

¿Cuál es la práctica de alto impacto para crear un entorno propicio para la planificación familiar?

Implementar una estrategia sistemática de comunicación para la salud basada en la evidencia, utilizando distintos canales para permitir que las personas tomen decisiones libres sobre la atención de salud basadas en información.

El principal problema que puede surgir en el área de comunicación es tener la ilusión de que la comunicación se ha producido.

George Bernard Shaw

Antecedentes

La comunicación para la salud consiste en el uso de estrategias de comunicación—medios masivos, actividades a nivel de la comunidad y comunicación interpersonal¹— para ejercer influencia en los comportamientos individuales y colectivos que afectan la salud.² Las investigaciones muestran que la comunicación interactiva, impulsada por la teoría que aplica un diseño y un proceso de implementación probados puede incrementar el conocimiento, cambiar las actitudes y normas y producir cambios en una gran variedad de comportamientos (Noar et al., 2009).

En el contexto de los programas de planificación familiar, la comunicación para la salud bien diseñada e implementada ha ayudado a respaldar y fortalecer los servicios existentes de la siguiente manera:

- Creando una demanda informada y voluntaria de productos y servicios de planificación familiar.
- Garantizando que las personas puedan usar anticonceptivos de forma correcta y adecuada.
- Ayudando a los prestadores de servicios de salud y a los usuarios a interactuar entre sí de manera efectiva.
- Ocupándose de los comportamientos que contribuyen a la mala salud o al bienestar.
- Modificando las normas que pueden influir en los comportamientos individuales o colectivos.



2006 Por gentileza de Stephane Janin

En Cambodia, una trabajadora de una ONG explica el uso del condón a pasajeros del tren que recorre el trayecto Battambang-Phnom Penh, utilizando la comedia y el drama para informar a las personas jóvenes sobre el VIH/SIDA. El uso de estas técnicas en los programas de comunicación para la salud hace que las personas se interesen, apelando a sus emociones, a la vez que las motiva para que tomen decisiones saludables.

¹ En ocasiones, la incidencia política (advocacy) es incluida como una cuarta categoría a los efectos de diseñar programas de comunicación para la salud, en tanto que es un prerrequisito o componente necesario de la mayoría de las iniciativas de cambio de comportamiento. Sin embargo, dado que la base de evidencias y los procesos programáticos son un poco diferentes en relación a otras estrategias de comunicación para la salud, esta reseña no trata los aspectos relativos a la incidencia política. Para más información sobre este tema, por favor ver la reseña sobre PAI en el área de Políticas de Planificación Familiar.

² En esta reseña, “comunicación para la salud” es un concepto equivalente a otros términos relacionados, tales como comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) y comunicación para el cambio social o de comportamiento (CCSC), y está íntimamente ligado a la categoría más amplia e intersectorial de comunicación para el desarrollo.

El campo de la comunicación para la salud ha evolucionado considerablemente en los últimos años. Los programas son ahora más diversos, en términos del contenido y del enfoque de comunicación; más creativos y mejor producidos; y más participativos. Asimismo, muchos responsables de la implementación han comenzado a entender la comunicación para la salud a partir de un marco socio-ecológico, que reconoce que existen factores determinantes de la salud y del comportamiento de salud en varios niveles y grados, más allá del nivel personal (ver Gráfico 1). Concretamente, los modelos socio-ecológicos reconocen la influencia de las relaciones interpersonales, de las estructuras de la comunidad y del entorno más amplio.

Implementar una estrategia sistemática de comunicación para la salud basada en la evidencia es una de las distintas “prácticas de alto impacto en el área de planificación familiar” (PAI) que fueron identificadas por un grupo asesor técnico integrado por expertos internacionales. La ampliación e institucionalización de estas prácticas permiten maximizar las inversiones en una estrategia integral de planificación familiar (USAID, 2011).

Para más información sobre otras PAI, visitar la siguiente página web: <https://www.fphighimpactpractices.org/es/descripcion/>.

Gráfico 1. Marco socio-ecológico aplicado a la comunicación para la salud



Fuente: Adaptado a partir de McKee et al. (2000)

¿Por qué es importante esta práctica?

Es posible que el escaso conocimiento de los métodos anticonceptivos impida a las mujeres y parejas decidir de manera efectiva sobre el número de hijos que desean tener. Una revisión de los datos surgidos de las encuestas DHS llevadas a cabo en 36 países sugieren que la falta de conocimiento de los métodos de planificación familiar sigue siendo un obstáculo importante que dificulta el uso de anticonceptivos, sobre todo en el África subsahariana (Sedgh et al., 2007). En los siete países africanos en los cuales el nivel de conocimiento sobre planificación familiar fue más bajo, entre el 10% y el 15% de las mujeres casadas consideraron que éste era el motivo principal por el cual no utilizaban anticoncepción. Es probable que la falta de conocimiento desempeñe un rol más importante en relación a algunos métodos (tales como los métodos de larga duración, reversibles y permanentes) o entre determinados grupos de población (como las mujeres jóvenes, las que viven en zonas rurales o las que poseen un menor nivel educativo). La comunicación para la salud puede crear una demanda informada de planificación familiar, incrementando el nivel de conocimiento y concientización sobre los métodos adecuados, su disponibilidad y cómo acceder a dichos métodos (Mwaikambo et al., 2011).

Aún persisten ciertos miedos e inquietudes de salud vinculados a los métodos anticonceptivos y sus efectos secundarios. Incluso en los casos en los cuales el nivel de concientización en torno a la planificación familiar es alto, los mitos, malentendidos y la desinformación pueden limitar la demanda (Sedgh et al., 2007; Campbell et al., 2006). En 26 de los 36 países para los cuales existen datos de las encuestas DHS, entre un 20 y un 50% de las mujeres casadas en situación de riesgo frente a un posible embarazo no deseado consideraron que los efectos secundarios o las inquietudes de salud eran el principal motivo por el cual no utilizaban planificación familiar (Sedgh et al., 2007). Parecería ser que este tipo de obstáculos son especialmente habituales en países del Sur de Asia, del Sudeste asiático y del África subsahariana. Los programas de comunicación para la salud pueden disipar los mitos sobre los métodos anticonceptivos, corregir los malentendidos relacionados con su uso y sus efectos secundarios e incrementar el nivel de participación de los usuarios en las sesiones de consejería sobre métodos anticonceptivos (Kim et al., 2006–2007).

Las normas sociales y de género que se oponen a la planificación familiar pueden limitar el uso de anticonceptivos.

El miedo a la desaprobación social o a la oposición al uso de anticonceptivos por parte de una pareja u otra persona influyente puede limitar el uso. Los datos de las encuestas DHS llevadas a cabo en 53 países entre los años 1995 y 2000 indicaron que alrededor del 12% de las mujeres casadas que no pertenecen al África subsahariana y del 23% de las mujeres casadas que viven en el África subsahariana consideraron la oposición a la planificación familiar (por parte de la propia mujer, de su esposo o de otra persona de contacto) como el principal motivo por el cual no utilizaban anticoncepción (Sedgh et al., 2007).

La comunicación para la salud puede ayudar a establecer o fortalecer la planificación familiar como una norma social entre los miembros de la pareja, la familia y los pares, incentivando la discusión sobre los beneficios de la planificación familiar, del espaciamiento entre nacimientos, de un menor tamaño de la familia y del derecho de las personas a tomar sus propias decisiones.

Las actitudes y prácticas de los prestadores pueden influenciar la demanda de planificación familiar y la elección del método. Las intervenciones de comunicación para la salud pueden subsanar los prejuicios que los prestadores tienen en contra de la anticoncepción y mejorar la capacidad de estos para orientar a sus usuarios a través de la consejería. Una serie de estudios llevados a cabo en varios países demostraron que los prejuicios de los prestadores pueden tener un impacto negativo en el acceso a la planificación familiar (Campbell et al., 2006; Abdel-Tawab and Roter, 2002). Como resultado de la mejora en las interacciones usuario-prestador, los usuarios pueden estar más satisfechos y empoderados y ser capaces de tomar decisiones más efectivas sobre planificación familiar, basadas en información (Campbell et al., 2006; Abdel-Tawab and Roter, 2002; Ramchandran, 2007).

¿Cuál es el impacto?

Existen abundantes pruebas de que los programas de comunicación para la salud bien diseñados e implementados pueden influir en las normas y los comportamientos, promoviendo el entorno propicio necesario para la prestación de servicios de salud a escala (Noar et al., 2009; Mwakaimbo et al., 2011; JHU CCP, 2009; Snyder et al., 2003; Storey et al., 2011; Westoff et al., 2011). Una revisión sistemática de 63 evaluaciones de intervenciones de planificación familiar³ indicó que 46 de estos estudios demostraron un mayor uso de anticonceptivos, mientras que 54 estudios pusieron de manifiesto que existía un mayor nivel de conocimiento y discusión y mejores actitudes e intenciones en relación al uso de anticonceptivos (Mwaikambo et al., 2011). Otro metaanálisis similar de 52 estudios demostró que existía un impacto positivo en términos de comportamiento, en 15 campañas de planificación familiar (Snyder et al., 2003). En estas 15 campañas, el 31% de los encuestados en promedio informó que ya utilizaba un método anticonceptivo moderno antes de la intervención, mientras que el 37% informó haber comenzado a utilizar este tipo de métodos luego de la intervención. (Ver el Cuadro 1 para ejemplos seleccionados de estudios incluidos en estas revisiones).

Además de estas áreas principales de impacto, las evaluaciones de los programas también sugirieron lo siguiente:

- La exposición directa o indirecta⁴ a programas de comunicación para la salud contribuye a un mayor uso de la planificación familiar y, en algunos casos, este incremento en el uso es superior al 150% (Boulay et al., 2002).
- Por lo general, los programas integrados, que utilizan varios canales de comunicación producen un mayor impacto en comparación con los que utilizan un único canal (Noar et al., 2009; JHU CCP, 2009).
- Por lo general, la utilización de medios masivos en este tipo de programas produce un efecto de respuesta dosificado, de acuerdo al cual una mayor exposición a los mensajes resulta en un mayor número de cambios positivos a nivel de los comportamientos (Van Rossem y Meekers, 2007).
- La comunicación para la salud es costo-efectiva (el costo es de tan sólo 1,57 dólar por cada usuario de anticonceptivos en los programas de los medios masivos) (JHU CCP, 2009).

Es necesario actualizar las investigaciones, en especial en lo que respecta a los programas de comunicación para planificación familiar que utilizan varios canales. A su vez, comprender el aporte que realizan los programas de comunicación para la salud a los resultados de salud a nivel de la población (como por ejemplo la incidencia del VIH o la tasa de fertilidad total) requerirá una investigación minuciosa que permita evaluar los programas implementados sobre el terreno a lo largo de varios años e incluir evaluaciones de proceso y de resultado a fin de medir el cambio de comportamientos (Mwaikambo et al., 2011).

³ De las 63 intervenciones en el área de planificación familiar, 47 fueron intervenciones de comunicación para la salud (medios masivos, comunicación interpersonal y comunicación prestador/usuario) y aproximadamente 7 incluyeron la comunicación para la salud como un componente de una intervención más amplia.

⁴ La exposición indirecta a los programas de comunicación para la salud ocurre cuando alguien es influenciado por el mensaje del programa a través de alguien que ha estado expuesto al mensaje de forma directa.

Cuadro 1. Impacto de los programas de comunicación para la salud en los resultados de planificación familiar, en países seleccionados

Canal	Hallazgos claves
Mayor conocimiento de los métodos anticonceptivos	
Multi	<p>Proyecto para promover la responsabilidad de los jóvenes, Zimbabue (Kim et al., 2001)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Campaña multi-mediática de 6 meses de duración, en 5 establecimientos piloto orientada a promover la responsabilidad sexual y la salud reproductiva en las personas jóvenes • Resultados: La probabilidad de conocer la mayoría de los métodos anticonceptivos fue entre 2 y 4 veces mayor en los jóvenes expuestos al programa en comparación con sus pares, y la probabilidad de conocer los condones femeninos fue 8 veces mayor en este mismo grupo expuesto
Multi	<p>Proyecto Quiché sobre espaciamiento de los nacimientos, Guatemala (Bertrand et al., 1999)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Intervención integral que incluyó un mejor acceso a los servicios, comunicación interpersonal, medios masivos y advocacy a nivel de las comunidades para mejorar las actitudes en torno al espaciamiento de los nacimientos e incrementar el conocimiento y uso de los anticonceptivos en una población de difícil acceso • Resultados: Mayor nivel de conocimiento de los anticonceptivos (de 42% a 95%) entre las mujeres mayas
Mayor discusión sobre planificación familiar entre los cónyuges, miembros de la familia o amigos	
Medios masivos	<p>Proyecto Fakube Jarra, Gambia (Valente et al., 1994)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Capacitación de prestadores de planificación familiar, distribución de folletos informativos a usuarios de servicios de planificación familiar, avisos publicitarios en radio, un radioteatro y grupos de escucha para responder a los miedos e inquietudes sobre los métodos anticonceptivos modernos entre las mujeres de zonas rurales y mejorar la discusión sobre planificación familiar entre los cónyuges • Resultados: La probabilidad de haber mantenido discusiones sobre planificación familiar luego de 2 años fue bastante mayor entre las mujeres que escucharon el radioteatro que entre aquellas que no estuvieron expuestas, tal como se detalla a continuación: discusión con sus cónyuges (36% frente al 16%) y con sus amigos/as (26% frente al 15%)
Comunicación interpersonal	<p>Estudio en el Senga Institution, Uganda (Muyinda et al., 2003)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Eventos a nivel de la comunidad y comunicación interpersonal sobre asuntos de salud sexual y reproductiva a través del senga—un canal de comunicación tradicional sobre temas de salud sexual y reproductiva— orientados a las niñas adolescentes de las zonas rurales de Uganda • Resultados: Mayor comunicación sobre cuestiones sexuales con las parejas desde la línea de base (punto de inicio) hasta 12 meses posteriores (del 46% al 54%), y con otras personas (del 23% al 31%)
Mayor número de actitudes positivas frente a la planificación familiar	
Medios masivos	<p>Proyecto Twende na Wakati, Tanzania (Rogers et al., 1999)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Novela en la radio nacional orientada a promover la planificación familiar, emitida durante los años 1992-1997 • Resultados: Incremento de las actitudes positivas frente a la planificación familiar de acuerdo al siguiente parámetro de medición: cantidad ideal de hijos (4,9 a 4,4); edad ideal para el casamiento en el caso de las mujeres (18,1 años a 19,3 años); y aprobación de la planificación familiar (80% a 85%)
Mayor apoyo de los prestadores al área de planificación familiar	
Multi	<p>Proyecto de comunicación por radio (RCP), Nepal (Storey et al., 1999)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Campaña nacional multimediática sobre salud reproductiva (1994-1997) que incluyó 2 series radiales de entretenimiento-educación orientadas al público en general y a los trabajadores de salud a fin de mejorar los servicios de planificación familiar, sobre todo las habilidades de consejería de los trabajadores de salud. • Resultados: Mayor conocimiento por parte de los prestadores (7%), mejores actitudes frente a la planificación familiar por parte de los prestadores (2%), y mejores habilidades de comunicación interpersonal (8%).
Mayor percepción de normas de género equitativas	
Multi	<p>Proyecto de transformación africana (AT), Uganda (Underwood et al., 2011)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Programa de desarrollo comunitario (2005-2006) en 4 áreas rurales de la Región Central orientado a medir si la participación en diálogos comunitarios sobre cuestiones de género podía llegar a influir en la auto-eficacia de las participantes, las normas de género y las agencias • Resultados: Los participantes fueron más proclives a informar que las actitudes de género eran equitativas en comparación con sus pares no expuestos: 65% frente al 60% en el caso de los hombres, y 60% frente al 56% en el caso de las mujeres
Mayor uso de métodos modernos de planificación familiar	
Medios masivos	<p>Análisis de los datos de las encuestas DHS, Kenia (Westoff y Rodríguez, 1995)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Análisis de datos de la encuesta DHS llevada a cabo en 1989 en Kenia • Resultados: Fuerte asociación estadística entre el relato de las mujeres de haber escuchado o visto mensajes sobre planificación familiar y uso de anticonceptivos en los medios masivos, incluso luego de haber realizado distintos controles a través de variables relacionadas con el ciclo de vida, lugar de residencia y factores socio-económicos. El 15% de las mujeres que no habían visto ni escuchado mensajes sobre planificación familiar estaba utilizando un método; el porcentaje se incrementó al 25% entre las mujeres que habían escuchado mensajes de radio; al 40% entre las mujeres que habían estado expuestas tanto a mensajes de radio como a mensajes de la prensa escrita; y al 50% entre las que habían estado expuestas a mensajes de radio, prensa y televisión. Entre aquellas expuestas a mensajes de radio, prensa escrita y televisión
Medios masivos	<p>Proyecto Twende na Wakati, Tanzania (Rogers et al., 1999)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Ver programa anterior • Resultados: Mayor uso de métodos modernos de planificación familiar, pasando del 29% al 39% durante un período de 2 años para aquellas personas que estaban en zonas expuestas a la intervención. El análisis de los datos de la encuesta DHS de Tanzania también demostró que la exposición a la novela estuvo asociada con un mayor uso de anticonceptivos modernos

¿Cómo hacerlo?: Consejos derivados de la experiencia de implementación

El siguiente listado destaca algunos elementos claves de las intervenciones de comunicación para la salud exitosas. Cabe destacar que, para que una intervención sea exitosa, no es necesario que estén presentes todos los elementos simultáneamente.

- **Aplicar un enfoque sistemático.** Las intervenciones de comunicación para la salud deben diseñarse, implementarse y evaluarse en base a un proceso sistemático y probado. La aplicación de este proceso ayuda a garantizar que las intervenciones complejas se basen en la evidencia, sean organizadas y costo-efectivas y, además, permite respaldar la participación activa de los miembros del público y de otras partes interesadas en las intervenciones. Habitualmente, los procesos suelen incluir una serie de pasos tales como:
 - análisis situacional y de la audiencia,
 - diseño estratégico, incluyendo fijación de objetivos y selección de canales,
 - desarrollo y pre-testeo de los resultados de comunicación,
 - implementación y monitoreo, y
 - evaluación y re-planeamiento.Para mayores detalles, ver las descripciones del proceso de planeamiento de la comunicación “C-Planning” en la página web del proyecto C-Change <http://www.c-changeproject.org/> o del marco “P Process” (proceso de planeamiento) en la web del centro CCP de la Universidad John Hopkins www.jhucpp.org.
- **Basar el diseño del programa y la evaluación en la teoría.** Las teorías del comportamiento tales como el modelo de creencias de salud (HBM) (Rosenstock et al., 1988), el modelo de etapas de cambio (Prochaska y DiClemente, 1992) y la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977) describen varios factores que pueden influir en el comportamiento, incluyendo el conocimiento, la auto-eficacia, las actitudes, la percepción del riesgo, las normas y el acceso a los productos y servicios. Comprender de qué manera se deben medir y abordar estos factores tanto en los mensajes como en los métodos resulta primordial a fin de garantizar una efectiva comunicación para la salud.
- **Planificar y utilizar la investigación, el monitoreo y la evaluación.** La investigación, el monitoreo y la evaluación periódicos y encaminados a la acción garantizan que la comunicación para la salud sea diseñada e implementada de acuerdo a los estándares más altos posibles—lo cual ayuda a incrementar el impacto de la intervención. La investigación (ya sea primaria o secundaria) ayuda a los responsables de la implementación a tener una idea clara de su audiencia objetivo cuando se está diseñando una intervención de comunicación para la salud, lo cual les permite a su vez desarrollar mensajes pertinentes, convincentes y seleccionar canales adecuados. La evaluación del proceso, como es el caso del monitoreo, ayuda a mejorar la calidad de la implementación, la cual es particularmente importante en la comunicación interpersonal y en las actividades a nivel de la comunidad. Las actividades cualitativas o la verificación de conceptos llevadas a cabo de forma periódica y a pequeña escala ayudan a perfeccionar el contenido del programa y a introducir en un programa nuevos temas o temas que se encuentran en etapa de desarrollo. La evaluación de los impactos—preferentemente aquella que tiene capacidad para demostrar el efecto relativo de las actividades en distintos canales—es esencial para generar lecciones aprendidas que puedan ser aplicadas a otros programas.
- **Tener en cuenta y abordar el contexto cultural y social, incluyendo las cuestiones de género.** Históricamente, la comunicación para la salud se ha centrado en modificar las intenciones y los comportamientos a nivel de la persona. Sin embargo, hoy en día existe consenso en torno a la idea de que la comunicación para la salud también debe abordar—y en algunos casos modificar—las normas sociales imperantes a fin de lograr un cambio de comportamiento duradero a nivel de la población. La investigación formativa debe tener en cuenta no sólo el conocimiento, las actitudes y las prácticas de las audiencias primaria y secundaria, sino también el contexto social y ambiental en el cual se implementan los programas.
- **Segmentar las audiencias.** La segmentación de audiencias—el proceso de identificación de subgrupos de personas en base a características como la edad, el sexo, el lugar de residencia, el origen étnico, la religión, el estado civil o la profesión con el propósito de personalizar los mensajes—es un componente esencial de una efectiva comunicación para la salud. Los factores que influyen en el comportamiento de un grupo de personas no siempre son los mismos que los que influyen en otro grupo; por este motivo, las intervenciones de comunicación deben diseñarse a medida, a fin de satisfacer las necesidades de cada subgrupo.
- **Establecer plazos y presupuestos realistas.** Los responsables de la implementación deben fijar objetivos de comunicación que sean realistas, medibles y específicos, procurando que exista un vínculo claro entre los objetivos a corto plazo y las metas de cambio de comportamiento a largo plazo, las cuales habitualmente requieren tiempo y recursos considerables para ser alcanzadas. En algunos casos, las iniciativas a largo plazo que se diseñan bajo una modalidad cíclica pueden ofrecer mayor

costo-eficiencia, flexibilidad e impacto en comparación con los modelos más tradicionales de campaña. Los presupuestos deben justificar los gastos asociados al diseño (incluyendo la investigación formativa y el pre-testeo), la implementación y el monitoreo y la evaluación. Es posible que estos gastos varíen de forma considerable dependiendo del país y del canal de comunicación; dichos gastos deben estar sustentados en un minucioso estudio de mercado.

- **Armonizar los mensajes que se transmiten a través de los distintos canales.** Las investigaciones demuestran que transmitir mensajes complementarios a través de varios canales mejora el impacto de la comunicación para la salud. Esto requiere una coordinación de esfuerzos por parte de los responsables de la implementación. Estos últimos deben aplicar el mismo proceso y nivel de rigor al diseñar e implementar las actividades en cada uno de los canales.
- **Promover la participación e interacción de la audiencia.** En el ámbito actual de la comunicación, no sólo es esperable que las audiencias participen y que se genere discusión, sino que estos aspectos son considerados esenciales para lograr el cambio normativo. Las intervenciones deben planificar y prever la participación de sus audiencias en el diseño (identificación de cuestiones prioritarias y soluciones adecuadas al contexto local en las cuales se basará el envío de mensajes), en la implementación (asegurando que la audiencia participe y proporcione sus comentarios y aportes de forma continua) y en el monitoreo y la evaluación (analizando y utilizando los resultados como base para generar un nuevo contenido).
- **Igualar la oferta y la demanda.** La comunicación para la salud es más efectiva cuando está estrechamente vinculada a la provisión de productos y servicios. Los responsables de la implementación deben coordinar con las personas encargadas de ofrecer el mercadeo social o los servicios de salud a fin de garantizar que exista una efectiva calibración entre la oferta y la demanda. Esta coordinación puede incluir el desarrollo de estrategias conjuntas de comunicación o la armonización de los mensajes; organizar actividades de comunicación y actividades vinculadas con la oferta para garantizar que la demanda sea adecuada y se corresponda con los insumos y servicios disponibles; o desarrollar y administrar marcas de servicios, entre otras actividades.
- **Fomentar sinergias entre las distintas áreas de salud y los sectores vinculados al desarrollo.** Todas las intervenciones de comunicación para la salud y el desarrollo que son de alta calidad comparten algunas características y procesos similares. Los responsables de la implementación de programas de comunicación para la salud deben crear oportunidades para el intercambio con sus contrapartes en otras áreas de salud y desarrollo, así como con expertos en comunicación del sector privado, con vistas a lograr mejores resultados en términos de innovación y a establecer economías de escala.

Innovaciones y tendencias emergentes en el ámbito de la comunicación para la salud

Las intervenciones deben responder frente al contexto cambiante de la comunicación y del cambio de comportamiento, incorporando no sólo nuevos canales y formatos de comunicación, sino también enfoques prometedores para el cambio de comportamiento extraídos de distintos campos. Muchos responsables de la implementación tienden, cada vez en mayor medida, a recurrir a disciplinas como el mercadeo, la economía del comportamiento y el diseño centrado en los aspectos humanos para obtener ideas y estrategias que puedan mejorar el impacto de la comunicación para la salud.

Entre algunas de las prácticas que pueden llegar a ser prometedoras con vistas al futuro se incluyen las siguientes:

- uso sistemático del teléfono celular y de los medios digitales
- aplicación de los principios de las redes sociales
- mejor desarrollo de marca y mejor diseño creativo
- métodos de investigación innovadores y envolventes
- mayor diálogo y mayor nivel de participación de la audiencia
- narración de historias
- crowd-sourcing (colaboración abierta distribuida o actividad participativa online)
- visualización de datos

HERRAMIENTAS Y RECURSOS

A Field Guide to Designing a Health Communication Strategy (una guía práctica para el diseño de una estrategia de comunicación para la salud) http://www.jhucpp.org/resource_center/publications/field_guides_tools/field-guide-designing-health-communication-strategy-

C-Capacity Online Resource Center (centro de recursos online para el desarrollo de capacidades) <http://www.comminit.com/c-change-orc>

Tools for Behavior Change Communication (herramientas para la comunicación para el cambio de comportamiento) en la serie: INFO Reports, No. 16 <http://www.k4health.org/toolkits/info-publications/tools-behavior-change-communication>

The Communication Initiative (red vinculada con iniciativas de comunicación) <http://www.comminit.com/>

Para más información relativa al cambio social y de comportamiento, por favor ver las reseñas sobre Política, Trabajadores comunitarios de salud y Mercadeo social. Para mayor información sobre las PAI, por favor ponerse en contacto con el equipo de PAI de USAID a través del siguiente correo electrónico: fphip@k4health.org.

Referencias

- Abdel-Tawab N, Roter D. The relevance of client-centered communication to family planning settings in developing countries: lessons from the Egyptian experience. *Social Science & Medicine* 2002;54:1357-1368.
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). High impact practices in family planning. Washington, D.C.: USAID; 22 de abril de 2011. 2 p. Disponible a través de: <http://hips.k4health.org/hip-briefs>
- Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice Hall; 1977.
- Bertrand J, Salazar SGD, Mazariegos L, Salanic V, Rice J, Sow CK. Promoting birth spacing among the Maya-Quiche of Guatemala. *Int Fam Plan Perspect* 1999;25(4):160-167. Disponible a través de: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2516099.html>
- Boulay M, Storey D, Sood S. Indirect exposure to a family planning mass media campaign in Nepal. *J Health Commun* 2002;7(5):379-399.
- Campbell M, Sahin-Hodoglugil NN, Potts M. Barriers to fertility regulation: a review of the literature. *Stud Fam Plann* 2006;37(2):87-98.
- Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs (JHU CCP). Urban Health Initiative, India. Summary report: reviewing existing evidence on the contribution of communication interventions to increasing family planning use. Baltimore, MD: JHU CCP; 2009.
- Kim YM, Bazant E, Storey D. Smart patient, smart community: improving client participation in family planning consultations through a community education and mass-media program in Indonesia. *Int Q Community Health Educ* 2006-2007;26(3):247-270.
- Kim YM, Kols A, Nyakauru R, Marangwanda C, Chibatamoto P. Promoting sexual responsibility among young people in Zimbabwe. *Int Fam Plan Perspect* 2001;27(1):11-19. Disponible a través de: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2701101.html>
- McKee N, Manoncourt E, Yoon CS, Carnegie R, editors. *Involving people, evolving behaviour*. Penang, Malasia: Southbound y UNICEF; 2000.
- Muyinda H, Nakuya J, Pool R, Whitworth J. Harnessing the Senga institution of adolescent sex education for the control of HIV and STDs in rural Uganda. *AIDS Care* 2003;15(2):159-167.
- Mwaikambo L, Speizer IS, Schurmann A, Morgan G, Fikree F. What works in family planning interventions: a systematic review. *Stud Fam Plann* 2011;42(2):67-84. (Cuadro complementario en la sección Apéndice) disponible a través de: <http://www.urbanreproductivehealth.org/resource/what-works-family-planning-research-brief>
- Noar SM, Palmgreen P, Chabot M, Dobransky N, Zimmerman RS. A 10-year systematic review of HIV/AIDS mass communication campaigns: have we made progress? *J Health Commun* 2009;14(1):15-43.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif* 1992;28:183-218.
- Ramchandran D. Developing a continuing-client strategy. *Popul Rep J* 2007;(55):1-27. Disponible a través de: <http://www.k4health.org/toolkits/info-publications/developing-continuing-client-strategy>

- Rogers EM, Vaughan PW, Swalehe RMA, Rao N, Svenkerud P, Sood S. Effects of an entertainment-education radio soap opera on family planning behavior in Tanzania. *Stud Fam Plann* 1999;30(3):193-211.
- Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q* Verano de 1988;15(2):175-83.
- Sedgh G, Hussain R, Bankole A, Singh S. Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method. Occasional Report No. 37. Nueva York: Guttmacher Institute; 2007. Disponible a través de: <http://www.guttmacher.org/pubs/2007/07/09/or37.pdf>
- Snyder LB, Diop-Sidibé N, Badiane L. A meta-analysis of the effectiveness of family planning campaigns in developing countries. Trabajo presentado en la reunión anual de la International Communication Association en San Diego, California; 2003.
- Storey D, Boulay M, Karki Y, Heckert K, Karmacha DM. Impact of the Integrated Radio Communication Project in Nepal, 1994-1997. *J Health Commun* 1999;4(4): 271-294.
- Storey D, Lee K, Blake C, Lee P, Lee H, Depasquale N. Social and behavior change interventions landscaping study 2000-2010: a global review. Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs; 2011. Disponible a través de: [http://www.comunicacionparaalcambio.org/c-change/files/file/SBC_Landscaping_Report_Oct_2011\[1\].pdf](http://www.comunicacionparaalcambio.org/c-change/files/file/SBC_Landscaping_Report_Oct_2011[1].pdf)
- Underwood C, Brown J, Sherard D, Tushabe B, Adur-Rahman A. Reconstructing gender norms through ritual communication: a study of African Transformation. *J Commun* 2011;61(2):197-218.
- Valente TW, Kim YM, Lettenmaier C, Glass W, Dibba Y. Radio promotion of family planning in the Gambia. *Int Fam Plann Perspect* 1994;20(3):96-100. Van Rossem R, Meekers D. The reach and impact of social marketing and reproductive health communication campaigns in Zambia. *BMC Public Health* 2007;7(1):352. Disponible a través de: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/352>
- Westhoff C, Koffman A, Moreau C. The impact of television and radio on reproductive behavior and HIV knowledge and behavior. DHS Analytical Studies 24. Calverton, MD: ICF International; 2011. Disponible a través de: <http://measuredhs.com/publications/publication-as24-analytical-studies.cfm>
- Westoff CF, Rodriguez G. The mass media and family planning in Kenya. *Int Fam Plann Perspect* 1995;21(1):26-31,36. Disponible a través de: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2102695.pdf>

Agradecimientos: Este documento fue redactado originalmente por Geeta Nanda, Hope Hempstone y Zarnaz Fouladi. Las siguientes personas llevaron a cabo una revisión crítica del mismo y proporcionaron comentarios de utilidad: Arzum Ciloglu, Gloria Coe, Selam Desta, Peggy D'Adamo, Mario Festin, Alfredo Fort, Sandra Jordan, Azza Karam, Shawn Malarcher, Alice Payne Merritt, Juncal Plazaola-Castaño, Suzanne Reier, Ruwaida Salem, Jeff Spieler, Nandita Thatte y John Townsend.

Esta reseña sobre PAI cuenta con el respaldo de las siguientes organizaciones, entidades y agencias: Abt Associates, EngenderHealth, FHI 360, Futures Group, Georgetown University/Institute for Reproductive Health, Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), IntraHealth International, Jhpiego, John Snow, Inc., Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs, Management Sciences for Health, Marie Stopes International, Pathfinder International, Population Council, Population Services International, University Research Co., LLC, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y Venture Strategies Innovations.

La traducción al español realizada por IPPF