años y hasta más de 70 años.

En este mismo sentido, como estrategia para establecer cercanía con las instituciones municipales y estatales dedicadas a la salud, la coordinación de comunicación de la UNICOM, a cargo de la autora, organizó el seminario “La Promoción para la Salud: un nuevo desafío para las ciencias humanas”, en las instalaciones de la FCH, con la presencia del jefe y la coordinadora de Promoción de la Salud del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Baja California —ISESALUD—, una psicóloga y educadora certificada en diabetes por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), una psicóloga encargada del grupo de oncología llamado “Por amor a la vida” del IMSS, y una enfermera de la UABC¹⁹. Se

19. En el orden mencionados: doctor Daniel Millán Alcántara, trabajadora social Patricia Serena, psicóloga Sandra Aispuro, psicóloga Teresa Dueñas y enfermera Irene Neri.

recibieron felicitaciones por involucrarnos en este ámbito, ya que en ese momento no se tenían comunicólogos contratados en el ISESALUD.

Del mismo modo, la autora promovió la implementación de prácticas académicas de diversas asignaturas universitarias en la UNICOM, con la participación de maestros y alumnos de Medicina, Ciencias de la Comunicación, Psicología, Ciencias de la Educación, Sociología, Derecho, Deportes y Artes, así como de la propia comunidad y de otros organismos encaminados al mismo objetivo.

Con la observación participante, el diagnóstico de salud y los resultados del diagnóstico sociocultural, la USIC consideró pertinente impartir talleres de higiene bucal a niños de preescolar del CUO (figura 17), asesorados por odontólogos. En el mismo sentido, con la orientación de especialistas en el campo, se realizaron talleres de autoestima, cinevalores, alimentación saludable para la familia y para diabéticos, retos de la mujer, comunicación entre padres e hijos, etc. También se brindó terapia o asesoría psicológica para atender problemas de pareja, familiares, de conducta, depresión, autoestima, miedos, y otros que presentó la comunidad. De igual forma, se facilitó asesoría jurídica con prestadores de servicio social de la USIC provenientes de la Facultad de Derecho.

Figura 17

Taller de higiene bucal otorgado en el preescolar por USIC-UNICOM



Todos estos ejercicios implementados por el área de comunicación de UNICOM, con prestadores de servicio social o practicantes profesionales de la USIC, así como practicantes de alguna materia, con asesoría o asistencia de especialistas, tuvieron muy buena respuesta cuando las

actividades eran de una sola emisión; por ejemplo, en la convocatoria a los talleres de autoestima o de prevención de adicciones en las ferias de la salud.

También se consiguió excelente participación de las líderes de la colonia, a quienes se les propuso algún taller y ellas ofrecieron su casa para efectuarlo, de forma que no tuvieran que trasladarse a la UNICOM y pudieran tener control sobre quienes entran a su hogar, como medida preventiva ante la inseguridad de la colonia. Las líderes lograron una convocatoria de hasta veinticinco adultos en su hogar para abordar temas de retos de la mujer, alimentación para diabéticos y prevención de adicciones, con hasta ocho sesiones por taller.

Sin embargo, cuando se exceden las seis sesiones de los talleres con el grupo, comienzan dificultades con la familia de la líder, ya que extrañan su libertad del uso del tiempo o para ver televisión juntos, por ocuparse en recibir a los invitados de estas actividades, lo cual las impiden de salir con el esposo o la familia a otras convivencias. De hecho, llegaron a cancelar una sesión para festejar el día del amor y la amistad o para acudir a un *baby shower*²⁰ u otra reunión social, situación que muestra la importancia otorgada por la comunidad a este tipo de ritos. También se observó que el apego a los géneros dramáticos de las señoras del CUO es tal que incluso no se les podían ofrecer servicios o talleres en el mismo horario de sus telenovelas o programas favoritos.

20. Fiesta de regalos para el próximo nacimiento del bebé.

Figura 18

Taller de prevención de adicciones impartido en la casa de una líder del CUO, por Alejandro Marentes, psicólogo que prestó servicio social en USIC



Los colonos del CUO aceptaron muy bien los servicios de la UNICOM en sus casas, en el mercado “sobre ruedas” o en las escuelas; incluso, por lo general se alcanza muy buena convocatoria para las ferias de la salud; sin embargo, no se ha logrado la asistencia continua a las instalaciones de la UNICOM. Si bien existen pacientes asiduos, la mayoría del tiempo se encuentra muy tranquila la actividad con los practicantes o prestadores de servicio social; incluso a pesar de que la prestadora de servicio social, estudiante de Psicología, permaneció dos años atendiendo peticiones del grupo focal que indicaron ampliar los horarios al turno vespertino y hasta el sábado; contradictoriamente, la gente acudía una o dos veces, pero pocos grupos permanecieron en un programa de ocho sesiones dentro de las instalaciones de la UNICOM; a diferencia de los mismos talleres impartidos por la USIC-UNICOM en las casas de las líderes y convocadas por ellas, donde los talleres de seis sesiones eran realizados sin dificultad.

Lo anterior refuerza el hecho de que la gente prefiere no alejarse mucho de sus casas por temor a la inseguridad de la colonia, además del poder de convocatoria de las líderes.

Otras estrategias empleadas con los jóvenes fueron las obras de teatro, fotonovelas y demás variantes que propiciaran la interacción y el intercambio de intersubjetividades hacia la concientización del cuidado

de su salud, mediante contenidos adecuados, con temas elegidos por ellos. Así, con la participación de dos prestadoras de servicio social de la USIC en la UNICOM, Pamela Rutiaga y Rosa Martínez, se acudió con la socióloga maestra Irma González, docente de la FCH, asesora de la USIC y profesora de la escuela secundaria del CUO, quien facilitó un grupo para implementar la obra de teatro y una fotonovela sobre “el amor”, presentada a un grupo de universitarios de la FCH, lo cual disfrutaron mucho después de tantos ejercicios y ensayos previos, con 50 minutos semanales dedicados. La fotonovela fue dirigida por Rosa Martínez; cuyo guion reflejó una breve historia escrita junto con los jóvenes, a partir de una palabra representativa para ellos, acerca del amor. En la sesión de cierre, la facilitadora entregó un CD con la fotonovela editada a los participantes y ellos le pidieron que escribiera una dedicatoria en cada disco compacto; hecho que la emocionó porque apreció el logro de una conexión con los jóvenes.

Capítulo 3

Estrategias Comunitarias de Comunicación para la Salud (ECCOS)

Como se expresó anteriormente, se aboga por la Comunicación para el Desarrollo (CpD) y por la transdisciplina para lograr la apropiación de los programas de salud en las comunidades. Una CpD desde la perspectiva participativa, donde se utilice el diálogo como método y los recursos disponibles, así como todos aquellos que puedan autogenerarse para elaborar Estrategias Comunitarias de Comunicación para la Salud (ECCOS) que permitan a los integrantes de la comunidad involucrarse y gestar sus propios mecanismos de apropiación de estilos saludables, tomando decisiones que tributen a su bienestar individual y colectivo.

La propuesta ECCOS parte de una concepción de la comunicación como proceso de construcción de sentidos, por lo que se acudió a Martín-Barbero, Guillermo Orozco y a otros autores que aportan teóricamente a esta vertiente, alejándose de la tradicional, la positivista. Desde el punto de vista práctico, se promueve la integración de instituciones (educativas, familiares, gubernamentales, religiosas y mediáticas) vinculadas por la universidad, como institución legitimada por la sociedad y con distintas especialidades que permiten formar y capacitar a los integrantes, tanto de la institución educativa como del propio colectivo, con rescate de saberes y decisiones de la comunidad; ello contribuye a la solución de las problemáticas de salud integral, cuyo punto nodal es la participación activa de la población y de cada uno de los involucrados.

Figura 19
Propuesta ECCOS



Elaboración propia.

Ahora bien, antes de explicar ECCOS con detenimiento, es necesario observar algunas características de los seres humanos y plasmar las plataformas conceptuales de la propuesta.

3.1 Algunas consideraciones

Todo trabajo en equipo que desee potencializar al máximo a sus integrantes debe tener presente su perfil individual. De acuerdo con Martínez Miguélez (2004: 10), existen dos componentes en el proceso cognoscitivo, sin importar el nivel académico de las personas; estos son, la *interna* y la *externa*:

El polo de la componente *externa*; es decir, la tendencia que tiene una realidad exterior a imponernos determinada forma (tendencia al orden, a la simetría, a la armonía, a la continuidad, a la regularidad, a la proximidad de elementos, al cierre, a completarse, etc., o sea, lo que los gestaltistas expresan con la “ley de pregnancia” o de “la buena forma”). Por otro lado, preexiste el hecho de que la mente no es virgen, sino ya está estructurada (componente *interna*) con un cúmulo de presupuestos

o reglas generales aceptados tácita e inconscientemente, que convive con una filosofía implícita, posee un marco de referencia, un lenguaje, unos esquemas perceptivos y una estructura teórica; alberga una gran variedad de necesidades, intereses, temores, deseos, valores, fines y propósitos que constituyen el “mundo vivido”.

Figura 20

Elaboración propia, basada en los postulados de Martínez Miguelez y la imagen del cerebro obtenida de internet



Con esa premisa, es natural encontrarse a colectivos, docentes y estudiantes universitarios, servidores públicos, líderes religiosos y demás participantes, quizá con buena voluntad e intenciones para el trabajo conjunto, pero con una componente interna donde en ocasiones predominan los temores y sobre los cuales es importante dialogar. Por ejemplo, uno de los principales intereses de la administración pública es el informe de cifras, de logros numéricos, que a su vez, por lo general, representan una falacia, pues se puede llegar a un número mayúsculo de personas para informarles de manera creativa e impac-

tante sobre alguna campaña de salud, emitida en medios masivos o por visitas únicas, sin que pasen de ese nivel: el informativo.

Al mismo tiempo, habría que preguntarse: ¿qué ocurre después de la exposición de los mensajes sobre salud en medios masivos o en esa visita asistencial?, ¿existe un seguimiento?, ¿la gente se apropia del programa? Si bien la administración actual se planea en función de resultados, la transición no ha logrado sensibilizar a todas las instituciones.

Aquí se propone que todos los involucrados sean los encargados de plasmar su plan de acción, mediante diálogos en diferentes etapas, pero con ECCOS construidas conjuntamente, dando siempre el crédito a todos los participantes.

3.2 Plataformas conceptuales

Por las razones explicadas en los párrafos previos, los individuos no se enfrentan a los medios de comunicación masiva con una mente en blanco, a la que se le pueda verter la información deseada y automáticamente ejecuta las instrucciones, la compra de ideas, productos o diversos consumos. Orozco y Barbero, entre otros, especifican la existencia de mediaciones que permiten a los seres humanos actuar de la forma como lo hacen, incluyendo el modo en que se relacionan mediante actos comunicativos.

3.2.1 Multimediaciones

Quedó claro en el diagnóstico sociocultural del CUO que los medios masivos forman parte de su vida cotidiana; sin embargo, las personas, al consumir los contenidos mediáticos, cuentan con un repertorio de experiencias y vivencias que se traducen en mediaciones; ello les permite reconstruir dichos mensajes y, por tanto, hacer de su recepción un proceso activo.

Las mediaciones, apunta Martín-Barbero (2002: 18), implican la articulación de las prácticas de comunicación con las dinámicas culturales y los movimientos sociales. Por su parte, Orozco (2001) distingue

una “cuádruple dimensionalidad de las mediaciones” (individuales, sociales, institucionales y tecnológicas); si bien encaminadas a la recepción televisiva; son retomadas aquí debido a la importancia concedida por la comunidad a este medio de comunicación que puede y debe, desde lo mediático, apoyar la labor educativa para la salud, en su justa dimensión y entre otros recursos comunicativos.

La institución familiar, para Martín-Barbero (1999 en Orozco, 2001), ha perdido su papel mediador, ya que “la televisión usurpa, trastoca y transgrede al introducir casi cualquier tema”, en cualquier horario, sin importar edades. “La televisión muestra lo que antes las familias querían mantener oculto a los menores o aquello que ni siquiera se atrevían a verbalizar”. En contraparte, Orozco (2001) señala que:

Moralista o sensata, fragmentada o no, la mediación familiar sigue siendo importante en la aproximación a la televisión. En América Latina todavía se mantiene como uno de los últimos nichos de las “buenas costumbres”..., o como simples premios o castigos en la cotidianidad del hogar, la mediación familiar sigue dando una batalla abierta aunque contradictoria a la televisión, ya que a esta se la sataniza y se la invita de niñera al mismo tiempo.

A decir de Orozco (2001), el lenguaje televisivo pone “en juego signos y significantes icónicos y sonoros de distinto tipo..., que apelan principalmente a las emociones de las audiencias...”. De cualquier modo, están presentes sus mediaciones individuales:

sus trayectorias y desarrollos vitales personales, sus aprendizajes anteriores, apropiaciones de sus experiencias, creatividad, arrojo o inhibición, pero también sus “visiones y ambiciones” hacia y más allá de la televisión. [A partir de ahí, se] conforman “comunidades” de interpretación de los referentes televisivos; esto es un proceso culturalizado y por tanto contextualizado...

Ahora bien, estas mediaciones también hay que verlas en el plano de la comunicación directa, o sea, en la capacidad que tienen los sujetos de resistir, adaptar o asumir los diferentes mensajes de que son objeto en interacciones comunicativas, por su condición de individuo, por la relación que tenga con su familia y círculo de amigos y vecinos, por los hábitos y ritos que envuelven sus prácticas comunicativas, por sus patrones culturales e identitarios.

3.2.2 De los medios masivos a la participación activa

Cierto es que a través de los medios masivos se llega a mayor número de personas; no obstante, lo expuesto ahí no es lo trascendental, sino lo que la gente hace a partir de esos contenidos.

Por lo general, las campañas de salud tienen el propósito de posicionar alguna idea institucional y motivar al público meta para realizar una acción particular (vacunación, ingesta de alimentos saludables u otros), para lo cual se utilizan los medios masivos. Sin embargo, a pesar de las fuertes sumas de dinero invertido en ello, van en aumento las enfermedades crónico degenerativas, al grado de que en México se vio la necesidad de legislar contra el consumo de alimentos chatarra, generadores de obesidad, que a su vez pueden ocasionar diabetes, hipertensión arterial, cáncer de colon y otros.

La Comunicación para la Salud fortalece a la comunidad cuando no se limita a informarla respecto de problemáticas sanitarias identificadas por los programas institucionales, sino la hace partícipe tanto en el diagnóstico como en la reflexión, las propuestas de solución y la evaluación de los alcances del programa en su localidad.

En este sentido, Dutta (2007) distingue dos vertientes en la manera de abordar la Comunicación para la Salud en Estados Unidos: el enfoque centrado en la cultura y el de la sensibilidad cultural; el primero busca la construcción de teorías y aplicaciones desde dentro de la cultura, y el segundo se limita a cumplir con la agenda gubernamental, que permita mantener el *status quo* adaptando los mensajes a las características culturales de la audiencia objetivo. Actualmente, en México se tiende al enfoque de sensibilidad cultural definido por Dutta, pero se busca transitar al otro formato más participativo, lo cual no se ha consolidado porque requiere esfuerzos mayores, principalmente el de escuchar al “otro”, al que no tiene la especialidad en salud, pero sin el cual todos los recursos empleados son inútiles.

Como afirma Jodelet (2003), para que progrese una teoría debe ser “cuestionada a partir de su aplicación, de los espacios concretos de las prácticas sociales. Son los trabajos realizados dentro del medio social real los que pueden dar aportes para el enriquecimiento y el mejoramiento de las propuestas teóricas”; por ello la investigación acción par-

ticipativa y el diálogo tributan a la integración activa de los involucrados en la construcción de los programas y estrategias de Comunicación para la Salud.

Si bien se rescatan las ventajas de alcance que tienen los medios masivos; se usarán a discreción y se privilegiará la participación activa de los involucrados en ECCOS, e incluso se podrían retomar los contenidos de los medios como referentes para dramatizaciones o representaciones de la vida cotidiana, encaminados a reflexionar y tomar acciones benéficas para la salud.

3.2.3 Un enfoque transdisciplinario

Desde la transdisciplina se busca la integración y la conciliación “de todas las disciplinas y contextos que nos pueden decir algo sobre nuestras realidades..., caminar hacia la autotransformación” (Martínez Miguélez, 1999: 16, 21).

Según lo establecido en los artículos 13 y 14 plasmados en la Carta de la Transdisciplinariedad, firmada por diversos estudiosos encabezados por Edgar Morin, desde esta arista se:

rechaza toda actitud que niegue el diálogo y la discusión, cualquiera que sea su origen, ideológico, cientista, religioso, económico, político, filosófico... El rigor, apertura y tolerancia son las características fundamentales de la actitud y visión transdisciplinaria [entendiendo por] tolerancia al reconocimiento del derecho a las ideas y verdades contrarias a las nuestras (Morin en Nicolescu, 1994)

La transdisciplinariedad, enfatiza Martínez Miguélez (2007: 12), alcanza “un conocimiento superior emergente, fruto de un movimiento dialéctico de retro- y pro-alimentación del pensamiento, que nos permite cruzar los linderos de diferentes áreas del conocimiento disciplinar y crear imágenes de la realidad más completas, más integradas”.

En ese sentido, en este documento se concibe la salud desde una perspectiva integral; esto es, como la constante búsqueda del equilibrio entre cinco áreas del desarrollo humano: la física, familiar, profesional (escolar, laboral o ambos), social y espiritual. En la actualidad, la gente practica hábitos saludables sólo cuando los ve necesarios, debido a alguna enfermedad. Sin duda, es multifactorial lo que ha llevado a esta

crítica realidad: las condiciones económicas prevalecientes, una vida acelerada y cargada de responsabilidades, así como la falta de herramientas o capacitación para enfrentar de manera asertiva las condiciones cotidianas, entre otras.

Por ello, desde las disciplinas universitarias, interrelacionados con los programas gubernamentales y los saberes comunitarios, se busca facilitar el aprendizaje de dichas herramientas para favorecer el equilibrio de las áreas del desarrollo humano y, con ello, su salud.

3.3 ECCOS en eslabón

Antes de continuar con la descripción de los procedimientos de las Estrategias Comunitarias de Comunicación para la Salud (ECCOS), es oportuno definir lo que se entiende por estrategia.

Para Baena y Montero (1989: 37), una *estrategia de comunicación* es un proceso completo que va desde una fase de diagnóstico hasta una de evaluación, cuyo propósito es resolver un problema o cierta problemática social. Arellano (1998) la concibe como “una serie de acciones programadas y planificadas que se implementan a partir de ciertos intereses y necesidades en un espacio y tiempo de interacción humana”.

Con mayor precisión, una *estrategia de comunicación participativa* consiste en: Un conjunto de fases, instrumentos, recursos y medios de comunicación que se utilizan para llegar a la resolución de un problema social con la participación de la comunidad y de los especialistas (Baena y Montero, 1989).

De acuerdo con Carlos Núñez y Enrique Arellano (1995), una estrategia de comunicación participativa se implementa en instituciones, comunidades o grupos sociales; sus principales fundamentos parten de un paradigma comunicacional que exija una disponibilidad a la incertidumbre en los espacios institucionales y a la observación de las prácticas cotidianas como prácticas de comunicación.

Todo ello se considera elemental para la construcción e implementación de ECCOS, que está conformada por cuatro etapas en eslabón: *sensibilización, movilización, capacitación e información y evaluación/seguimiento*.

3.3.1 *La sensibilización*

La etapa *sensibilizadora* consiste en convocar a un equipo de trabajo que promueva el avance hacia un estado de salud óptimo de los individuos y de la comunidad, para lo cual se solicita la intervención de especialistas en los temas acordados como prioritarios, de representantes de las instituciones y de la comunidad, así como de prestadores de servicio social comunitario, servicio social profesional y practicantes profesionales universitarios.

3.3.1.1 *Conformación del equipo de trabajo transdisciplinario y primer esbozo de la propuesta con el (los) tema(s) a tratar*

Se propone la conformación de un equipo pequeño con estudiantes y docentes universitarios, que incluya al menos un comunicólogo, un especialista del área de la salud y un educólogo, psicólogo, sociólogo o expertos de otras disciplinas pertinentes, además de todos los asesores necesarios de distintas áreas: Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales, Educación y Humanidades; esto es, de Medicina, Enfermería, Ciencias de la Comunicación, Psicología, Ciencias de la Educación, Sociología, Derecho u otras disciplinas, de tal forma que se acuerden —en términos generales— los compromisos, las responsabilidades, las funciones, el objetivo general y las expectativas del equipo base, sin perder de vista los recursos (humanos, materiales, económicos y de tiempo) con que se cuenta o a los que se podría acceder, así como los vínculos o las redes ya contactadas que podrían facilitar el trabajo colaborativo.

Núñez y Arellano (1995) indican que:

El punto de partida de cualquier estrategia es un problema detectado, al cual se le busca dar solución, tras una investigación desde un prisma transdisciplinar generalmente, en todas las dimensiones, categorías y variables que pueden influir en el problema abordado.

Por lo anterior, se considerarán las problemáticas de salud prevalecientes a escalas internacional, nacional y local, sustentada en alguna investigación y acercamiento previo a la población seleccionada, a partir de lo cual se planteará un primer esbozo de las líneas generales de esta

propuesta de intervención con uno o dos temas prioritarios de salud pública, dando cabida también al (los) tema(s) elegido(s) por la comunidad atendida, con el objeto de que supere la situación prevaleciente de la problemática encontrada y que redunde en su estado de bienestar. Asimismo, se busca la apropiación de ECCOS como una experiencia significativa para todos los involucrados en el equipo transdisciplinario compuesto por universitarios, la comunidad y otras instituciones.

Margarita Alonso (2010: 15) define la apropiación como “un proceso simbólico de construcción de sentidos personales y sociales” que, en torno a la salud, elaboran los actores a partir de sus contextos socioculturales, para el caso, y en cuya incorporación se transforman a sí mismos. Donde, además, los usos de los medios se articulan de manera compleja y multidimensional a procesos, instancias y estructuras económicas, políticas y culturales.

Si bien el gobierno es el responsable de facilitar recursos para alcanzar los estándares de salud del país, los resultados nacionales y los organismos internacionales reclaman un ejercicio intersectorial, de corresponsabilidad entre los gobiernos, el sector privado, las ONG, los medios masivos y las comunidades. Para ello se requiere una

mejor interacción entre los políticos, los encargados de formular las políticas, los investigadores y los profesionales...[que destaque] la importancia de invertir en favor de la salud y en la promoción de la salud [y procurando que] se comuniquen bien y se comprendan ampliamente (OMS/OPS, 2000: 24).

No obstante, la misma OMS (2010) reconoce que:

el acceso oportuno a los servicios sanitarios también es crítico: una combinación de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación... [sólo son accesibles a toda la población con un] sistema de financiación sanitaria que funcione correctamente.

Hay muchas maneras de promover y preservar la salud. Algunas se encuentran más allá de los límites del sector sanitario. Las “circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen” influyen en gran medida en la manera en que la gente vive y muere. La educación, la vivienda, la alimentación y el empleo, todos ellos, tienen un impacto sobre la salud (OMS, 2010: IX).

Por lo anterior, considerando todas las vertientes y la complejidad inmersa en la promoción de la salud, en el diseño e implementación de ECCOS se ubica a la universidad como la mediadora de este proceso,

dado que la gente tiende a desconfiar de los programas gubernamentales en general y, aunque en lo particular algunos de sus servicios gozan de aceptación o buena imagen, la universidad tiene la ventaja de ser plural y contar con el reconocimiento tanto de la sociedad como del gobierno y la iniciativa privada, ya que es buscada para solicitarle capacitación y servicios especializados, los cuales se concretan mediante convenios o actos de buena fe.

Los habitantes del municipio de Mexicali registran un 78.5% de respuestas favorables al liderazgo de opinión de la UABC (Alcantar y Arcos, 2009); es lo contrario a la imagen del gobierno, que cada sexenio ha representado un conflicto entre los organismos de salud y otras instancias gubernamentales estatales y municipales, sea porque pertenecen a partidos políticos opuestos, sea por falta de unidad.

Por supuesto, la imagen gubernamental ante la población se ve afectada por tal desvinculación; lo que pudo corroborarse en el 69% de los colonos del CUO, que expresaron una imagen negativa (desde regular hasta muy mala) de los gobernantes de Mexicali. El hecho se ha encrudecido con toda la población en el reciente XXII Ayuntamiento de Mexicali (2016-2019), así como en el gobierno del estado de Baja California (2013-2019), a quienes por primera vez la población se ha enfrentado con marchas multitudinarias en el Centro Cívico y otras acciones de presión para demandar mejoras en las condiciones de vida mexicalense y bajacaliforniana.

Ante dicho panorama, el recinto universitario tiene el reto de unir los esfuerzos de todos los involucrados que persiguen el mismo fin: la solución de problemáticas encaminadas al mejoramiento de las condiciones de salud, además de habilitar a la comunidad para que, luego de la intervención, diseñen, implementen y se apropien de ECCOS, para que sigan creciendo por su cuenta en esa vinculación, ya sin la presencia de los universitarios, aunque permaneciendo en esa red de recursos disponibles.

Una característica de las instituciones gubernamentales y privadas es la premura con que desean que se lleven a cabo las acciones y el logro de metas a corto plazo; por eso, y como parte de la metodología de todo trabajo universitario en general y el de ECCOS en particular, con el objetivo de aprovechar al máximo un recurso tan valioso como es el

tiempo, en esta fase se avanza en el proceso de integración del equipo universitario y en la elaboración del primer esbozo de ECCOS, pero será en la etapa diagnóstica, junto con los representantes de las instituciones y de la comunidad, donde se afine la propuesta.

3.3.1.2 Ampliación del equipo base con representantes de las instituciones gubernamentales y ONG que aporten al programa de intervención comunitaria

Con posterioridad a las reuniones iniciales de reconocimiento, integración, toma de acuerdos en cuanto a compromisos y unidad de visión entre los participantes universitarios —fase anteriormente mencionada—, se estará en condiciones de acercarse con los representantes clave de las instituciones gubernamentales y las ONG, para invitarlos a trabajar en conjunto y a dialogar, ahora con los nuevos integrantes, sobre expectativas del equipo, objetivo general, compromisos, responsabilidades, funciones, acciones y metas, así como los recursos (humanos, materiales, económicos y de tiempo) a que se podría acceder, sin perder de vista que la propuesta final quedará definida cuando se dialogue y se tomen acuerdos conjuntos con la comunidad, pero, al plantearse en este momento, permiten que los estudiantes y el personal ajeno a estas problemáticas tengan un contexto, así como escenarios posibles y soluciones viables, a partir de los recursos disponibles.

En diferentes reuniones de trabajo, moderadas por uno o dos representantes universitarios (a quien legitimen en el tema principal de salud y el comunicador para la salud), se privilegiará en todo momento el diálogo y la participación activa de los ahí reunidos, para conformar una propuesta de intervención con metas definidas e instrumentos de medición para el diagnóstico específico y la evaluación.

3.3.1.3 Acercamiento con la comunidad (líderes de las distintas instituciones ahí presentes)

Partiendo de vínculos y contactos de los integrantes del equipo, se realizan las visitas a los líderes de las distintas instituciones presentes en la comunidad, distribuidos por pares: el comunicólogo y quien tiene el

contacto con algún líder de la comunidad. En dichas visitas se hace una invitación para conformar el grupo completo o el comité comunitario de salud.

Antes de salir al trabajo de campo es importante recordar que “la meta última de una comunidad es la organización para la participación” (Baena y Montero, 1989: 17), lo cual se puede alcanzar mediante la educación: formal o informal. A decir de Freire (2008: 112), “Solamente el diálogo, que implica el pensar crítico, es capaz de generarlo. Sin él no hay comunicación y sin ésta no hay verdadera educación”.

Ahora bien, en una estrategia participativa:

...los científicos y la comunidad trabajan vinculados, de manera recíproca, horizontal y coordinada. Ambas partes aceptan un compromiso de reconocimiento mutuo y predisposición para la realización del trabajo. Se entabla una interacción participativa que se enfoque hacia la transformación de una realidad social existente (Baena y Montero, 1989).

Será una función del comunicador para la salud favorecer el intercambio de significados compartidos en torno a la(s) problemática(s) seleccionada(s), sensibilizando a los especialistas, a los representantes de las instituciones y al equipo completo sobre el hecho de que:

los hombres que carecen de humildad, o aquellos que la pierden, no pueden aproximarse al pueblo. No pueden ser sus compañeros de pronunciación del mundo. Si alguien no es capaz de sentirse o saberse tan hombre como nosotros, significa que le falta mucho que caminar, para llegar al lugar de encuentro con ellos. En este lugar de encuentro, no hay ignorantes absolutos...: hay hombres que, en comunicación, buscan saber más... No hay diálogo, tampoco, si no existe una intensa fe en los hombres. Fe en su poder de hacer y rehacer. De crear y recrear. Fe en su vocación de ser más, que no es privilegio de algunos elegidos sino derecho de los hombres (Freire, 2008: 110).

Partiendo de ese precepto, se acuerda con el equipo o el comité comunitario de salud el esbozo general de la propuesta y la realización del diagnóstico, que posteriormente servirá para el diseño de las acciones. Así, mediante el diálogo, se adquirirá el:

carácter de reflexividad sobre la acción de los sujetos comunicantes... —como ha argumentado Freire— de acción-reflexión sobre la realidad para transformarla. Es obvio que la reflexión no basta, se requiere acción para realizar transforma-

ciones. Las prácticas sociales son acciones reflexionadas entre interlocutores que colectivamente producen sentidos a su comunicación y confieren significados a su acción..., el desafío aquí, entonces, es crear, ampliar y fortalecer los “escenarios para el diálogo” desde donde se revitalicen los procesos comunicativos (Orozco, 1998: 4).

3.3.2 La movilización

La fase *movilizadora* es la parte sustancial de la propuesta, e implica que el equipo integrado por los representantes de las instituciones y los líderes comunitarios, a través de la mediación universitaria, con visión holística y un concepto amplio de participación, tomen decisiones acerca de las prioridades de salud sobre las cuales se trabajará en la comunidad, partiendo de un diagnóstico sociocultural y de salud que facilite la planeación de ECCOS, su implementación, monitoreo, evaluación, medición de impacto y seguimiento. La universidad, como mediadora, será quien promueva la capacitación y el empoderamiento de los miembros de la comunidad para que se apropien de ECCOS haciendo uso de los recursos con que cuentan: esos vínculos creados con las instituciones y su propia comunidad, así como los servicios de su colonia y los capitales culturales, sociales, económicos y simbólicos de sus miembros, como estableció Bourdieu (1979, en Giménez, 2002).

3.3.2.1 Realización del diagnóstico

ECCOS parte del reconocimiento del otro; esto es, de todos los involucrados, y de la realización del diagnóstico que observe principalmente las fortalezas de la comunidad atendida, los recursos disponibles, de forma tal que les permita superar sus carencias o limitaciones.

Generalmente, los colonos dicen conocer la importancia de la salud, pero: ¿identifican los recursos con que cuentan, en su colonia o cerca de ella, para lograr mantenerse saludables?, ¿utilizan dichos recursos: clínicas de salud, oficinas de gobierno, escuelas, bibliotecas, parques, iglesias, vinculación universitaria u otros?, ¿se organizan para compartir sus conocimientos sobre los servicios que ofrecen esos espacios que favorecen su salud?, ¿realizan acciones para mejorar sus condiciones?, etcétera.

Prieto Castillo (2004: 59) recomienda los diagnósticos participativos, dado que ahí la gente prioriza “reconoce su situación, se organiza para buscar datos, analiza estos últimos, saca conclusiones; ejerce en todo momento su poder de decisión, está al tanto de lo que hacen los demás, ofrece su esfuerzo, su experiencia...”.

Siguiendo a Núñez y Antillón (1995), el diagnóstico es un “instrumento y práctica simultánea de captación y producción de sentidos. Nunca podrá definirse como un producto acabado. Se trata de un diagnóstico haciendo”:

El diagnóstico de una estrategia de comunicación participativa es proactivo, propicia o acompaña cambios institucionales o comunitarios. El comunicador se interrelaciona con la gente, los espacios y el tiempo de la intervención, como investigador con sentido crítico que capta las invisibilidades, los movimientos, las transversalidades, busca la orientación para la acción a través de la formulación de programas y de la planeación de estrategias de comunicación referenciadas en el sujeto de dicha planeación. Constituye un ejercicio de aprendizaje del comunicador y de los sujetos mismos.

Carlos Núñez (1989: 60-62) planteaba, desde su concepción metodológica dialéctica (CMD), que un diagnóstico es un reconocimiento objetivo y sistemático, cuyo punto de partida lo constituye la combinación de un triple autodiagnóstico para reconocer “la concepción”, el “contexto” y “la práctica”: de la *realidad objetiva* en que se encuentran; de las *acciones* (espontáneas u organizadas) que en esa realidad realizan en orden a *transformarla*, y sobre el nivel de *conciencia e interpretación* que tienen sobre la realidad y sus acciones.

Lamentablemente, se ha vuelto parte de la vida cotidiana el que las personas no pongan atención a su salud integral hasta que se enferman o existe un problema de salud pública; por ello, ECCOS no sólo se enfoca en la promoción de la salud, sino también, a petición de la comunidad o como una necesidad vigente, se puede atender desde la Comunicación para la Salud alguna enfermedad emergente.

De esa forma, cuando un objetivo específico acordado en el proyecto de intervención busca prevenir alguna enfermedad, es conveniente identificar en el diagnóstico el nivel de conocimiento y la percepción de riesgo que tiene la población acerca de ella, es decir: ¿qué hacen para evitar contraer la enfermedad?, ¿cuán riesgosa la consideran?, ¿cuánto

saben de ella?, ¿qué de lo que saben es correcto? Si la enfermedad puede ser mortal y la comunidad lo desconoce o desdeña —como sucedió con algunas personas con respecto a la influenza A (H1N1)—, ello permitirá al equipo transdisciplinario ECCOS acordar acciones adecuadas para mejorar esta situación.

Recordemos que tanto las “condiciones materiales y sociales y el accionar del hombre en ellas, por ellas y para ellas, se relacionan dialécticamente.... Y en esta interpretación no sólo influirán aspectos objetivos, sino también toda la carga subjetiva (connotativa) que de hecho se tiene” (Núñez, 1989: 62).

Lo importante es la base de las decisiones, involucrar a las personas en un ejercicio democrático y facilitar la apropiación del proyecto. Son múltiples los recursos de donde se puede obtener la información relativa a la comunidad implicada. El diagnóstico puede ser integrado mediante documentos oficiales en cuanto a los aspectos socioeconómicos y sanitarios e investigaciones previas, pero debe ser enriquecido en las mismas reuniones del equipo completo y con otros mecanismos, como grupos focales con representantes comunitarios, entrevistas a personas clave y encuestas, etc. Sobre el estado de salud de la población y la percepción de los riesgos sanitarios, se pueden apoyar en los diagnósticos de los compañeros de enfermería, de las clínicas de salud y la versión de los propios pobladores.

De contarse con un grupo suficiente de estudiantes prestadores de servicio social, practicantes de alguna materia o voluntarios, podría aplicarse la encuesta a una muestra representativa para definir en términos estadísticos el perfil sociodemográfico, económico y sociocultural de la comunidad abordada. Entre los indicadores del perfil sociocultural de la zona estudiada se encuentran su contexto y las instituciones con que cuentan: iglesias, escuelas, familias, formas de comunicación, hábitos de consumo mediático, consumos culturales, líderes de opinión, hábitos, costumbres, vivienda, ingresos, escolaridad, servicios públicos, organización vecinal, reuniones, festividades, ritos, expresiones murales —*graffiti*—, lugares de reunión, centros culturales y de salud (museos, bibliotecas, clínicas, parques, etcétera).

Daniel Prieto Castillo advierte que:

a mayor aislamiento dentro de la comunidad, a menor grado de organización, menor posibilidad de hacer diagnósticos participativos.

Los fracasos en ese sentido suelen ser muchos. A veces se confía todo en un primer entusiasmo de la gente, se encargan tareas, se organizan algunos grupos, y a la hora de los resultados sucede que nadie tuvo tiempo, que no supieron cómo hacer las cosas, que no encontraron la información, que nunca se contempló el grupo previsto, etc....., requiere de algunas técnicas que puede ser más complicadas si existe un mayor desarrollo de la organización (Prieto Castillo, 2004: 60).

En ese sentido, la universidad puede participar con técnicas de dinámicas de grupo y de capacitación para que alcancen una mayor integración y un mayor nivel de organización y conocimiento sobre estas prácticas.

3.3.2.2 Planeación conjunta de ECCOS con el empleo de medios de comunicación adecuados

La planeación es una construcción colectiva en la que los integrantes participan en el diseño de las acciones. Esto es, sobre la base del diagnóstico participativo, el perfil sociocultural y de salud obtenidos de los documentos oficiales, el diálogo entre los integrantes del equipo, los grupos focales, las entrevistas a personas clave, los resultados de la encuesta u otros métodos y técnicas de investigación, se definirá en conjunto la razón de ser de este equipo de trabajo y las Estrategias Comunitarias de Comunicación para la Salud, empleando los medios de comunicación adecuados.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2009: 7-8)²¹ define la planificación como “el proceso de establecer objetivos, desarrollar estrategias, trazar los planes de implementación y asignar recursos para alcanzar esos objetivos”. Asimismo, destaca diferentes procesos de la planificación tales como: “identificar la visión, las metas u objetivos que se deben lograr; formular las estrategias necesarias para alcanzarlas... determinar y asignar los recursos (financieros y de otro tipo) necesarios; perfilar los planes de implementación, supervisión y evaluación de los avances logrados”.

21. En su *Manual de planificación, seguimiento y evaluación de los resultados de desarrollo* (2009).

De ese modo, cada uno de los involucrados aportará sus opiniones, experiencias y análisis de los diagnósticos para lograr la planeación de las acciones pertinentes en virtud de la visión, los objetivos generales y específicos y las estrategias y metas finalmente acordadas, considerando el perfil sociocultural y los demás diagnósticos logrados.

3.3.3 *La capacitación e información*

La parte de *capacitación e información* tendrá tres propósitos: invitar a participar a los miembros de la comunidad en las actividades programadas por el equipo ECCOS, entre las que se consideran ejercicios de capacitación que les permitan aprehender herramientas para el cuidado de la salud y compartir conocimientos sobre los temas de salud seleccionados; esto es, convertirse en multiplicadores de ECCOS y difundir los logros alcanzados. Todo ello a través de talleres de Comunicación para la Salud, boletines a los medios masivos, periódicos murales, perifoneo, trípticos, volantes, promocionales, redes sociales u otros que se consideren pertinentes, según los resultados de los diagnósticos y la interacción con los habitantes (etnografía).

Entre otras temáticas, en la capacitación también se consideran talleres de negociación, establecimiento de redes, solicitud de patrocinios, construcción de mensajes según las características socioculturales de los beneficiarios y medios elegidos para la apropiación de ECCOS. Lo anterior permitirá incrementar los recursos materiales y las competencias de los recursos humanos para alcanzar las metas establecidas por el grupo.

Uno de los alcances de ECCOS es lograr el empoderamiento de los participantes. Empoderamiento entendido como un:

proceso progresivo de aprendizaje, que contribuye a la conformación de individuos autosuficientes que saben cómo dirigir su propio desarrollo, cómo participar en el proceso de toma de decisiones en coordinación con distintos niveles de gobierno (local, regional y nacional), y con capacidad para demandar políticas inclusivas..., lo que implica enfoques de desarrollo sostenibles..., cambiar lo que hacemos y cómo lo hacemos (Senso Ruiz, 2011: 39).

Para lo anterior, la Secretaría Técnica ASOCAM (2011) señala algunos indicadores para evaluar el logro del empoderamiento social, político y económico, entre los que se encuentran: nivel de pesimismo/optimismo, autoestima, construcción de identidad, capacidad de llevar a la práctica sus ideas y proyectos propios (hacer y decidir por sí mismo), valoración de las competencias endógenas, de los talentos y relación con su entorno, autosostenimiento, solidaridad, representatividad, ejercicio de los derechos y obligaciones con participación equitativa, apertura al diálogo interinstitucional y construcción de visiones comunes, etcétera.

En este caso, con ECCOS también se pretende que los alcances logrados en la comunidad permitan incidir en las políticas públicas de salud acudiendo con los organismos pertinentes para alzar la voz con las propuestas de la comunidad.

3.3.3.1 Implementación de las estrategias

De acuerdo con las metas establecidas en conjunto, el equipo dará seguimiento a la ejecución de lo planeado y nombrará un responsable por cada área acordada, de manera que facilite su seguimiento; por ejemplo: área de capacitación, servicios a la comunidad, gestión, etcétera.

Desde esta perspectiva, el elemento fundamental que se debe asumir como objeto de fortalecimiento es el diálogo, el cual, dice Orozco (1998: 3), convierte los procesos de recepción en auténticos procesos de producción de sentidos y significados, cuyo producto comunicativo conlleva las diferentes mediaciones de los interlocutores y la situación particular en que se producen.

El *Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes* (2001: 49), de la OPS, muestra en la figura 21 un diagrama de comunicación en salud que incorpora la evaluación de las necesidades y percepciones de las audiencias seleccionadas en las instancias críticas de la elaboración y ejecución del programa. Las seis etapas constituyen un proceso circular, en el cual la última alimenta retrospectivamente la primera, en un proceso continuo de planificación y perfeccionamiento.

Figura 21
Etapas de la comunicación en salud



Fuente: OPS (2001).

Las actividades y los medios de comunicación definidos por el equipo ECCOS requerirán recursos económicos, los cuales se gestionan con anterioridad al diagnóstico y durante todo el proceso del proyecto.

Son distintas las vías de obtención de recursos económicos o en especie; por ejemplo, cada una de las instituciones tiene materiales elaborados y recursos asignados que pueden compartirse para lograr este fin conjunto. Existen programas internacionales que apoyan proyectos de desarrollo social, en especial los que apuntan a temas específicos de salud, así como empresas privadas socialmente responsables e incluso convocatorias internas a la UABC para gastos administrativos y becas dirigidas a prestadores de servicio social, con lo que se puede asegurar el apoyo para los recursos humanos encaminados a capacitación, aplicación de encuestas, diagnósticos, evaluación y medición del impacto.

Es importante que el responsable de cada área revise los avances de las metas y dé seguimiento a los logros, lo cual se analiza en equipo para retroalimentar el proceso.

3.3.4 Evaluación conjunta, seguimiento y medición del impacto

La *evaluación* es una fase presente a partir del diagnóstico; es decir: desde el principio se valoran los avances alcanzados en cada etapa del proceso, así como los costos y beneficios, con una amplia perspectiva y el ritmo requerido, pues es sabido que la participación, el diálogo, requiere su tiempo, pero bien encaminado resulta muy buena inversión a mediano y largo plazos, dado que logra el sentido de pertenencia al grupo y a su comunidad, así como el compromiso de perseguir los objetivos y las metas acordadas.

Se requiere información sistemática, por lo que las mismas dimensiones y los indicadores establecidos por el equipo para identificar las características y condiciones en que se encuentra la comunidad —el diagnóstico— permitirán valorar si los integrantes del equipo transdisciplinario están avanzando en las competencias (conocimientos, habilidades y valores) respecto de los temas jerarquizados como prioritarios. De ahí la importancia de elegir adecuadamente los indicadores de interés para el equipo.

Díez (2004: 77) afirma que en esta fase la “austeridad en la elección de indicadores es básica. Más indicadores no es mejor, sino peor”. Distingue cuatro tipos de evaluación:

Formativa, mide los puntos fuertes y débiles del material o componentes de la intervención antes de la implementación..., busca el rango de opiniones sobre la propuesta de material (folleto, anuncio, fotonovela...). Indaga sobre lo que entiende el lector (comprensión), hasta qué punto es atractivo, si hay algo que moleste, si aprende algo nuevo y si le persuade... Se hace, al final, lo que los interesados prefieren.

Del proceso, examina la cantidad y la calidad de dosis recibida por la población, así como la satisfacción de los participantes.

De resultados, mide los cambios en la población a causa de la intervención (conductas, cambios organizativos, conocimientos, observaciones, habilidades...).

Del impacto, es más global y deseable porque muestra los resultados a largo plazo y los cambios en salud, sociales, económicos u otros derivados de la intervención. Sin embargo, se puede llevar a cabo muy

pocas veces, porque es costosa en tiempo y dinero, y lo hacen organismos internacionales, administraciones o universidades.

De esa forma, se reincorporan los aprendizajes, se analiza de manera permanente, a la luz de la observación, el diálogo constante, instrumentos cuantitativos u otros, el impacto de las metas alcanzadas, el factor costo-beneficio, el avance en los indicadores de salud, la integración de los participantes del proyecto conjunto, los alcances de ECCOS, la continuidad de las estrategias beneficiosas y la redefinición de las inadecuadas.

Capítulo 4

Consideraciones finales

4.1 Conclusiones

Los estudios de la comunicación masiva y de la interacción han navegado por diversos rumbos, la primera sustentada mayormente por modelos verticales y transmisivos; esto es, sin ningún interés de buscar la construcción de conocimientos y la promoción de acciones conjuntas entre los interlocutores, sino con énfasis en la difusión de los deseos de los emisores para que los receptores compren o adopten ideas, productos, políticas, candidatos, estilos de vida, una línea a seguir. En cambio, la segunda —la interacción— se sustenta en un modelo dialógico de la comunicación.

En consecuencia, se han desarrollado otras visiones con el objetivo de superar la perspectiva difusional o instrumental de las primeras teorías de la comunicación masiva, las cuales también se rescatan en la CpD y la CS. De esta forma, la población estudiada se involucra en el proceso de desarrollo o avance de su bienestar, y el investigador —implicado en dicho proceso— hace el registro de datos y el análisis de los resultados, junto con la comunidad, lo que genera el conocimiento cercano a la realidad del objeto conocido, que tributa a la epistemología de este campo.

La comunicación para el desarrollo se entiende aquí como la utilización de estrategias, métodos y recursos de comunicación para facilitar el diálogo con las comunidades y dentro de estas en apoyo a procesos sostenibles, capaces de integrarse en la toma de decisiones para su avance tecnológico y material, justicia social, libertad, bienestar individual y colectivo.

Esta concepción sobre las prácticas comunicativas se retomó para el modelo de *Estrategias Comunitarias de Comunicación para la Salud* (ECCOS) que concibe la *Comunicación para la Salud* como el proceso de interacción entre las instituciones sociales, con el diálogo como método y la participación activa de la comunidad, partiendo de la función mediadora de la universidad, como institución legitimada por la comunidad, que motivará al trabajo colectivo en la toma de decisiones para los discursos, formatos o acciones pertinentes hacia el logro de la construcción de sentidos favorables en torno al cuidado de su salud, mediante el uso de los diversos recursos materiales y simbólicos con que cuentan: espacios públicos, bibliotecas, iglesias, congregaciones, escuelas, clínicas, curanderos, homeópatas, sacerdotes, pastores, laicos, profesionales de la salud, de las Ciencias Sociales, humanas, artísticas u otros que les faciliten la apropiación de conocimiento acerca del cuidado de la salud individual y colectiva.

En el rubro de salud, Mexicali cuenta con centros de atención primaria para derechohabientes y el seguro popular para quienes no tienen esta prestación de ley; sin embargo, alcanza los primeros lugares en diabetes infantil, cáncer cervicouterino, enfermedades respiratorias, e incluso tiene enfermedades endémicas como la rickettsiosis, que ha ocasionado la muerte de niños, jóvenes y adultos.

En el Conjunto Urbano Orizaba (CUO) y sus alrededores se ubican centros de salud, clínicas odontológicas, centros de desarrollo integral de la familia (DIF estatal y municipal), escuelas, iglesias y oficinas de gobierno que permiten a sus colonos disponer de los recursos favorecedores a su bienestar. No obstante, el diagnóstico de salud evidenció la presencia de diabetes, hipertensión, cánceres, enfermedades bucales, alergias y adicciones.

Existen múltiples divergencias en el CUO en cuanto a la construcción de las viviendas y los ingresos económicos familiares. Se observan casas y lotes abandonados por gente que buscó mejores horizontes, lo cual facilita el refugio de vándalos y adictos, por lo que se hace presente la inseguridad —como el robo o la venta de drogas—, lo que inhibe la participación de la gente en algunos eventos comunitarios para la salud.

Paradójicamente, ante las condiciones de descuido en la alimentación e higiene de algunos niños, sus padres otorgan mayor importan-

cia al consumo de bienes materiales que les permitan construir y circular formas simbólicas por medio de teléfonos celulares o *ipod*. Todo ello pone de manifiesto la importancia de la implementación de programas que favorezcan la concientización sobre el cuidado de la salud integral, por lo que el área de enfermería de la Universidad en la Comunidad (UNICOM) ofrece servicios preventivos sin costo para la población, con el apoyo del centro de salud para los estudios de Papanicolau, así como con recursos universitarios y de convocatorias federales, para realizar detección oportuna de cáncer de mama y cervicouterino, hipertensión arterial y diabetes, para consejería nutricional, embarazo de bajo riesgo, atención al niño sano y otros.

De igual manera, el área de comunicación (USIC) en la UNICOM durante seis años estableció alianzas con la Coordinación Estatal de Promoción de Salud y los representantes de las demás instituciones presentes en el CUO, para implementar las estrategias de CS mediante programas de radio social, obras de teatro y talleres de salud integral a grupos de adultos, en la casa de algún vecino, en la iglesia o en las escuelas de los jóvenes de secundaria o niños de primaria y preescolar, con los temas de autoestima, prevención de adicciones, higiene bucal, alimentación para diabéticos, duelo, violencia familiar, comunicación entre padre e hijos, elaboración de alimentos con gluten, acondicionamiento físico y otros que la comunidad fue solicitando. Todo esto en coordinación con enfermería y mediante las alianzas de la USIC con alumnos y maestros de Ciencias de la Comunicación, Medicina, Psicología, Ciencias de la Educación, Sociología, Deportes, Artes y Derecho.

Por otra parte, es un reto asumir las tensiones entre las distintas disciplinas involucradas en el ejercicio de la CS, ya que por lo general sale a relucir un celo disciplinar con el argumentando de la invasión de terrenos. En este caso particular, el trabajo multidisciplinar fue complejo por:

- a) La notable diferencia en los métodos de labor que exhiben las áreas de ciencias de la salud respecto a las humanidades o Ciencias Sociales.
- b) Los rasgos de personalidad de quienes laboran al frente de los proyectos por cada área de saber.
- c) Las condiciones de labor que se establecen para la ejecución del proyecto.

Sin embargo, las propias acciones desarrolladas permitieron el aprendizaje mutuo sobre la base del respeto y la integración y, por tanto, se facilitó el adecuado flujo del proyecto; toda vez que lograda la apropiación de las estrategias emprendidas, cada cual proponía con creatividad e iniciativa las tareas necesarias para alcanzar las metas, los líderes de la comunidad cuestionaban algunas de ellas y se redefinían con la visión de lo que resultaba significativo y útil a su perfil sociocultural.

Si bien el discurso gubernamental pone énfasis en el involucramiento de la población en los programas de salud para que sea corresponsable y se gestan diversas acciones encaminadas a ese fin, por lo regular todo culmina en sólo buenas intenciones. No así la CS que despliega la UNICOM, ya que complementa este proceso formativo con medios y canales más apropiados, a la vez que con un lenguaje más asequible a los pobladores de la localidad y a sus prácticas simbólicas y de apropiación de sentidos.

La universidad ha logrado reunir a las diferentes instituciones y a la población porque goza de legitimidad, de prestigio, y está libre de conflictos de intereses con los niveles de gobierno y los diversos organismos con el mismo fin, lo cual también será posible entre los comités de salud u organizaciones comunitarias una vez que se capaciten y logren la autogestión. De ahí que se considere a ECCOS sustentable, factible y deseable porque:

- a) Puede permanecer vigente aun con los cambios administrativos y de personal en los puestos de gobierno, mediante la firma de convenios.
- b) La universidad cuenta con un área de vinculación que impulsa a realizar acciones académicas extramuros.
- c) Favorece un aprendizaje significativo tanto para maestros como para alumnos y líderes de la comunidad, convertidos en actores principales de los logros obtenidos.
- d) Siempre hay líderes comunitarios deseosos de beneficiarse con estos programas y participar activamente.
- e) Los recursos para solventar los gastos de productos comunicativos u otras acciones se pueden obtener con patrocinios de diversas organizaciones.

- f) Una vez empoderada la comunidad, puede conformarse como ONG para solicitar recursos por su cuenta y mantener los vínculos con las instituciones.

De ahí la importancia de establecer esa interconexión entre Ciencias Sociales, ciencias de la salud y otras áreas disciplinares que, junto con la comunidad y otras instituciones, bajo una mirada compartida registren datos que permitan dejar huella para la epistemología de la CS. Esto significa ampliar las perspectivas teóricas que permitan entender mejor el modo en que producimos el conocimiento en este espacio, y permitirnos una mejor y mayor capacidad de comprensión para movernos en la complejidad de un territorio con fronteras complementarias.

4.2 Recomendaciones

- Crear las condiciones para contar con personal de tiempo completo de la UABC, apoyado con prestadores de servicio social y practicantes profesionales en alianza constante con los líderes de la comunidad, de forma tal que se les dé seguimiento a los logros alcanzados por el proyecto desplegado en el CUO y se establezcan los objetivos y las metas con el comité de salud instalado.
- Aplicar la propuesta teórica metodológica basada en los supuestos de un conjunto de referentes teóricos que pasan por la mediación, la transdisciplinariedad y la interacción, los cuales deben servir de coordenadas para la relectura y el encuadre de algunas experiencias transformadoras que se ha logrado materializar a lo largo de seis años de trabajo, intercambio y observación participante en el CUO.
- En la CS la intervención institucional resulta una práctica de suma importancia, debido a que por sí misma la comunidad carece de iniciativa o se ve limitada por falta de capacitación para promover hábitos saludables tanto en lo individual como en lo social, por lo que es necesaria la participación institucional de universidad, gobierno, familia, iglesia y medios de comunicación, además de que, en principio, dicha participación debe ser liderada por la institución universitaria, con el objetivo de favorecer la capacitación de la

comunidad para las prácticas comunitarias y los temas donde pueda aportar, teniendo siempre presente la corresponsabilidad y habilitándola en la autogestión comunitaria o el llamado empoderamiento, de forma que se genere una sinergia hacia la generación de una cultura de la prevención, la interrelación, la suma de recursos, esfuerzos y los avances en las condicionantes de salud.

- Retomar las experiencias previas del trabajo comunitario, así como los años de la USIC en el área de la CS y los saberes de todos los involucrados, para concretar la operacionalización de la propuesta aquí formulada y la evaluación constante de sus resultados.

Referencias

- Alcalay, Rina (1999), "La Comunicación para la Salud como disciplina en las universidades estadounidenses", *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal Public Health*, 5(3), 192-196. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/1999.v5n3/192-196/es>.
- Alcantar, Víctor M. y José L. Arcos (2009), "La vinculación como factor de imagen y posicionamiento de la Universidad Autónoma de Baja California, México, en su entorno social y productivo", *Revista Electrónica de Investigación Educativa (REDIE)*, 11(1), 1-20. Disponible en: <https://redie.uabc.mx/redie/article/view/227/383>.
- Alonso Alonso, Ma. Margarita (2010), "Mediación y construcción de sentidos: notas en torno a su articulación teórico-metodológica en el estudio de la apropiación de Internet, mediaciones sociales", *Revista de Ciencias Sociales y de la Comunicación*, Universidad Complutense de Madrid, (6), junio, 3-37.
- Alvargonzález, David (2003), "Transdisciplinariedad. Comentarios suscitados por el artículo de Javier Gimeno Perelló", *El Catoblepas, Revista crítica del presente*, (11), enero, p. 12. Disponible en: <http://www.nodulo.org/ec/2003/n011p12.htm>.
- Arellano, Enrique (1998), "La estrategia de comunicación como un principio de integración/interacción dentro de las organizaciones", *Razón y Palabra*, suplemento especial, año 3, enero-marzo. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/antiores/supesp/estrategia.htm>.
- Baena Paz, Guillermina y Sergio Montero Olivares, (1989), *Comunicación para la salud*, Distrito Federal, México, Pax.
- Bartle, Phil (2011), "¿Qué es comunidad? Una descripción sociológica", traducción de Ma. Lourdes Sada. Disponible en: <http://www.scn.org/mpfc/modules/rch-crs.htm>.
- Beltrán Salmón, Luis Ramiro (2005), "La comunicación para el desarrollo en Latinoamérica: un recuento de medio siglo", panel 3: Problemática de la comunicación para el desarrollo en el contexto de la sociedad se la información, en *III Congreso Panamericano de la Comunicación*, Buenos Aires, julio. Disponible en: https://www.infoamerica.org/teoria_textos/lrb_com_desarrollo.pdf.

- Bisbal, Marcelino (2000), "De cultura, comunicación y consumo cultural. Una misma perspectiva de análisis". Disponible en: <http://www.ehu.es/zer/hemeroteca/pdfs/zer10-03-bisbal.pdf>.
- Calvelo Ríos, J. Manuel (1998), *Los modelos de información y de comunicación. El modelo de interlocución: un nuevo paradigma de comunicación*, Departamento de Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Disponible en: <http://www.fao.org/sd/SPdirect/CDan0022.htm>.
- (2001), "Desarrollo: Comunicación, información y capacitación", Portal del Instituto de Investigación en Comunicación para el Desarrollo (RUNA). Disponible en: <http://www.iicd-run.org/pag6.html>.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986). Disponible en: www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf.
- Choque Larrauri, Raúl (2005), "Comunicación y educación para la promoción de la salud", *Razón y Palabra*. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>.
- Coe, Gloria (1998), "Comunicación y promoción de la salud"; *Chasqui: Revista Latinoamericana de Comunicación*, 0(63), Disponible en: <http://revista-chasqui.org/index.php/chasqui/article/view/1217>.
- Consejo Nacional de Población —CONEPO (2005), *Demografía del Conjunto Urbano Orizaba*; Mexicali, Baja California, México.
- Consejo Nacional para la Cultura y las Artes —CONACULTA (2007), *Portal institucional*. Disponible en: <http://www.conaculta.gob.mx/programa/7.html>.
- Consenso de Roma (2006), *Borrador final del Congreso Mundial sobre Comunicación para el Desarrollo: Comunicación para el Desarrollo. Un baluarte fundamental para el desarrollo y el cambio*, Roma, Italia, octubre. Disponible en: http://www.comunicacionparaeldesarrollo.org/media_files/download/DECLARACION_CONGRESO_ESPA_OL.pdf.
- Córdova Osnaya, Martha (2005), "La mujer mexicana como estudiante de educación superior" 0(4), 1-9. *Psicología para América Latina: revista electrónica internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología*. Disponible en: <http://www.psicolatina.org/Cuatro/mexicana.html>.
- Del Valle, Carlos (2004), "Comunicar la salud: Entre la equidad y la diferencia", *Razón y Palabra*. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comunicarsalud.pdf>.
- Díez, E. (2004), "Evaluación de los programas de educación y promoción de la salud", *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 6(3), 75-79, Agencia de Salud Pública de Barcelona. Disponible en: <http://www.resp.es/revistas/PDF/V06-N3-04-05.pdf>, <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/267/583>.
- Dutta, J. Mohan (2007), "Communicating about Culture and Health: Theorizing Culture-Centered and Cultural Sensitivity Approaches" *Communica-*

- tion Theory, an official Journal of the International Communication Association*, 17(3), agosto, 304–328.
- Fox y Coe (2001), “Teorías del comportamiento y comunicación social. ¿Hacia dónde nos llevan?”, *Red de la Iniciativa de Comunicación*. Disponible en: <http://www.comminit.com/la/node/150560>.
- Freire, Paulo (2008), *Pedagogía del oprimido*, Distrito Federal, México, Siglo XXI.
- Gaceta Universitaria* (2007), 0(184), 10, Universidad Autónoma de Baja California, 17 de marzo. Disponible en <https://es.scribd.com/document/112711673/Gaceta-184-17-de-Marzo-2007>.
- Galindo Cáceres, Jesús (coord.) (2008), *Comunicación, ciencia e historia: Fuentes científicas hacia una comunicología posible*, Madrid, McGraw Hill Interamericana.
- García Docampo, Manuel (ed.) (2007), *Perspectivas teóricas en desarrollo local*, La Coruña, España, Netbiblo. Disponible en: <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/11874/9788497450331.pdf?sequence=2>.
- García, Janet (2004), “Comunicación, calidad de vida y evaluación en programas de salud”, *Razón y Palabra*, 0(42), Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/antecedentes/n40/jgarcia.html>.
- Giménez, Gilberto (1997), *La sociología de Pierre Bourdieu*, D.F., México, Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM. Disponible en: <http://132.248.35.37/IISSamples/Default/cultura/Gimenez/BOURDIEU.html>.
- (2005), *Teoría y análisis de la cultura*, vol. 1, Coahuila, México, CONACULTA.
- Gobierno de Baja California (2012), “Localización y extensión de Mexicali”, *Portal institucional*. Disponible en: http://www.bajacalifornia.gob.mx/portal/nuestro_estado/municipios/mexicali/medio_fisico.jsp
- (2012a), Localización, extensión, colindancia, principales sectores, productos y servicios de Mexicali, Baja California, *Portal institucional*. Disponible en: http://www.bajacalifornia.gob.mx/portal/nuestro_estado/municipios/mexicali/mexicali.jsp
- Gómez, Héctor (2006), “(Re)-pensar la comunicación y la cultura. Consumos culturales juveniles en México. Un acercamiento hemerográfico”, *Razón y Palabra*, 0(53). Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/antecedentes/n53/hgomez.html>.
- Gumucio Dragón, Alfonso (2004), “Introducción”, en *Haciendo olas: Historias de comunicación participativa para el cambio social*, Red de la Iniciativa de Comunicación. Disponible en: <http://www.comminit.com/en/node/150015/37>.
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos y María del Pilar Baptista Lucio (2003), *Metodología de la investigación*, México, McGraw Hill.
- (2010), *Metodología de la investigación*, México McGraw Hill.

- Instituto de la Comunicación —INCOM UAB (2007), Observatorio, comunicación y salud. El Centro de Investigaciones y Estrategias en Comunicación y Salud (CINECYS). Disponible en: http://www.portalcomunicacion.com/ocs/esp/esp_det.asp?esp_clau=260&id_especial_serie=0.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía —INEGI (2009), *Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Mujer*. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2009/mujer09.asp?s=inegi&c=2685&ep=10>.
- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal —INAFED (2012), *Enciclopedia de los municipios y delegaciones de México. Estado de Baja California. Ayuntamiento de Mexicali*. Disponible en: <http://siglo.inafed.gob.mx/enciclopedia/EMM02bajacalifornia/municipios/02002a.html>.
- Irigoin, María; Tarnapol W., Paula; Faulkner, Dana M. y Gloria Coe (ed.) (2002), “Mapa de competencias de la comunicación para el desarrollo y el cambio social: Conocimientos, habilidades y actitudes en acción”, *Conferencias y Estudios de la Fundación Rockefeller, en Bellagio, Italia*. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/infodir/mapa_competencias_comunicacion.pdf.
- Jakarta Declaration on Health Promotion into the 21st Century* (1998), World Health Organization. Health Promotion. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf.
- Jardón, Eduardo (2006), “Reducen gasto a dependencias, excepto en Seguridad y Salud”, *El Universal*, 6 de diciembre. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/146258.html>.
- Jiménez Barrera, Y. (2011), “Teorías del desarrollo económico”, *Contribuciones a la Economía*. Disponible en: <http://www.eumed.net/ce/2011b/yjb.html>.
- Jodelet, Denise (2003), “Conferencia para las Primeras Jornadas sobre representaciones Sociales”, *Portal Ciclo Básico Común de la Universidad de Buenos Aires*. Disponible en: http://www.academia.edu/8752030/Conferencia_Denise_Jodelet_UBA_2003.
- Karam, Tanius y Andrés Cañizález (2010), *Veinte formas de nombrar a los medios masivos. Introducción a enfoques, modelos y teorías de comunicación social*, colección Textos de la Comunicación. Grupo de Investigación, “Comunicación, Cultura y Sociedad”. Disponible en: <http://www.cienciared.com.ar/posgradounlz/karamycañizales2010.pdf>.
- Lozano Rendón, José Carlos (2007), *Teoría e investigación de la comunicación de masas*, México, Pearson Educación.
- Manucci, Marcelo (2004), “De los medios a los símbolos. El desafío de la comunicación organizacional en un mundo interconectado”. *Intangible Ca-*

- pital.org*, 0 (2), agosto, 1-5. Disponible en: <http://www.intangiblecapital.org/index.php/ic/article/viewFile/19/25>.
- Martín Algarra, Manuel (1997), "Las campañas de comunicación pública. La comunicación y salud como campo de estudio", *Comunicación y Sociedad*, x (1), 193-201.
- (2009), "La comunicación como objeto de estudio de la teoría de la comunicación", *Anàlisi* 0(38), 151-172. Disponible en: <http://ddd.uab.cat/pub/analisi/02112175n38p151.pdf>.
- Martín-Barbero, Jesús (2001), *De los medios a las mediaciones: Comunicación, cultura y hegemonía*, 6ª ed., Barcelona, Gustavo Gili.
- (2002), *Oficio de cartógrafo: Travesías latinoamericanas de la comunicación en la cultura*, Santiago de Chile, Fondo de Cultura Económica.
- (2008), "Transcripción de la clase doctoral del 8 de mayo de 2008 en el marco del Programa de Dinámicas Interculturales de la Fundación CIDOB", cátedra Unesco de Comunicación InCom-UAB (Universidad Javeriana de Bogotá). Disponible en: http://www.portalcomunicacion.com/ocs/esp/esp_det.asp?esp_clau=comunicar&id_especial_serie=0.
- Martín Serrano, Manuel (2007), *Teoría de la comunicación. La comunicación, la vida y la sociedad*, Madrid, Mc Graw Hill.
- (2010), "Humanizar la comunicación: el puente entre el estado de las ciencias y la práctica de la comunicación", *Chasqui, Revista Latinoamericana de Comunicación*, 0(107), mayo. Disponible en: <http://chasquirevista.wordpress.com/2010/05/10/humanizar-la-comunicacion-el-puente-entre-el-estado-de-las-ciencias-y-la-practica-de-la-comunicacion/>.
- Martínez Miguélez, Miguel (1999), *La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual teórico-práctico*. Disponible en: <http://prof.usb.ve/miguelm/cualitativa.html>.
- (2004), "El proceso de nuestro conocer postula un nuevo paradigma epistémico"; *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 3 (8), 1-13. Disponible en: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=30500822>:
- (2007), "Conceptualización de la transdisciplinariedad", *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 5(16), 1-17. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/305/30501606.pdf>.
- (2009), "Hacia una epistemología de la complejidad y transdisciplinariedad", *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 14(46), 11-31. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27911855003>.
- Miguel de Bustos, Juan C. (2007), *Comunicación sostenible y desarrollo humano en la sociedad de la información*, Consideraciones y propuestas, Agencia Española de Cooperación Internacional, Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcth910>.

- Moreno Mena, José A. (2008), "Migración en la frontera norte", *El bordo*, 04(4). Disponible en: http://www.tij.uia.mx/academicos/elbordo/vol04/bor do4_norte1.html.
- Morin, Edgar (1998), *Introducción al pensamiento complejo*, traducción de Marcelo Pakman, España, Gedisa.
- Mosquera, Mario (2003), "Comunicación en salud: Conceptos, teorías y experiencias", *Portal La Iniciativa de Comunicación*. Disponible en: <http://www.comminit.com/en/node/150400/36>.
- Niculescu, Basarab (1994), "La transdisciplinariedad - Desvíos y extravíos", *Revista "Turbulence"*, (1), Asociación para la Cooperación Internacional (ACI), traducción de Luisa M. Rohr. Disponible en: <http://www.complejidad.org/cms/?q=node/22>, <https://esta-ciencia.files.wordpress.com/2017/04/nicolescutransdisciplinariedad.pdf>.
- (2009), *La transdisciplinariedad: Manifiesto*. Hermosillo, México, Multiversidad Mundo Real, Edgar Morin.
- Núñez Hurtado, Carlos (2000[1988]), "Para sentirse y ser parte. A propósito de la participación ciudadana", en Rayza Portal Moreno, Hilda Saladrigas Medina y Milena Recio Silva, *Selección de lecturas sobre comunicación social*, Curso de formación de trabajadores sociales, La Habana, Cuba.
- Núñez, Carlos y Roberto Antillón (2000[1995]), "Para construir el futuro hay que soñarlo primero. Elementos en torno a la planeación estratégica", en Rayza Portal Moreno, Hilda Saladrigas Medina y Milena Recio Silva, *Selección de lecturas sobre comunicación social*, Curso de formación de trabajadores sociales, IMDEC, México. La Habana, Cuba.
- Obregón, Rafael (2006a), "Más allá del Consenso de Roma: reflexiones sobre el congreso mundial de comunicación para el desarrollo", *Portal de la Comunicación InCom-UAB: El portal de los estudios de comunicación*. Disponible en: http://www.portalcomunicacion.com/esp/dest_obregon_1.html.
- (2006b), "Comunicación, salud y desarrollo: consensos dilemas, desafíos", *Portalcomunicación.com del Instituto de Comunicación de la Universidad Autónoma de Barcelona*. Disponible en: http://www.portalcomunicacion.com/uploads/pdf/49_esp.pdf.
- (2007), "Teorías sobre la comunicación para el desarrollo y el cambio social", *Ventana Barcelona, espacio académico de comunicación y cultura*. Disponible en: http://www.portalcomunicacion.com/barcelona/esp/croniques_det.asp?id_cronica=97.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura — UNESCO (2003), *Informe de las actividades relacionadas con los cinco ámbitos de trabajo del programa información para todos*, Consejo intergubernamental del programa información para todos (segunda reunión), París. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001295/129560s.pdf>.

- Organización Mundial de la Salud —OMS (2007), *Informe sobre la salud en el mundo 2007 —protección de la salud pública mundial en el siglo XXI: un porvenir más seguro*. Disponible en: http://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf.
- (2008), *Informe anual —Estadística mundial de la salud*, La Tercera, Consorcio Periodístico de Chile. Disponible en: http://www.latercera.cl/contenido/27_14154_9.shtml.
- (2010), *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf.
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud —OMS/OPS (2000), *Promoción de la salud: hacia una mayor equidad*, Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Ciudad de México. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/mxconf_report_sp.pdf.
- (2008), “Borrador”, *Estrategia de comunicación para el campus virtual de salud pública*. Disponible en: http://mexico.campusvirtualsp.org/documentacion/ComunicaciónCVSP_08.pdf.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud OPS-PAHO/OMS (2009), *Hacia una vivienda saludable. Guía para el facilitador*, SINCO editores. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/vivisal.pdf>.
- Orozco G., Guillermo (1998), “Las prácticas en el contexto comunicativo”, *Chasqui. Revista Latinoamericana de Comunicación*, 0(62), junio, 4-6. Disponible en: <http://www.revistachasqui.org/index.php/chasqui/article/view/1187>.
- (2001), “Audiencias, televisión y educación: Una deconstrucción pedagógica de la “televidencia” y sus mediaciones”, *Revista Iberoamericana de Educación*, 0(27), septiembre/diciembre, 1-13. Disponible en: <http://www.rieoei.org/rie27a07.htm>.
- Pereira, J. Miguel (2003), “Comunicación, desarrollo y promoción de la salud: Enfoques, balances y desafíos”, *Portal de la Iniciativa de Comunicación. Comunicación y medios para el desarrollo de América Latina y el Caribe*. Disponible en: <http://www.comminit.com/la/content/comunicaci%C3%B3n-desarrollo-y-promoci%C3%B3n-de-la-salud-enfoques-balances-y-desaf%C3%ADos>.
- Portal Moreno, Rayza (2003), *Por los caminos de la utopía: Un estudio de las prácticas comunicativas de los talleres de transformación integral del barrio en la Ciudad de La Habana* (tesis doctoral), Facultad de Comunicación de la Universidad de la Habana, Cuba.
- y Milena Recio Silva (2003), *Comunicación y comunidad*, La Habana, Félix Varela.

- Prieto Castillo, Daniel (2004), *Diagnóstico de comunicación*, Manuales didácticos CIESPAL, Quito, Ecuador.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD (2009), *Manual de planificación, seguimiento y evaluación de los resultados de desarrollo*, Estados Unidos de Norteamérica. Disponible en: http://web.undp.org/evaluation/handbook/spanish/documents/manual_completo.pdf.
- Rizo García, Marta (2008), “Exploración conceptual de la psicología social y la sociología fenomenológica en la construcción de la psicología. Repaso histórico y perspectivas hacia el futuro”, *Razón y palabra*, 0(61), año 13, marzo-abril. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/n61/mrizo.html>.
- Ritzer, George (1997), *Teoría sociológica contemporánea*, México, McGraw-Hill.
- Rodríguez, Gregorio; Gil, Javier y Eduardo García (1996), *Metodología de la investigación cualitativa*. Disponible en: http://www.catedranaranja.com.ar/taller5/notas_T5/metodologia_investig_cap.3.pdf.
- Saladrigas Medina, Hilda (2006-2007), “Coordenadas cubanas en torno al estudio de la comunicación organizacional”, *Iconos*, año V, II (21), 10-16. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/85942232/Com-Organizacional-CUBA>.
- Secretaría de Infraestructura y Desarrollo Urbano —SEDUE (2008), *Indicadores demográficos y actividades productivas predominantes en Mexicali Baja California*.
- Senso Ruiz, Esther (2011), *El empoderamiento en el contexto de la cooperación para el desarrollo: El poder de los desempoderados*, máster en Cooperación internacional y ayuda humanitaria, proyecto Kalú. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/99771397/Empoderamiento-en-el-contexto-de-cooperacion-para-el-desarrollo-Esther-Senso>
- Tello, Mario D. (2006), *Las teorías del desarrollo económico local y la teoría y práctica del proceso de descentralización en los países en desarrollo*. Disponible en: http://www.ipmades.org/files/CONSULTORIA/INVESTIGACION/COD_01_Desarrollo_Economico_Local/C.%20teoria%20desarroll%20econ%20local.pdf.
- (2008), *Desarrollo económico local, descentralización y clústers: teoría, evidencia y aplicaciones*, CENTRUM Católica — Centro de Negocios de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/6E1B5EADC9DB00B905257E1F00710BD5/\\$FILE/desarrollo-economico-local-descentralizacion.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/6E1B5EADC9DB00B905257E1F00710BD5/$FILE/desarrollo-economico-local-descentralizacion.pdf).
- (2010), “Del desarrollo económico nacional al desarrollo local: aspectos teóricos”, *CEPAL*, 0(102), diciembre, 51-67. Disponible en: <http://www20.iadb.org/intal/catalogo/PE/2010/07510.pdf>.
- Thompson, Jhon B. (1991), “La comunicación masiva y la cultura moderna. Contribución a una teoría crítica de la ideología”, *Versión. Estudios*

- de Comunicación y Política*, 0(1). Disponible en: http://fayl.uh.cu/intra/other/TEXTOS_ELECTRONICOS-SELECCIÓN_DE_LECTURAS/LA_COMUNICACION_MASIVA_Y_LA_CULTURAMODERNA.JOHN_B.THOMPSON.pdf.
- (1996), “La teoría de la esfera pública”, *Voces y culturas*, 0(10), 1-11, Barcelona. Disponible en: <http://es.scribd.com/document/285632892/Thompson-Jhon-B-La-Teoria-de-La-Esfera-Publica>.
- (2006), *Ideología y cultura moderna: Teoría crítica social en la era de la comunicación de masas*, 2ª ed., México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization —UNESCO (2007), “Diversidad cultural”, *Portal institucional*. Disponible en: http://portal.unesco.org/culture/es/ev.php-URL_ID=2450&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.
- Zermeño Espinosa, Ma. Elena (2004), *Imagen funcional a partir de los servicios profesionales de Ciencias de la Comunicación de la Facultad de Ciencias Humanas* (tesis de grado), Universidad de La Habana, Cuba.
- (2006), “Radio comunitario, una práctica interdisciplinaria de comunicación popular”, en A. Manuel Ortiz (coord.), *Los medios de comunicación en el estado de Baja California*, 273-286, México, Porrúa.
- (2009a), “Una intervención comunitaria desde la Comunicación para la Salud”, en A. Manuel Ortiz (coord.), *XVI Anuario de Investigación en la Comunicación del CONEICC*, 145-162, Mexicali, B.C., México, Oak Editorial.
- (2009b), “Prácticas universitarias emergentes en comunicación y educación para una salud integral de niños, jóvenes y adultos de Mexicali, Baja California”, México, *XIII Encuentro Latinoamericano de Facultades de Comunicación Social (FELAFACS)*, La Habana, Cuba.
- y L. Gabriela Rodríguez (2006), “Incidencia en la Promoción para la Salud a través de Ciencias de la Comunicación y enfermería”, en *VI Encuentro de Investigadores y Estudiosos de la Información y la Comunicación, ICOM 2006: “Información, comunicación y ciudadanía: tensiones y escenarios de la multiculturalidad”*, La Habana, Cuba.

Anexos

Encuesta

Número y nombre del encuestador: _____ Folio: _____ Sección: _____
Calle y Número de la casa encuesta _____

Contextos. Vivienda, rol familiar, edad, escolaridad y trabajo.

1. **¿Cuántas personas viven en la casa?** 1) 1-2 persona 2) 3-4 personas
3) 5-6 personas 4) Más de 7

2. **La casa dónde vive es:** 1. Propia 2. Rentada 3. Prestada 4. Otra
¿Cuál? _____

Datos generales de la familia nuclear y de la gente que viva en este domicilio

3. Rol	4. Sexo	5. Edad	6. Escolaridad	7. Estado civil	8. País / trabajo	9. Trabajo
Papá (esposo)	1. Femenino	0-5 años	Primaria parcial	Casado	1. México	1. Maquiladora
Mamá (esposa)	2. Masculino	6-10	Primaria completa	Soltero	2. EE.UU	2. Taller de servicios
Hijo (a)		11-15	Secundaria parcial	Divorciado		3. Gobierno
Abuelo (a)		16-20	Secundaria completa	Viudo		4. Autoempleado
Hermano (a)		21-30	Preparatoria parcial	Unión libre		5. Servicio doméstico
Otro. Cuál ____		31-40	Preparatoria completa			6. Ama de casa
		41-50	Carrera técnica			7. Jubilado
		51-60	Licenciatura parcial			8. Maestro
		61-65	Licenciatura completa			9. Albañil
		66-70	Maestría			10. Otro. ¿Cuál?
		70 o más	Doctorado			11. No trabaja
El encuestado			No estudio			

10. Especifique el nombre del lugar (es decir de la empresa, institución u organización) donde trabaja y el puesto que ocupa cada uno de los miembros de la familia que trabajan:

Papá (esposo)	4. Primo
Mamá (esposa)	5. Abuelo (a)
Hijo (a)	6. Otro. Cuál ____

Instrucciones: De los siguientes reactivos señale tantas casillas como sean necesarias, según los datos que proporcione el informante.

Servicios

11. ¿Con qué servicios públicos cuenta en su casa?
 1. Básicos (drenaje, agua, luz, gas) 2. Básicos y teléfono 3. Carece de algún servicio básico. ¿Cuál? ____
12. ¿Con qué servicios médicos cuenta?
 1. IMSS 2. ISSTE 3. ISSSTECALI 4. Centro de Salud 5. Privado
 6. Seguro Popular 7. Consultorio similares 8. Otra. ¿Cuál? _____
 9. Ninguno

Hábitos de consumo

13. ¿Dónde compra su despensa?
 1. En mi colonia (Sobrerruedas, Abarrotes, Frutería La Económica, Todo & Beer)
 2. Autoservicios Populares (Ley, Soriana, Calimax, Walmart México)
 3. Autoservicios con membresía (Sams Club, Costco) 4. Autoservicios Populares de Estados Unidos (California Market, TCWorthy) 5. Autoservicio de alcance medio (Food for less, Walmart Estados Unidos) 6. Otro ¿Cuál?

14. ¿Dónde compra su ropa?
 1. Tiendas Populares (Ley, Soriana, Tianguis, Águila) 2. Departamentales (Walmart, Sears, Coppel, Campana) 3. Departamentales con Membresía (Sams y Costco) 4. Boutique Estados Unidos (Garlans, JCPenny, SamEllis, Melrose) 5. Tiendas Populares de Estados Unidos (con los chinos, Vaca, Price Center, Las Palmas) 6. Otro. ¿Cuál? _____
15. Señale otros consumos que realiza:
 1. Internet 2. Teléfono celular 3. DVD 4. Sistema de sonido estéreo
 5. Parabólica 6. TV 6.1 de pantalla común 6.2 pantalla plana 6.3 TV de plasma 7. Videocasetera 8. Sky 9. Juegos de video, especifica cuáles
 _____ 10. Joyería 10.1 Fina 10.2 Fantasía 10.3 Artesanal
 11. Otro. ¿Cuál? _____

16. ¿Qué medios de transporte utiliza?	
1. Automóvil <input type="checkbox"/>	Si tiene auto.
2. Camión <input type="checkbox"/>	17. ¿Cuántos autos tiene en su casa? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 o más <input type="checkbox"/>
3. Taxi <input type="checkbox"/>	18. ¿De qué tipo es su vehículo? 1. Automóvil <input type="checkbox"/> 2. Pick up <input type="checkbox"/> 3. Camioneta <input type="checkbox"/> 4. Otro. ¿Cuál? _____
4. Bicicleta <input type="checkbox"/>	
5. Camina <input type="checkbox"/>	19. Dónde adquirió su vehículo:
6. Otro. <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	1. Subasta de Internet <input type="checkbox"/> 2. Yarda de carros usados en México <input type="checkbox"/> 3. Yarda de carros usados en EEUU <input type="checkbox"/> 4. En la Agencia <input type="checkbox"/> 5. Particular <input type="checkbox"/> 6. Otro _____

Organización vecinal

20. Algunos de sus vecinos son sus:

1. Papás 2. Hermanos 3. Primos 4. Tíos 5. Ninguno 6. Otro

¿Cuál? _____

Producción de algunas formas simbólicas: festejos, reuniones y ritos

21. Eventos que se realizan en la colonia	1 Sí 2 No 3 No sé	22. Promovidas por							
		A. Iglesia	B. Gobierno	C. Escuela	D. Familia	E. Medios masivos	F. La Comunidad	G. Otro ¿Cuál?	I. No aplica
1. Bautizos									
2. Primera comunión									
3. Quinceañera									
4. Kermés									
5. Jornadas de salud									
6. Grupos de vecinos									
7. Día de las madres									
8. Cumpleaños									
9. Otros. ¿Cuáles?									

Instituciones

Iglesia	Católica	Testigo de Jehová	Cristiana evangelista	Protestante	Ninguna	Otra. ¿Cuál?
23. ¿Qué religión profesa?						
24. Escriba si algún miembro de su familia profesa otra religión y su parentesco.						

Producción de algunas formas simbólicas (canales de comunicación)

¿Cómo se entera de los eventos:	Por el padre o pastor	Por el gobierno	Por la escuela	Por el señor de la tienda	Comentarios de vecinos	Por el médico	Avisos pegados por la colonia	Volantes	Por los medios masivos	Familia	Otro	No me entero	No aplica
25. de la escuela de sus hijos?													
26. de su escuela?													
27. de su iglesia?													
28. del DIF de su colonia?													
29. del centro de salud de su colonia?													
30. de los festejos de su familia?													
31. de la UNICOM?													
32. de cómo cuidar su salud?													

33. ¿Asiste regularmente a su iglesia? Sí No

34. ¿Participa activamente en las actividades de su iglesia? No

Sí 1. Es miembro de un grupo 2. Es monitor 3. Está en el coro
4. Es catequista 5. Otro. ¿Cuál? ____

Interpretación de algunas formas simbólicas: Iglesia, Estado, escuela, familia y medios masivos

Emita la opinión del encuestado	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	No sé	No aplica
35. Acerca de la iglesia a la que asiste							
36. De los sacerdotes o pastores de su comunidad							
37. De los eventos de su iglesia							
38. De los gobernantes de Mexicali							
39. De los servicios del DIF							
40. De los servicios del centro de salud							
41. De los policías							
42. De la recolección de la basura							
43. De la escuela de sus hijos							
44. De los maestros de sus hijos							
45. De las reuniones escolares							
46. De los servicios que ofrece la clínica de odontología de la UABC							
47. De los servicios que otorga la UNICOM de la UABC							
48. De su familia							
49. De las reuniones familiares							
50. De su relación con los vecinos							
51. De la atención que presta a su salud							
52. De los medios masivos de comunicación							
53. De los medios que usan en su comunidad para comunicarse							

Circulación de formas simbólicas	54. Ordene del 1 al 5 el medio que usa con mayor frecuencia. 1 es el más utilizado y 5 el menos usado.	55. Horas diarias que emplea: 1. Menos de 1 hora. 2. 1-2 horas. 3. 3-4 horas. 4. 5-6 horas. 5. 7 o más	56. El medio lo usa para: 1. Informarse. 2. Entretenerse. 3. Acompañarse. 4. Aprender. 5. Otro ¿Cuál? _____	57. Indique el programa o la sección que más utiliza	58. Indique qué medio utiliza para conocer sobre el cuidado de su salud	59. Otorgue el nombre de algún comentarista o personaje de quien le gustaría que le informara sobre el cuidado de su salud
Periódico						
Revistas						
Radio						
TV						
Internet						
Telefono de casa						
Telefono celular						
Plática cara a cara						
Otro, ¿cuál?						

Medios

60. ¿Qué tanto cuida su salud? 1. Mucho 2. Lo suficiente 3. Poco
4. Muy poco 5. Nada

61. ¿Cómo le gustaría que lo motivaran al cuidado de su salud?
1. Con talleres para cuidar su salud 2. Con carteles 3. Con mensajes en los medios masivos 4. Con grupos de vecinos 5. Otro ¿Cuál?

Señale los ingresos mensuales que aportan sus familiares al sustento de su hogar

62. Ingresos x mes	1. Ingreso familiar	2. No sé	3. No aplica
Menos de 707 pesos al mes			
708 a 1,415 pesos al mes			
1,416 a 2,830 pesos al mes			
2,831 a 4,245 pesos al mes			
4,246 a 7,075 pesos al mes			
7,076 a 9,905 pesos al mes			
9,906 a 14,150 pesos al mes			
Más de 14,151 pesos al mes			

Tablas

Tabla 1a
Estado civil y edades de los 1,089 integrantes
de las 292 familias encuestadas

Estado civil	Edad							Total
		Papá	Mamá	Hijo	Hermano	Nieto	Otro	
Casado	16-20	0	1	5	2		1	9
	21-30	13	20	20	2		4	59
	31-40	27	25	10	1		3	66
	41-50	30	38	5	3		2	78
	51-60	41	54	1	0		0	103
	61-65	25	8	0	0		0	38
	66-70	8	8	0	0		0	20
	70 o +	16	10	0	0		1	32
	Total	160	164	43	8		11	405
Soltero	0-5	0	0	56	1	12	5	74
	6-10	0	0	63	0	15	2	80
	11-15	0	0	68	4	11	5	88
	16-20	0	0	73	6	6	4	89
	21-30	0	2	71	11	1	4	89
	31-40	0	3	38	8	0	4	53
	41-50	0	5	9	4	0	1	19
	51-60	2	5	1	2	0	2	14
	61-65	0	1	2	0	0	1	4
	70 o +	1	0	1	0	0	0	3
		3	16	379	36	44	28	513
Divorciado	21-30	0	0	2	2		0	4
	31-40	1	2	4	1		1	9
	41-50	1	5	0	0		2	9
	51-60	2	2	0	0		1	5
	61-65	0	0	0	0		0	1
	66-70	1	0	0	0		0	1
		5	9	6	3		4	29

ECCOS EN UNA COMUNIDAD FRONTERIZA DEL NORTE DE MÉXICO

Estado civil	Edad							Total
		Papá	Mamá	Hijo	Hermano	Nieto	Otro	
Viudo	31-40	0	1	0			0	1
	41-50	0	1	0			0	2
	51-60	1	8	1			0	11
	61-65	0	7	0			1	10
	66-70	0	2	0			0	4
	70 o +	6	4	0			2	19
		7	23	1			3	47
Unión libre	11-15	0	0	0	0		1	1
	16-20	0	1	3	0		2	6
	21-30	7	11	6	0		6	30
	31-40	12	11	1	1		0	25
	41-50	8	7	2	0		1	18
	51-60	3	2	0	0		0	8
	61-65	0	1	0	0		0	1
	66-70	0	1	0	0		0	1
	70 o +	1	0	0	0		0	1
		31	34	12	1		10	91
No refiere	21-30			1		0		1
	31-40			2		0		2
				3		1		4
				445				1,089

Tabla 1b
 Rol y edades de los 1,089 integrantes
 de las familias encuestadas

Rol	0-5	6-10	11-15	16-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-65	66-70	70 +	Total	%	
Papá	0	0	0	0	20	40	39	49	25	9	24	206	19	
Mamá	0	0	0	2	33	42	56	71	17	11	14	246	23	
Hijo	56	63	68	81	100	55	16	3	2	0	1	445	41	268
Abuelo	0	0	0	0	0	0	2	14	8	6	13	43	4	25%
Hermano	1	0	4	8	15	11	7	2	0	0	0	48	4	
Nieto	12	15	11	6	1	0	0	0	0	0	0	45	4	
Otro	5	2	6	7	14	8	6	3	2	0	3	56	5	
Total	74	80	89	104	183	156	126	142	54	26	55	1089	100	

Destacan los hijos de todas edades en el seno materno.

Tabla 2a
 Ocupación de los 1,089 integrantes
 que se hospedan en los 292 hogares encuestados

ROL	Ocupación													
	Ama de casa	No trabaja	Jubilado o pensionado	No refiere	Gobierno	Albañil	Servicio doméstico	Maestro	Autoempleado	Seguridad	Entretención	Otro	Taller de servicios	Maquiladora
Papá	0	20	29	2	18	14	0	4	39	0	1	6	18	11
Mamá	160	1	6	0	13	0	9	4	22	0	0	2	4	6
Hijo	5	276	1	2	14	6	2	6	24	0	2	18	12	29
Abuelo	12	17	5	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0
Hermano	1	18	1	1	1	2	1	0	4	1	1	3	5	5
Nieto	0	39	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Otro	3	25	1	1	1	4	0	1	7	0	0	3	4	3
Total	181	412	43	8	47	27	12	15	97	2	4	33	44	54
% de 1,089	17	36	4	1	4	2	1	1	9	0	0	3	4	5

Tabla 2b
 Ocupación de los 1089 integrantes
 que se hospedan en los 292 hogares encuestados

ROL	Ocupación							Total
	Comedor	Mercado o autoservicio	Campesino	Comerciante	Creativo	Transporte	Salud	
Papá	3	3	15	9	1	11	2	206
Mamá	3	5	2	6	1	0	2	246
Hijo	5	19	6	5	7	1	5	445
Abuelo	0	1	2	1	0	0	0	43
Hermano	0	3	0	0	0	0	1	48
Nieto	2	0	0	2	0	0	0	45
Otro	0	0	1	2	0	0	0	56
Total	13	31	26	25	9	12	10	1089
% De 1089	1	3	2	2	1	1	1	100%

Tabla 3
 Rol, edad y ocupación de los 292 encuestados

Rol		Ocupación											Total	%	
		Maquiladora	Taller de servicios	Gobierno	Albañil	Servicio doméstico	Maestro	Auto empleado	Amo de casa	Jubilado o pensionado	No trabaja	Jornalero			Otro
Papá	21-30	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	6	
	31-40	3	1	2	1	0	1	3	0	0	2	2	2	15	
	41-50	0	0	0	3	0	0	2	0	1	0	1	7		
	51-60	0	3	0	0	1	2	2	1	1	0	3	13		
	61-65	0	1	0	0	0	0	1	4	2	1	0	9		
	66-70	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	3		
	+ 70	0	2	0	0	0	0	1	5	5	0	0	13		
	Total	4	8	2	4	1	3	10	10	11	4	9	66	23	
Mamá	16-20	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0			
	21-30	1	1	2	0	0	0	14	1	0	0	0			
	31-40	3	0	3	0	0	5	17	0	0	0	0			
	41-50	0	0	2	1	2	5	20	0	0	2	2			
	51-60	0	2	2	1	0	8	29	1	2	0	0			
	61-65	0	0	0	0	0	0	7	1	2	0	0			
	66-70	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0			
	+ 70	0	0	0	0	0	1	3	1	0	0	0			
Total	4	3	9	2	2	19	97	4	4	2	2	148	51		
Hijo	11-15	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0			
	16-20	0	1	0	0	0	0	0	0	11	0	0			
	21-30	2	0	0	0	1	2	5	0	0	0	4			
	31-40	4	2	2	1	0	1	0	0	2	3	1			
	41-50	0	0	0	0	0	3	2	1	1	1	1			
	51-60	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0			
	61-65	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0			
	+ 70	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0			
Total	6	3	2	1	1	8	8	1	22	4	6	62	21		
Abuelo	61-65							0	1	2					
	66-70							0	0	2					
	+ 70							1	0	0					
	Total							1	1	4			6	2	
Her-mano	31-40						1			2	1				
	Total						1			2	1	4	1		
Otro	11-15				0		0	0	1	0					
	16-20				1		1	0	0	1					
	21-30				0		0	1	0	1					
	Total				1		1	1	1	1	2	6	2		

Las amas de casa son quienes mayoritariamente se encuentran en el hogar y atienden al llamado a su puerta.

Tabla 4
Escolaridad y edad de hombres y mujeres de los 1,089 integrantes de las familias encuestadas

Escolaridad	Sexo	Edad											Total		
		0-5	6-10	11-15	16-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-65	66-70	70 o más			
Preescolar	Femenino	4	0												4
	Masculino	2	2												4
	Total	6	2												8
Primaria parcial	Femenino	3	34	9	0	2	2	6	11	8	6	6		87	
	Masculino	8	43	11	1	3	7	4	13	9	6	11		116	
	Total	11	77	20	1	5	9	10	24	17	12	17		203	
Maestría	Femenino					1	1	1						3	
	Masculino					0	0	1						1	
	Total					1	1	2						4	
No estudió	Femenino	31		0	0	1	2	1	10	5	8	13		71	
	Masculino	26		1	1	2	2	2	2	4	1	9		50	
	Total	57		1	1	3	4	3	12	9	9	22		121	
Primaria completa	Femenino			1	0	3	5	16	34	10	0	4		73	
	Masculino			2	3	2	5	8	17	11	2	7		57	
	Total			3	3	5	10	24	51	21	2	11		130	
Secundaria parcial	Femenino			23	4	6	5	2	4		0			44	
	Masculino			20	8	4	10	2	2		1			47	
	Total			43	12	10	15	4	6		1			91	
Secundaria completa	Femenino			4	14	30	27	14	9	0	1	2		101	
	Masculino			5	10	37	29	15	12	3	0	1		112	
	Total			9	24	67	56	29	21	3	1	3		213	
Preparatoria parcial	Femenino			5	20	4	1	4	0					34	
	Masculino			7	17	6	9	5	2					46	
	Total			12	37	10	10	9	2					80	
Preparatoria completa	Femenino				6	17	6	6	2					37	
	Masculino				7	13	9	5	4					38	
	Total				13	30	15	11	6					75	
Carrera técnica	Femenino				3	7	11	11	8					40	
	Masculino				0	5	4	4	2					15	
	Total				3	12	15	15	10					55	
Licenciatura parcial	Femenino				3	7	1	1	0					12	
	Masculino				5	11	5	2	3					26	
	Total				8	18	6	3	3					38	

Escolaridad	Sexo											Total	
		0-5	6-10	11-15	16-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-65	66-70		70 o más
Licenciatura completa	Femenino				1	14	8	7	1	1		1	33
	Masculino				1	7	4	9	6	2		0	29
					2	21	12	16	7	3		1	62
No refiere	Femenino		0	0		0	2			0	1	0	3
	Masculino		1	1		1	1			1	0	1	6
			1	1		1	3			1	1	1	9

Tabla 5
 Rol y edad de quienes no trabajan (de los 1,089 integrantes)

Edad	Ocupación									Total
		Papá	Mamá	Hijo	Abuelo	Hermano	Nieto	Otro		
0-5	No trabaja			56			1	12	5	74
6-10	No trabaja			63				15	2	80
11-15	No trabaja			65			4	11	5	85
	Total			68			4	11	6	89
16-20	Ama de casa		2							2
	No trabaja			6			3	1	4	68
	Total		2	81			8	6	7	104
21-30	Ama de casa		24	4					1	29
	No trabaja	1		21		4			4	30
	Total	2	33	1		15	1	14	183	
31-40	Ama de casa		25			1				26
	No trabaja	1		6		2			3	12
	Total	4	42	55		11			8	156
41-50	Ama de casa		27	1	1					29
	Jubilado o pensionado					1				1
	No trabaja	1		2		3				6
	Total	39	56	16	2	7		6	126	
51-60	Ama de casa		47		4					51
	Jubilado o pensionado	5	2		1					8
	No trabaja	3		2	3	1		1		10
	Total	49	71	3	14	2		3	142	
61-65	Ama de casa		13		3				1	17
	Jubilado o pensionado	13	2		1				1	17
	No trabaja	2	1	1	4					8
	Total	25	17	2	8			2	54	
66-70	Ama de casa		1		2					12
	Jubilado o pensionado	1	1		3					5

Edad	Ocupación	Papá	Mamá	Hijo	Abuelo	Hermano	Nieto	Otro	Total
	No trabaja	4	0		1				5
	Total	9	11		6				26
70 o más	Ama de casa	0	12	0	2			1	15
	Jubilado o pensionado	10	1	1	0			0	12
	No trabaja	8	0	0	9			1	18
	Total	24	14	1	13			3	55

Tablas 6a
 Rol y escolaridad de quienes no trabajan

Rol	Escolaridad	Ama de casa	Jubilado o pensionado	No trabaja
Hijo	Preescolar			6
	Primaria parcial	1	1	84
	No estudió			43
	Primaria			4
	Secundaria parcial			45
	Secundaria	2		23
	Preparatoria parcial			41
	Preparatoria	2		7
	Carrera técnica			4
	Licenciatura parcial			10
	Licenciatura			6
No refiere			3	
		5	1	276
Mamá	Primaria parcial	25		
	No estudió	19	3	1
	Primaria	37	3	
	Secundaria parcial	7		
	Secundaria	40		
	Preparatoria parcial	5		
	Preparatoria	6		
	Carrera técnica	15		
	Licenciatura parcial	1		
	Licenciatura	4		
No refiere	1			
	160	6	1	

Papá	Primaria parcial		9	5
	No estudió		4	5
	Primaria		9	5
	Secundaria		2	3
	Preparatoria parcial		1	1
	Carrera técnica		1	1
	Licenciatura		3	
	Total		29	20
Abuelo	Primaria parcial	3	4	2
	No estudió	3		10
	Primaria	3		5
	Secundaria	3	1	
	Total	12	5	17
Hermano	No estudió			1
	Primaria			1
	Secundaria parcial			2
	Secundaria	1		2
	Preparatoria parcial			2
	Preparatoria			1
	Carrera técnica			2
	Licenciatura parcial			2
	Licenciatura		1	1
	1	1	18	
Nieto	Preescolar			1
	Primaria parcial			20
	No estudió			12
	Primaria			
	Secundaria parcial			4
	Secundaria			
	Preparatoria parcial			2
	Licenciatura parcial			
			39	
Otro	Preescolar			1
	Primaria parcial	1		3
	No estudió	1		7
	Primaria	1		
	Secundaria parcial			4
	Secundaria		1	5
	Preparatoria parcial			3
	Preparatoria			
	Licenciatura parcial			
	Licenciatura			1
	No refiere			1
	3	1	25	

Tablas 6b

Rol y escolaridad de quienes no trabajan

Edad		No trabaja
0-5 años	Preescolar	6
	Primaria parcial	11
	No estudió	57

Tabla 7

Algunas ocupaciones, roles y edades de los 1,089 integrantes

Rol	Edad												
		Maquiladora taller servicios	Gobierno	Albañil	Servicio doméstico	Maestro	Autoempleado	Arma de casa	Jubilado/ pensionado	No tra baja	Comedor	Mercado o autoservicio	
Papá	21-30	2	4	2			3				1	2	
	31-40	6	3	7	4		5			1			
	41-50	2	3	3	7		1	10		1	1	1	
	51-60	1	4	5	2		3	11	5	3		1	
	61-65		2	1	1			4	13	2			
	66-70		1					2	1	4			
	+ 70		1					4	11	8		1	
	Total	11	18	18	14		4	39		30	20	3	3
Mamá	16-20							2					
	21-30	1	1	3		1	1	24			1		
	31-40	5	1	2		2	3	25				2	
	41-50		1	3		3	3	8	27		1	2	
	51-60		1	5		2		9	47	2	1	1	
	61-65					1			14	2			
	66-70								10	1			
	+ 70							1	12	1			
	Total	6	4	13		9	4	22	161	6	0	3	5

Rol	Edad	Maquiladora	taller servicios	Gobierno	Albañil	Servicio doméstico	Maestro	Autoempleado	Ama de casa	Jubilado/ pensionado	No tra baja	Comedor	Mercado o autoservicio
Hijo	0-5										56		
	6-10										63		
	11-15	1									65		1
	16-20	5		1	1		1	2			60		4
	21-30	14	5	6	2	1	3	8	4		21	4	12
	31-40	8	7	6	2	1	1	9			6		1
	41-50	1		1	1		1	4	1		2	1	1
	51-60										2		
	61-65							1			1		
		29	12	14	6	2	6	24	5	0	276	5	19
Abuelo	41-50								1				
	51-60							1	4	1	3		
	61-65								3	1	4		
	66-70								2	3	1		
	+ 70		1						2		9		1
			1				1	12	5	17		1	
Hermano	0-5										1		
	11-15										4		
	16-20	2			1						3		1
	21-30	2	2	1				2			4		1
	31-40	1	1		1	1		2	1		2		1
	41-50		1							1	3		
	51-60		1								1		
		5	5	1	2	1		4	1	1	18		3
Nieto	0-5										12		
	6-10										15		
	11-15										11		
	16-20				1						1	1	
	21-30											1	
					1						39	2	
Otro rol	0-70	3	4	1	4		1	7	3	1	25		
%		5	4	4	2	1	1	9	17	4	36	1	3

Tabla 7a
Ocupación, rol y escolaridad de los miembros
de las familias encuestadas

Escolaridad			Trabajo u ocupación									
			Maquiladora	Taller de servicios	Gobierno	Albañil	Servicio doméstico	Maestro	Autoempleado	Ama de casa	Jubilado o pensionado	No tra baja
Preescolar	Rol	Hijo										6
		Nieto										1
		Otro										1
	Total										8	
Primaria parcial	Rol	Papá		5	1	3			11		9	5
		Mamá					1		1	25		
		Hijo	1						1	1	1	84
		Abuelo								3	4	2
		Hermano										4
		Nieto										20
	Otro	1	1							1	3	
Total		2	6	1	3	1		13	30	14	118	
Maestría	Rol	Papá						1				
		Hijo			1			1				
	Total			1			2					
No Estudió	Rol	Papá							2		4	5
		Mamá							2	19	3	1
		Hijo					1					43
		Abuelo								3		10
		Hermano										1
		Nieto										12
	Otro							2	1		7	
Total						1	6	23	7	79		
Primaria	Rol	Papá	2	5	1	3			7		9	5
		Mamá		1	1		4		7	37	3	
		Hijo			1				1			4
		Abuelo		1					1	3		5
		Hermano		1		2						1
		Otro				1			1	1		
	Total		2	8	3	6	4		17	41	12	15

Escolaridad			Trabajo u ocupación									
			Maquiladora	Taller de servicios	Gobierno	Albañil	Servicio doméstico	Maestro	Autoempleado	Ama de casa	Jubilado o pensionado	No tra baja
Secundaria parcial	Rol	Papá	1		3	2						
		Mamá	1	1	1		3			7		
		Hijo	2	1		2						45
		Hermano										2
		Nieto										4
		Otro	1			1						4
	Total		5	2	4	5	3		7		55	
Secundaria	Rol	Papá	3	5	4	2		1	12		2	3
		Mamá	3		2		1		5	40		
		Hijo	9	3	1	3			12	2		23
		Abuelo								3	1	

Tabla 7b
 Algunas ocupaciones específicas de hombres y mujeres
 (1,089 en total)

Ocupación específica	Femenino	Masculino	Total
Aduanero	1	1	2
Albañil, topógrafo (1), mantenimiento (1)		26	26
Almacenistas (2), operadores (3)		5	5
Área salud (3 enfermeros y enfermeras, 1 doctor, 1 auxiliar, 2 entrenadores, 1ingeniero-mantenimiento, 1 farmacéutico, 1 laboratorista)	4	6	10
Cajero	3	6	9
Campo (21 jornaleros y jornaleras, sanjero, 2 regadores, campesino)	2	23	25
Cobrador	1	1	2
Cocinero (4), lavaplatos (1)	1	4	5
Comerciante	15	14	29
Contador	1	1	2
Costurera o sastre	1	1	2
Eléctrico, electromecánico		2	2
Empleado	61	78	139
Encargados (5), supervisor (3), subgerente (1), asociados (2)	3	8	11

Ocupación específica	Femenino	Masculino	Total
Equipo escolar (1 orientador, 3 conserjes, 1 inspector de zona)	2	3	5
Estudia	96	102	198
Fotógrafo	2	4	6
Guardia		4	4
Impresores (2), diseñador		3	3
Ingeniero		2	2
Limpieza	13		13
Maestro	8	6	14
Mecánico		8	8
Mejorar-casa (1 pintor, 1 plomero, 3 herreros, 4 carpinteros, 1 escombros)		11	11
Menor de 5 años	31	29	60
Mesero	4	3	7
Músico		3	3
No refiere	4	4	8
Panadero	1	2	3
Paquetero o paquetera	2	1	3
Patrón	21	39	60
Pensionado, jubilado o jubilada, ama de casa, desempleados, no refiere	252	115	367
Pescador		1	1
Policía	2	2	4
Rotulista		2	2
Secretario o secretaria	8		8
Soldador		7	7
Taquero	2	1	3
Técnico		4	4
Transporte (9 chofer, 2 trailer, 2 taxista, despachador, lavador, carroceros)		16	16

Tabla 8
Ingresos familiares según el(los) sector(es)
económico(s) donde participan

Sector económico familiar	¿Cuál es el ingreso familiar mensual?									
	menos de \$1,415	\$4,245 - \$8,490	\$8,490 - \$12,735	\$12,735 - \$16,980	\$16,980 - \$27,592	Más de \$27,592	\$1,415 a \$4,245	No sé	Total	%
Primario (agricultura, etcétera)	2	4	3	2			1	1	13	4
Secundario (industria extractiva, transformación, electricidad)	1	13	1	1			3		19	7
Terciario (servicios, comercio, restaurantes, Internet, gobierno)	26	104	27	13	11	1	11	13	206	71
Jubilado o pensionado	3	6		1			3	1	14	5
Primario y secundario		1							1	
Secundario y terciario	2	8	3	2	2	2		2	21	7
Primario y terciario	1	3	2	2			1	1	10	3
Lo ayudan								2	2	1
No refiere	1	4						1	6	2
Total	36	143	36	21	13	3	19	21	292	100
%	12	49	12	7	4	1	7	7	100	

Tabla 9
Ingresos y lugar donde compran su despensa las familias encuestadas

¿Dónde compra su despensa?	¿Cuál es el ingreso familiar mensual?								
	menos de \$1,415	\$4245 - \$8,490	\$8,490 - \$12,735	\$12,735 - \$16,980	\$16,980 - \$27,592	Más de \$27,592	\$1,415 a \$4,245	No sé	Total
En mi colonia (Abarrotes, Sobrerruedas, Todo&beer, La Económica)	16	32	5	2	3		5	6	69
Autoservicios Populares (Ley, Soriana, Calimax, Walmart)	7	44	11	8	4		6	8	88
Autoservicios con membresía en México (Sams club, Costco)				1					1
Autoservicios populares de EU (California Market, TC Worthy)	2	3	1	1	1	1			9
Autoservicios de alcance medio (Food4 Less, Walmart EU)		2	2	2				1	7
Todas las anteriores		1	1						2
En mi colonia y Populares de México	11	44	7	4	1	1	3	1	72
En mi colonia y Populares Mex-USA		9	3	1	3		3	1	20
En mi colonia, Populares Mex-USA y con membresía		5	1		1	1			8
Populares Mex-USA		1	3	2			2	2	10
Populares Mex-USA y con membresía		2	1						3
Populares Mex-USA, con membresía y de alcance medio			1					1	2
Lo apoyan con su despensa								1	1
Total	36	143	36	21	13	3	19	21	292

Tabla 10

Algunos resultados sobre el lugar donde compran su ropa, según ingresos familiares y sector familiar donde laboran

¿Dónde compra su ropa?	Sector Económico familiar	Ingreso mensual									
		Menos de \$1,415	\$4,245 - \$8,490	\$8,490 - \$12,735	\$12,735 - \$16,980	\$16,980 - \$27,592	Más de \$27,592	\$1,415 a \$4,245	No sé	Total	
Tiendas populares (Ley, Soriana, Tianguis, Águila)	Primario (agricultura...)		1	1					1	3	
	Secundario (industria extractiva, transformación, electricidad...)	1	1		1			2		5	
	Terciario (servicios, comercio, restaurantes, Internet, gobierno)	12	27	5	1	1		5	4	55	
	Jubilado	1	1						1	3	
	Primario y secundario		1							1	
	Secundario y terciario		4	1					1	6	
	Primario y terciario		1							1	
	Lo ayudan								1	1	
	No refiere		1						1	2	
	Total	14	37	7	2	1		7	9	77	
Departamental (Walmart, Sears, Coppel, Campana)	Primario)				1					1	
	Secundario		3							3	
	Terciario	3	11	1	4	4			2	25	
	jubilado o pensionado	1	2					1		4	
	Secundario y Terciario				1	2				3	
	Total	4	16	1	6	6		1	2	36	
Boutique USA (Sam Ellis, Garlan, JC Penny,)	Terciario	1	10	5	2	3			1	22	
	Primario y terciario				2				1	3	
	Total	1	10	5	4	3			2	25	

¿Dónde compra su ropa?	Sector Económico familiar	Ingreso mensual								
		Menos de \$1,415	\$4,245 - \$8,490	\$8,490 - \$12,735	\$12,735 - \$16,980	\$16,980 - \$27,592	Más de \$27,592	\$1,415 a \$4,245	No sé	Total
Popular USA (chinos, Melrose, Vaca, Price Center, Las palmas)	Primario		2		1			1		4
	Secundario		4	1						5
	Terciario	1	9	7	1	1	1	2	2	24
	Jubilado o pensionado		1					1		2
	Secundario y terciario	1	1	1	1					4
	Primario y terciario	1	1	1				1		4
	Total	3	18	10	3	1	1	5	2	43
1y2 - Populares y departamentales	Primario	1								1
	Secundario		2					1		3
	Terciario	3	25	5				2		35
	Secundario y terciario	1	1	1			1			4
	Primario y terciario			1						1
	No refiere		1							1
Total	5	29	7			1	3		45	
Departamentales, con membresía y Boutique USA		1	2						1	4
Departamentales, boutique y Populares USA		1	3	1	2	1			1	9

Tabla 11a y b
Participación en ritos religiosos

¿Asiste regularmente a su iglesia?		¿Qué religión profesa?						Total
		Católica	Testigo de Jehová	Cristiana evangelista	Protestante	Ninguna	Otra	
Sí	Papá	22	1	6				29
	Mamá	90	3	10	1		1	105
	Hijo	23		7				30
	Abuelo	5	1					6
	Hermano	2						2
	Otro	2		1				3
	Total	144	5	24	1		1	175
No	Papá	30				7		37
	Mamá	33		1		9		43
	Hijo	20		1		11		32
	Hermano	2						2
	Otro	2				1		3
	Total	87		2			28	117

¿Participa activamente en las actividades de su iglesia?		¿Qué religión profesa?						Total
		Católica	Testigo de Jehová	Cristiana evangelista	Protestante	Ninguna	Otra	
Sí	Papá	8		4				12
	Mamá	17	3	6	1			27
	Hijo	8		5				13
	Abuelo	1	1					2
	Hermano	1						1
	Otro			1				1
	Total	35	4	16	1			56
No	Papá	44	1	2		7		54
	Mamá	102		5		9	1	117
	Hijo	34		3		10		47
	Abuelo	4						4
	Hermano	3						3
	Otro	3				1		4
	Total	190	1	10		27	1	229

Estrategias Comunitarias de Comunicación para la Salud (ECCOS
en una comunidad fronteriza del norte de México
se terminó de imprimir en diciembre de 2018
en los talleres de Ediciones de la Noche
Madero #687, Zona Centro
Guadalajara, Jalisco.

El tiraje fue de 100 ejemplares.

www.edicionesdelanoche.com

El presente trabajo se realizó con base en la investigación de las prácticas comunicativas que sustentan las instituciones sanitarias en materia de promoción para la salud en la zona del noroeste de México, específicamente, en la colonia Conjunto Urbano Orizaba (cuo) de Mexicali, Baja California.

Este libro aporta el análisis y las construcciones teóricas que ayudarán a la comprensión de la complejidad de este campo de estudio; retomando el concepto de comunicación para la salud desde una perspectiva participativa y ofreciendo elementos para facilitar su implementación en ámbitos comunitarios.

CUERPO ACADÉMICO
“PROCESOS DE COMUNICACIÓN
EN ORGANIZACIONES E INSTITUCIONES SOCIALES”
(PROCOIS)



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

ISBN 978-607-9490-60-7



9 786079 490607