



# SISTEMATIZACIÓN DE LECCIONES APRENDIDAS EN PROYECTOS COMBI EN DENGUE EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS



Canadian International Development Agency



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

SISTEMATIZACIÓN DE  
**LECCIONES**  
APRENDIDAS EN  
PROYECTOS COMBI  
EN DENGUE  
EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



*Oficina Regional de la*  
Organización Mundial de la Salud

## **Biblioteca Sede OPS-Catalogación en la fuente.**

Organización Panamericana de la Salud

Sistematización de lecciones aprendidas en proyectos de comunicación para impactar en conductas (COMBI) en dengue en la Región de las Américas. - Costa Rica: OPS/OMS, © 2011

ISBN: 978-92-75-33244-3

### I. Título

1. DENGUE - prevención y control
2. CONTROL DE VECTORES
3. CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
4. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
5. EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE ACCIONES PREVENTIVAS- métodos
6. COMUNICACIÓN SOCIAL
7. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EMERGENTES - epidemiología
8. AMÉRICAS

NLM WC 528.DA1

[www.paho.org/leccionescombi](http://www.paho.org/leccionescombi)

© Organización Panamericana de la Salud, 2011

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Sistematización: Equipo técnico de la Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia :  
Dra. Mayra Orozco  
Dra. Angélica Peña  
Dr. Jesús Arroyave

#### Editores:

Dr. José Luis San Martín, Asesor Programa Regional de Dengue, OPS/OMS Costa Rica  
Dra. Linda S. Lloyd, Consultora experta comunicación social, OPS/OMS  
Dr. Romeo H. Montoya, Consultor Programa Regional de Dengue, OPS/OMS Costa Rica  
Dr. Jorge Del Diego, Consultor, OPS/OMS Costa Rica

Impresión y Diagramación:  
Grupo Gráfico GLO  
[www.glo-sa.com](http://www.glo-sa.com)

# TABLA DE CONTENIDO

EQUIPO TÉCNICO DE LOS PAÍSES PARTICIPANTES	5
ABREVIATURAS	9
1. INTRODUCCIÓN	11
1.1. Respuesta de la OMS/OPS	12
1.2. Cambios de comportamiento	12
2. JUSTIFICACIÓN	15
3. OBJETIVO DE LA SISTEMATIZACIÓN	17
3.1. Objetivo general	17
3.2. Objetivos específicos	17
4. PROBLEMÁTICA DEL DENGUE EN LAS AMÉRICAS	19
4.1. Contexto de la fiebre dengue en el ámbito global y regional de las Américas	19
4.1.1. Antecedentes de la fiebre dengue	19
4.2. Acerca del vector trasmisor de la fiebre dengue	20
4.3. Acerca del virus del dengue	21
4.4. Factores relacionados con la reemergencia de la enfermedad	22
4.5. La fiebre dengue en las Américas	23
4.6. Respuesta de la OPS y Ministerios: Estrategia de gestión integrada (EGI - Dengue)	25
4.6.1. Antecedentes de las acciones	25
5. REFERENTES CONCEPTUALES Y PERSPECTIVAS DE ANÁLISIS	27
5.1. Promoción de la salud	27
5.2. Los programas de nueva generación en dengue y la estrategia de gestión Integrada para la prevención y control del dengue (EGI – Dengue)	28
5.3. Comunicación y movilización para el control del dengue	31
5.3.1. COMBI en las Américas:	31
5.4. Teorías de cambios de comportamiento	34
5.4.1. Teorías para el cambio individual	34
5.4.1.1. Creencias en la salud (Hochbaum, Rosenstock y Kegels, 1950)	34
5.4.1.2. Modelo transteórico (Prochaska y DiClemente, 1982)	35
5.4.2. Teorías de cambio grupal	37
5.4.2.1. Aprendizaje social (Bandura, 1977)	37
5.4.2.2. Teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975 y 1980)	39
5.4.3. Integración de las teorías	39
5.5. Marco de la comunicación en salud	41
5.6. La Evaluación en el contexto de la comunicación en salud	43
6. METODOLOGÍA	45
6.1. Conceptos	45
6.1.1. Enfoque de investigación	45
6.1.2. Enfoque Cualitativo	45
6.1.3. Características de los diseños cualitativos	47

6.1.4.	Perspectiva teórica de la sistematización	48
6.1.5.	Técnicas de recolección de datos	52
6.2.	Procedimientos para la recolección de la información	52
7.	LECCIONES APRENDIDAS	53
7.1.	Lecciones aprendidas en la implementación de la metodología COMBI y los pasos futuros en prevención, promoción y comunicación para impactar en conductas	53
7.1.1.	Presentación de casos por países: Informe de resultados de lecciones aprendidas en la aplicación de la metodología COMBI	54
	Chile	54
	Costa Rica	55
	Ecuador	56
	Guatemala	57
	Nicaragua	58
7.1.2.	Lecciones aprendidas en torno a la implementación de la planificación para la comunicación social-COMBI (Enfoque general)	61
7.1.2.1.	Dimensión político-técnica y administrativa	61
7.1.2.2.	Involucrar los diferentes niveles administrativos en las decisiones relacionadas con la implementación de la metodología COMBI	61
7.1.2.3.	Alianzas efectivas que contribuyan al proceso	62
7.1.2.4.	El conocimiento técnico es esencial	63
7.1.2.5.	Involucrar campeones de programa	64
7.1.2.6.	Conocer bien el contexto social	64
7.1.3.	Dimensión de aprendizajes teóricos-prácticos de la Metodología COMBI	65
7.1.3.1.	Fortalecer el proceso de investigación	65
7.1.3.2.	El Factor tiempo	66
7.1.3.3.	El contexto	66
7.1.3.4.	Indicadores de cambios de comportamiento	67
7.1.3.5.	Indicadores cuantitativos y cualitativos	67
8.	LECCIONES APRENDIDAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA COMBI: ENFOQUE PASO A PASO	69
9.	CONCLUSIONES Y RETOS FUTUROS	85
10.	REFERENCIAS	91
11.	ANEXOS	95
	ANEXO 1. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DAFO	95
	ANEXO 2. RESUMEN DEL ANÁLISIS DE LOS QUINCE PASOS POR LOS GRUPOS DE TRABAJO	96
	ANEXO 3. PROPUESTAS PARA LOS AJUSTES A LOS PASOS COMBI	99

# EQUIPO TÉCNICO DE LOS PAÍSES PARTICIPANTES

## **BRASIL**

Vanessa Pinheiro Borges, Coordinadora de Comunicación de la Secretaría de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud de Brasil.

## **CHILE**

María Loreto Caldera Gárate, Encargada de Vectores, Secretaría Regional Ministerial de Salud de Valparaíso.

Alejandro Antonio Calderón Salinas, Encargado de Promoción, Isla de Pascua Seremi de Salud.

Lorena Miranda Lazo, Encargada de Promoción de la Salud Ambiental, Secretaría Regional Ministerial de Salud de Valparaíso.

## **COLOMBIA**

Leidy Johanna Manrique Guzmán, Coordinadora COMBI, Secretaría de Salud Departamental de Huila.

Gloria Inés Martínez Restrepo, Comunicadora Social, Secretaría de Salud-Ambiente, Consumo y Zoonosis.

Mario Mosquera, Profesor Asociado, Universidad del Norte, Barranquilla.

Mayra Orozco Barraza, Docente e Investigadora, Universidad del Atlántico, Barranquilla.

## **COSTA RICA**

María Isabel Solís Ramírez, Caja Costarricense de Seguro Social.

Rossana Velit Suárez, Ministerio de Salud.

## **CUBA**

Graciela Fátima Martín Llana, Directora, Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud.

## **ECUADOR**

Rosa Espinoza Alcívar, Coordinadora de Comunicación Social del Servicio Nacional de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores Artrópodos (SNEM).

Guillermina Piedad Tigreros Montoya, Comunicación y Desarrollo, Subsecretaría Regional de Salud Costa Insular.

## **EL SALVADOR**

José Eduardo Romero Chévez, Entomólogo, Ministerio de Salud Pública.

## **GUATEMALA**

Carlos Rodrigo Itzep Elías, Coordinador Departamental ETV, Dirección Área Salud de Zacapa.

## **HONDURAS**

Mercedes Martínez Hernández, Trabajadora Social, Secretaría de Salud.

## **MÉXICO**

Kenia Mayela Valdéz Delgado, Jefa, Departamento Dengue CENAVECE/ Secretaría de Salud.

## **NICARAGUA**

Leonel Jiménez Suazo, Epidemiólogo, Silais Matagalpa.

## **OPS/OMS**

Bryna Brennan, Asesor Principal, Comunicación de Riesgo y Brotes.

Xinia Bustamante, Comunicadora Social, OPS/OMS Costa Rica.

Linda S. Lloyd, Consultora OPS/OMS, San Diego, California.

Romeo Humberto Montoya, Consultor, Programa Regional de Dengue, OPS/OMS Costa Rica.

Dionne Patz, Coordinadora del Proyecto OPS/CIDA Canadá, Enfermedades Transmisibles Prioritarias en América del Sur.

José Luis San Martín, Asesor Regional de Dengue, OPS/OMS Costa Rica.

## **PARAGUAY**

Nancy Yolanda Estigarribia de Cardozo, Asesor Técnico, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección Promoción de la Salud.

Nélida Silvia, Jefa, Participación Comunitaria, Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA).

## **PERÚ**

Janet Miriam Apac Robles, Dirección General de Promoción de la Salud, Integrante Comité Técnica de Estrategia Sanitaria Nacional, Prevención y Control del Dengue y OTVS, Ministerio de Salud.

Urma Martha Ascoy Mendoza, Trabajadora Social, Integrante del Equipo Técnico, Promoción de la Salud, Gerencia Regional de la Salud.

Vilma Ayala Elera, Equipo Técnico, Ministerio de Salud.

Celia Cabello Zegarra, Trabajadora Social, Integrante del Equipo Técnico de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas.

Carmela Canales Aybar, Trabajadora Social, DPVS-PC, Equipo Técnico de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas.

Maria Antonieta Casiano Quevado, Enfermera, Encargada de Promoción de la Salud, Centro de Salud Tahuantinsuyo.

Maritza Nelly Castañeda Mauricio, Responsable de Epidemiología y Comité de Gestión, Centro de Salud Santiago Apóstol, Red Tupac Amaru, Dirección de Salud DISA

Silvia Violeta Conde Sosa, Coordinadora de Estrategia Regional de Metaxénicas, Directora DISA, Dirección Regional de Salud Tumbes.

Lea Amalecita Cuenca Pérez, Directora de Educación para la Salud, Dirección Regional de Salud DIRESA-Loreto.

Wilmer Jhon Davis Carrillo, Dirección Ejecutiva Promoción de la Salud, Dirección Regional de Salud DIRESA-Tumbes.

Elma Francisca Díaz Avalos, Trabajadora Social, Responsable de Promoción de la Salud, Micro Red Florencia de Mora, Centro de Salud Materno Infantil El Esfuerzo.

Jorge Escobedo Paredes, Coordinador Regional, Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y Director de Atención Integral de Salud, Dirección de Salud V Lima.

Lourdes del Rocío Méndez Ravelo, Coordinadora E.S.R. Enfermedades Metaxénicas, Gerencia Regional de Salud, La Libertad.

Edgar Montalbán Santillán, Coordinador de Metaxénicas, Dirección de Salud DISA IV Lima.

Jorge Antonio Moreno Alegre, Coordinador, Oficina de Comunicaciones, Ministerio de Salud.

Fernando Antonio Quintana Infante, Equipo Técnico de Estrategia Sanitaria Internacional, Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y OTVS, Dirección General de Salud de las Personas, Ministerio de Salud.

Gladys Quispe Berrocal, Comunicadora Social, Equipo Técnico de Estrategia Sanitaria Nacional, Prevención y Control Enfermedades Metaxénicas y OTVS, Ministerio de Salud.

Silvia Karina Guerra Napanga, Coordinadora Local de la Estrategia Sanitaria Metaxénicas, Centro de Salud Belén.

Yeni Herrera Hurtado, Coordinadora Nacional de Estrategia Sanitaria Nacional, Prevenci-

ón y Control de Enfermedades Metaxénicas y OTVS, Dirección General de Salud de las Personas, Ministerio de Salud.

Domitila Huamán Baltasar, Equipo Técnico de Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y OTVS, Ministerio de Salud.

Andrés Kobashigawa Olarte, Responsable de la Estrategia Sanitaria Daños no Transmisibles.

Fernando Llanos Zavalaga, Profesor Principal, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Fiorella Meléndez Peña, Responsable de Comunicaciones.

Ivonne Adriana Reyes Vásquez, Responsable de Comunicación Social, Oficina de Comunicaciones, Dirección de Salud DISA IV Lima.

Rosa Mercedes Urbano León, Coordinadora de Promoción de la Salud, Red de Salud Tupac Amaru, Dirección de Salud DISA Lima.

#### **REPÚBLICA DOMINICANA**

Mignolis Guzmán Flores, Sub-Directora Técnica, Dirección General de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud.

#### **VENEZUELA**

Fátima Garrido Urdanela, Directora Nacional de Vigilancia Epidemiológica, MPPS.

# ABREVIATURAS

<b>CD</b>	Consejo Directivo
<b>CDC</b>	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
<b>CMI</b>	Comunicación de Mercado Integrado
<b>COMBI</b>	Comunicación para Impactar en Conductas
<b>EGI</b>	Estrategia de Gestión Integrada
<b>E.U.A.</b>	Estados Unidos de América
<b>GT- DENGUE</b>	Grupo Técnico Consultor para Dengue
<b>IEC</b>	Información, Educación y Comunicación
<b>IDH</b>	Instituto Interamericano de Derechos Humanos
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>US\$</b>	Dólar Americano



# 1. INTRODUCCIÓN

En pleno siglo XXI aún se siguen presentando enfermedades reemergentes que se constituyen en un problema mayor de salud pública para muchos contextos sociales. Una de ellas es el dengue, que a pesar de su antigüedad (tiene más de tres siglos) y el hecho de que ha motivado un número importante de campañas y medidas de prevención, sigue vigente y afectando la salud de la población que habita en las zonas tropicales y subtropicales del planeta.

El dengue es una enfermedad viral endémica y epidémica, transmitida vectorialmente a través de mosquitos del género *Aedes*, específicamente el *Aedes aegypti* y el *Aedes albopictus*. Este problema de salud no solo está relacionado con condiciones ambientales (humedad, lluvias), sino que existen, además, otros factores determinantes involucrados con la aparición del dengue, ya sean estos, políticos, económicos, sociales o culturales (comportamiento humano). En este sentido, Vargas (2005) afirma que la reaparición y gravedad del dengue están asociadas con los macrofactores (ambientales, socioeconómicos, políticos y sociales) y microfactores (factores de riesgo de huéspedes, agentes y vectores). Estos últimos relacionados entre otros con las características del virus, circulación viral de los serotipos 1, 2, 3 y 4, abundancia y focos de proliferación de mosquitos, edad y densidad de hembras adultas, resistencia a los insecticidas y edad, sexo, grado de inmunidad, condiciones de salud y desplazamiento del huésped o persona enferma en fase virémica.

Asimismo, Tornos (2009), señala que algunos de los factores del orden social y del manejo de los programas de control del dengue están relacionados con la expansión y potencialización de esta enfermedad. Entre las condiciones relevantes se encuentran, entre otras, la falta de participación comunitaria e intersectorial en la lucha contra el vector-*Ae. aegypti*, la resistencia del vector a los plaguicidas, muchas veces condicionado a las inadecuadas condiciones técnicas de roseado (fumigación), intra y extradomiciliar.

En la Región de las Américas el dengue se controló en las décadas de los 60 y 70, debido a las campañas que realizó la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la erradicación del vector *Ae. aegypti*, transmisor de la fiebre amarilla y del dengue. Sin embargo, a finales de los años 70 y comienzos de los 80 hubo una nueva reinfestación del vector en diferentes países (Clark, 1995).

Esta enfermedad se ha convertido en un problema de salud pública internacional, entre otras razones, por la endemidad en las cinco regiones geográficas delimitadas por la OMS (Asia Sudoriental, Pacífico Occidental, Mediterráneo Oriental, Américas y África), por la co-circulación de los cuatro serotipos del virus dengue, la identificación de nuevas cepas del virus, por la magnitud y la frecuencia con que se presentan las epidemias y por el aumento de casos con manifestaciones de dengue grave (Organización Panamericana de la Salud, OPS 2008).

La incidencia del dengue ha aumentado extraordinariamente en todo el mundo en los últimos decenios. Según la OMS (Nota descriptiva No. 117 Marzo 2009) unos 2.500 millones de personas (dos quintos de la población mundial), corren riesgo de contraer la enfermedad. Se estima que cada año puede haber 50 millones de casos de dengue en todo el mundo. Por ejemplo, en el período comprendido entre el 2001 al 2009, más de 40 países notificaron

a la OPS un total de 6.726.806 casos de dengue, de los cuales 166.437 correspondían a dengue grave, con 2.228 defunciones (Situación del dengue en las Américas, Marzo 2009).

## 1.1. RESPUESTA DE LA OPS/OMS

En este contexto, aún más complejo por factores relacionados con el manejo de los programas de control, y por la expansión de la enfermedad, se aprueba la Resolución 46.31 de 1993 (Asamblea Mundial de la Salud), donde se plantea que la prevención y el control del dengue es una prioridad de la OMS. En el año 1995, la OMS inicia una estrategia mundial enfocada en el desarrollo de iniciativas nacionales a través de una estrategia integrada, la cual dio como resultado que los Ministros de Salud de los Estados Miembros aprobaran en septiembre de 1996, la Resolución CD39.11 de la OPS, donde se establece el compromiso de los Gobiernos para la elaboración de un “*Plan Continental de Ampliación e Intensificación para el Combate del Aedes aegypti*”.

En 1997 la OPS publicó el *Plan Continental de Ampliación e Intensificación de Combate al Ae. aegypti* (Resolución CE 120.R19), en el que se resaltó que los programas nacionales debían contemplar la *participación comunitaria* y la *comunicación social*, articuladas con los demás componentes, sobre todo al saneamiento ambiental y control químico. Además, el plan estipuló que se destinarían el 10% de los recursos asignados para el control del vector a estos dos componentes (Lloyd 2003, pág. 20).

De acuerdo con lo anterior se plantea que el dengue es una enfermedad que requiere apostarle a una solución con enfoque holístico de la promoción de la salud, como lo manifiesta la Carta de Ottawa. De ahí la importancia de darle un manejo integrado a la prevención y control del dengue, teniendo en cuenta factores políticos, económicos, sociales y ambientales. Asimismo es importante resaltar que para darle un manejo estratégico contextualizado a la dinámica de la enfermedad, hay que trabajar articuladamente con las áreas de epidemiología, laboratorio, atención al paciente, manejo integrado de vectores, ciencias sociales y la comunicación social.

En este marco político, se aprueba en septiembre de 2001 en el 43° Consejo Directivo de la OPS la Resolución CD 43.R4 “*La Nueva Generación de Programas de Prevención y Control del Dengue*”, con la cual se pretendió fortalecer la implementación de las acciones de comunicación social en los programas, centrados en un enfoque de cambio de comportamiento más que en difusión de información y de conocimientos.

## 1.2. CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO

Mosquera (2002), plantea que, de acuerdo a las teorías para el cambio de comportamiento, al promover la adopción de uno nuevo, hay que tener en cuenta que este es un proceso en el cual los individuos avanzan, a través de diversas etapas, hasta lograr que la persona incorpore ese cambio a su vida cotidiana. Para lograr cambios en los comportamientos, es importante tener en cuenta que el mensaje o comportamiento a promover y los medios a través de los cuales se van a difundir, sean el resultado del análisis de una investigación formativa. Desde el enfoque de cambio de comportamiento para la prevención y el control del dengue, la planificación de la implementación de las propuestas se asume como un pro-

ceso estratégico basado en la investigación científica (formativa) para identificar, definir y promover comportamientos que afecten positivamente la salud de las personas, ya sea individual o colectivamente.

Por su parte Coe (1998), afirma que el comportamiento humano es un factor esencial en el mantenimiento de la salud, por lo que las intervenciones en ese campo deben centrarse tanto en los comportamientos humanos como en los establecimientos y la prestación de servicios. Asimismo, dice que la solución de los problemas de salud requiere que las personas comprendan y estén motivadas para adoptar o cambiar ciertos comportamientos. Por eso, la comunicación en salud debe estar presente en cualquier estrategia de inversión en esta área.

Igualmente otros autores coinciden en afirmar el papel fundamental que tiene la comunicación para reforzar o modificar los comportamientos, valores y normas de las personas. “Hay evidencia que demuestra que la comunicación, en todas sus manifestaciones, masiva, comunitaria e interpersonal, juega un papel importante en la difusión de conocimientos en la modificación o en el reforzamiento de conductas, valores y normas sociales, y en el estímulo de procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de las personas” (Mosquera et al., 2010, citando a Hornik, 2002; Figueroa et al., 2000; Piotrow et al., 1999; Singhal & Rogers, 2004).

En este escenario, la metodología COMBI (del inglés original “Communication for Behavioral Impact”, comunicación para impactar en conductas) se presenta como una nueva metodología para planificar la comunicación y movilización social. Su enfoque prioriza la promoción de cambios de comportamientos y sus acciones se orientan a la promoción de los comportamientos identificados en la investigación formativa.

Al respecto, varios países en las Américas ya están implementando la metodología COMBI como herramienta del componente de comunicación de los programas para la prevención del dengue. De esta manera surge la necesidad de evaluar estas experiencias en comunicación, ya que ayudaría a identificar los factores que han facilitado, así como también dificultado, la implementación de esta metodología relacionada con la comunicación en salud y así contribuir a un enfoque comunicativo para el cambio de comportamientos, que además pueda funcionar con otras disciplinas y enfermedades.

En este sentido, la sistematización de experiencias resulta de gran importancia para avanzar a una interpretación más significativa o propositiva del proceso, que redunde en los logros obtenidos y las dificultades encontradas y sorteadas en el camino, para así extraer lecciones y aprendizajes del proceso desarrollado que sirva a futuros trabajos. Para el caso de la lucha contra la expansión del dengue, la sistematización apunta a indagar por un tipo de conocimiento que se desencadena desde la planificación y ejecución de campañas de promoción y prevención del dengue a través del direccionamiento de objetivos conductuales, cuyo proceso tiene en cuenta los diferentes sectores y actores que intervienen en este problema de salud pública internacional.

Por lo anterior, con la sistematización de las lecciones aprendidas en las experiencias COMBI presentadas en una reunión evaluativa organizada por la OPS en Lima (Perú), del 8 al 10 de diciembre de 2009 por los países participantes<sup>1</sup>, se pretende determinar las lecciones aprendidas en la aplicación de la metodología COMBI.

1 Países participantes: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Colombia, Guatemala, Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.



## 2. JUSTIFICACIÓN

La nueva generación de programas de prevención y control del dengue se ubica en el paradigma de la promoción de la salud, pues se asume que la salud es un bien social colectivo al que tienen derecho las comunidades. Según San Martín y Prado (2004), este paradigma se centra en el principio de que salud es el “mayor recurso para el desarrollo social, económico y personal, así como una importante dimensión para la calidad de vida” (pág.2). Desde este enfoque se plantea entonces, “la necesidad de una acción coordinada entre el gobierno, el sector salud y otros sectores sociales y económicos, organizaciones voluntarias y no-gubernamentales, autoridades locales, industria y medios de comunicación para asumir un trabajo integral”.

En el plano de los programas de nueva generación, la metodología de planificación COMBI ha sido un componente central, convirtiéndose en un aspecto importante de los programas estratégicos en América Latina. Como parte del compromiso de cooperación técnica con los países de la región, la OPS ha brindado apoyo a través de la capacitación en esta metodología. Del mismo modo, ha impulsado la implementación de proyectos COMBI en casi todos los países de la región, entre ellos: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Colombia, Guatemala, Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela.

Elder (2005), manifiesta que COMBI ha reemplazado estrategias anteriores de información (comunicación basada en el temor), educación y comunicación de actitudes y conocimientos, y ha engendrado un compromiso fuerte en múltiples niveles en diversos países y culturas respecto a la modificación de comportamientos relacionados con la eliminación de los criaderos y la respuesta a signos tempranos de dengue y dengue grave. COMBI prioriza las acciones a través de la promoción de objetivos conductuales, que orientan la integración de todas las estrategias hacia la consecución de esos objetivos.

En línea con lo anterior, sistematizar las lecciones aprendidas de las distintas experiencias COMBI desarrolladas en las Américas en la década del 2000 (Taller de Lecciones Aprendidas, Lima, Perú 2009), es relevante para compartir los aprendizajes individuales como países y colectivos como región, lo cual nos permitirá identificar los logros y las limitaciones particulares y comunes de cada contexto, así como avanzar en el fortalecimiento de la metodología para la implementación de los futuros procesos COMBI. Tal es el fin de la presente sistematización.



# 3. OBJETIVO DE LA SISTEMATIZACIÓN

## 3.1. OBJETIVO GENERAL

- Establecer las lecciones aprendidas en la implementación de la metodología COMBI en los países de la región de las Américas, presentadas en el marco del Taller de Lecciones Aprendidas celebrado en Lima, Perú, diciembre 2009.

## 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los logros y dificultades en la implementación de la metodología, a partir de las experiencias COMBI llevadas a cabo en los países participantes en el taller.
- Determinar las lecciones aprendidas desarrolladas en el proceso de implementación del paso a paso de la metodología COMBI.



# 4. PROBLEMÁTICA DEL DENGUE EN LAS AMÉRICAS

## 4.1. CONTEXTO DE LA FIEBRE DENGUE EN EL ÁMBITO GLOBAL Y REGIONAL DE LAS AMÉRICAS

### 4.1.1. ANTECEDENTES DE LA FIEBRE DENGUE

El dengue es una enfermedad viral endémica y epidémica, transmitida vectorialmente a través de mosquitos del género *Aedes*, específicamente el *Aedes aegypti* y el *Aedes albopictus*. En algunos relatos históricos sobre esta enfermedad mencionan que los primeros brotes se dieron en la isla de Java en 1779 y en Filadelfia (E.U.A.) en 1780<sup>2</sup>, mientras que en otros relatos esta enfermedad fue reconocida desde épocas remotas como 1635 y 1699 en el Caribe y Centroamérica. Igualmente se menciona que el primer brote registrado de una enfermedad compatible con manifestaciones graves de dengue ocurrió en Australia en 1897 y que otras manifestaciones similares fueron registradas en 1928, durante una epidemia en Grecia y otra en Taiwán en 1931 (OMS).<sup>3</sup>

Según la OMS (2009), unos 1.800 millones de personas, más del 70% de la población en riesgo de dengue a escala mundial, viven en estados miembros de la región de Asia Suroccidental y de la Región del Pacífico Occidental, las cuales aportan cerca del 75% de la actual carga mundial de la enfermedad. Desde estas regiones el dengue se ha propagado a nuevas áreas y ha aumentado el número de casos en las áreas ya existentes.

Excepto en Europa, en las otras regiones del mundo se han presentado brotes significativos por dengue. Sin embargo, en este continente se reporta un número significativo de casos importados. Todas las regiones tropicales y subtropicales del mundo actualmente tienen situaciones endemo-pandémicas, con los cuatro serotipos del virus circulando simultáneamente en las Américas, Asia, Pacífico Occidental y África (OMS, 2009).

En el caso de la Región de las Américas, el dengue estuvo controlado en las décadas de los 60 y 70 debido a las campañas que realizó la OMS para la erradicación del vector *Ae. aegypti*, transmisor de la fiebre amarilla y del dengue.

No obstante, a finales de los años 70 y comienzos de los 80 hubo una nueva re-infestación del vector en los países. Algunos autores manifiestan que son varias las razones que motivaron este problema, entre otras: 1) por la falta de recursos financieros destinados a los programas para el control de vectores, (Clark 1995, pág. 56), 2) por la falta de continuidad de las medidas de vigilancia y de control del vector, 3) por las presiones (Organizaciones ambientalistas) hacia el control químico, debido a sus consecuencias ambientales o por el rechazo al uso de químicos por parte de las comunidades (Rodríguez 2002, pág. 2) y en últimas, 4) por la falta de compromiso de algunos países para este esfuerzo sanitario (OPS 2008).

2 Agentes de infecciones emergentes, Hantavirus, dengue, BSE <http://www.higiene.edu.uy/cefa/2008/emergentes.pdf>

3 OMS (WHO Regional Publication SEARO No. 29; pag.3)

De acuerdo con el informe Post Mitch (2002), en el año 2001 la OPS dio una alerta sobre la tendencia al aumento de los casos de dengue en la Región de las Américas, donde el número de casos notificados pasó de 66.000 en el año 1980 a 700.000 en el año 2000, lo cual dejaba en evidencia que los controles que se estaban llevando a cabo para disminuir la población de *Ae. aegypti* no estaban dando resultado en ese momento, acrecentando el riesgo de expansión del vector en los países de la Región.

La incidencia del dengue ha aumentado extraordinariamente en todo el mundo en los últimos decenios, según la OMS<sup>4</sup> unos 2.500 millones de personas (dos quintos de la población mundial) corren el riesgo de contraer la enfermedad. Se estima que cada año puede haber 50 millones de casos de dengue en todo el mundo. Sólo en 2007 se notificaron más de 890.000 casos en las Américas, de los cuales 26.000 fueron dengue grave.

La OMS señala que el dengue es endémico en más de 100 países de África, las Américas, el Mediterráneo Oriental, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental, siendo las dos últimas regiones las más afectadas. Antes de 1970 sólo nueve países habían sufrido epidemias de dengue grave, cifra que en 1995 se había multiplicado por más de cuatro y en la medida que la enfermedad se propaga a nuevas zonas, no sólo aumenta el número de casos, sino que se están produciendo brotes explosivos. En 2007 en Venezuela se notificaron más de 80.000 casos, entre ellos más de 6.000 correspondían a dengue grave.

Esta enfermedad se ha convertido en un problema de salud pública internacional entre otras razones, por la endemicidad en las cinco Regiones geográficas delimitadas por la OMS (Asia Sudoriental, Pacífico Occidental, Mediterráneo Oriental, Américas y África), por la co-circulación de los cuatro serotipos del virus dengue, por la identificación de nuevas cepas del virus, por la magnitud y la frecuencia con que se presentan las epidemias y por el aumento de casos con manifestaciones de dengue grave (OPS, 2008).

## 4.2. ACERCA DEL VECTOR TRANSMISOR DE LA FIEBRE DENGUE

El *Ae. aegypti* es un mosquito originario de la región etíope, donde es una especie silvestre que habita en libre contacto con el hombre. Ancestralmente, desde esas áreas, inició una dispersión que le llevó a constituirse en un mosquito que se ha aclimatado en muchos países del mundo.

Este vector se distribuye en forma permanente entre los 35° de latitud norte y 35° de latitud sur, aunque puede extenderse hasta los 45° norte y los 40° sur, la altitud promedio en donde se encuentra, está por debajo de los 1.200 metros sobre el nivel del mar, sin embargo se ha encontrado *Ae. aegypti*, en alturas próximas a los 2.400 metros sobre el nivel del mar (Eiman et al., 2009; pág. 8).

Otro vector asociado con la transmisión de la fiebre dengue es el *Aedes albopictus*, especialmente en los países asiáticos. Al continente americano el *Ae. albopictus* llegó mediante el transporte pasivo de larvas, con el desplazamiento de variadas mercancías (neumáticos, bambú, etc.). Esta especie es más tolerante a las bajas temperaturas y mantiene una amplia variedad de criaderos, tanto en recipientes artificiales como naturales. Tales características

lo transforman en un vector de más difícil control e improbable eliminación una vez que se radica.

En varios estudios relacionados con el vector, los autores coinciden en afirmar que el *Ae. aegypti* es un mosquito de hábitos domiciliarios, aunque también se les consigue en lugares extra domiciliarios (Salvatella, 1996; Eiman, 2009). Asimismo, los sitios de cría utilizados por el vector (hembra) para colocar sus huevos son espacios y recipientes naturales y artificiales urbanos, entre ellos, huecos de árboles, floreros en cementerios, basureros, neumáticos o llantas abandonadas y los recipientes domésticos usados como depósitos de agua para el consumo y servicio humano, tales como tanques o toneles, tinajas, botellas o contenedores de agua de cualquier tipo y recipientes en desuso, aún pequeños.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, en el futuro inmediato, se prevé que seguirá aumentando el riesgo por infestación del vector *Ae. aegypti* en los países afectados por el dengue en la Región de las Américas. Así lo informa la OPS (2009): “La distribución actual del *Aedes aegypti* en las Américas es muy amplia y crece en la medida que lo hace el deterioro de las condiciones sociales, ambientales y económicas”.

### 4.3. ACERCA DEL VIRUS DEL DENGUE

Sobre el surgimiento del virus del dengue se han planteado varias especulaciones, en unas se afirma que el virus es de origen africano y su distribución en el mundo se debe a la trata de esclavos, mientras que en otras, deducen que sus orígenes se dieron en 1956 en un ciclo selvático entre primates y mosquitos en la península de Malasia. El virus dengue pertenece al género *Flavivirus* y a la familia *Flaviviridae* y se han identificado 4 serotipos del virus denominado Den- 1, Den- 2, Den- 3 y Den- 4, donde las personas se constituyen en el principal huésped urbano de los virus.

De acuerdo con la OPS, la introducción de los 4 serotipos del virus se dio de la siguiente manera:

**Tabla 1. Introducción de los 4 serotipos del Dengue en las Américas**

Año	Situación	Lugar	Serotipo Identificado
1953-54	Aislamiento de casos no epidémicos	Trinidad	Den-2
1963-64	Epidemia de Dengue clásico comprobada por laboratorio.	Región del Caribe y Venezuela	Den-3
1977	Epidemia de Dengue	Isla de Jamaica	Den-1
1981	Epidemia de Dengue	México, Centroamérica y el Caribe	Den-4
Actualmente los serotipos 1,2, 3 y 4 circulan en varios países de las Américas			

Fuente: Datos reportados por los países a OPS / OMS.

#### 4.4. FACTORES RELACIONADOS CON LA REEMERGENCIA DE LA ENFERMEDAD

La reemergencia del dengue en las regiones tropicales y subtropicales está relacionada con múltiples factores. Algunos investigadores coinciden que dentro de los factores involucrados con el riesgo de la dispersión del *Ae. aegypti* están el aumento de las urbanizaciones masivas no planificadas iniciada en todas las Américas a partir de la década de los 60, las cuales tenían como agravante una deficiente prestación de servicios públicos, especialmente el suministro de agua potable y recolección de basuras (Rodríguez, 2002; Guzmán, 2008). Asimismo la OPS señala que la falta de control del vector, la evolución del virus, el aumento de los viajes internacionales, la aparición de cepas de mayor virulencia y la co-circulación de los 4 serotipos, aunados al cambio climático se constituyen en factores de gran importancia en la reaparición del dengue. Igualmente Guzmán et al., (2008) plantea que: “En última instancia la interacción del virus, el vector y el huésped es el factor que determina la dinámica de transmisión de la enfermedad” (pág. 14).

En línea con lo anterior, es importante destacar que los comportamientos de las personas se constituyen en un factor determinante en el ciclo de cría del principal vector transmisor del virus dengue. Por ejemplo, en muchas comunidades afectadas por el dengue es común encontrar comportamientos tales como almacenar agua entubada o de lluvia para sus labores cotidianas; esto lo justifican manifestando la baja frecuencia con que reciben el líquido, el costo elevado del servicio o la costumbre ancestral de almacenar agua. Otro comportamiento es el manejo inadecuado que le dan a ciertos residuos sólidos, especialmente recipientes donde se puede almacenar agua en grandes o en pequeños volúmenes, ubicándolos a la intemperie, así les represente una utilidad o no. Esto se confirma en los siguientes hallazgos de la investigación formativa para una intervención en comunicación.

*“Los participantes justificaron el almacenamiento de agua en tanques metálicos y plásticos por las siguientes razones: El suministro de agua entubada no existe, existen instalaciones pero el suministro de agua no es constante o lo suspenden sin previo aviso..., además existen otras razones relacionadas con la percepción de economía y ahorro del recurso, por temor o incertidumbre de quedarse sin agua, por simple hábito, por decoración o por descuido al referirse a piscinas abandonadas y a recipientes abandonados en épocas de lluvia.” (Mosquera et al., 2009, pág. 203)*

Otros factores relacionados con la reemergencia del dengue en las Américas son el uso de estrategias poco novedosas. Esto se evidencia en el uso de métodos tradicionales (fumigaciones espaciales masivas), no ajustadas a las realidades del contexto local y actual, con acciones puntuales ante la presencia de brotes, epidemias y muertes (reacciones tipo “apaga incendios”).

Igualmente, la falta de evaluación de resultados de las intervenciones y la desmotivación e inestabilidad de los funcionarios influyen en el desarrollo de actividades rutinarias. Lo anterior se refleja en las comunidades por la alta valoración social que se le da al uso de insecticidas como principal medida de eliminación del vector. Esto muestra el poco compromiso que existe en algunas comunidades en relación con otras actividades de control para la prevención de la enfermedad en sus hogares.

*“Las actividades en salud que los líderes reportan haber realizado con mayor frecuencia tienen un carácter fundamentalmente informativo y se privilegian las visitas esporádicas a los residentes y en menor medida a las reuniones comunitarias. Sus esfuerzos no obstante, parecen estar centrados en otras prioridades diferentes al dengue. Con relación a la percepción que tiene la gente sobre el programa de control de vectores, se encontró que existe una actitud favorable hacia el control químico, explicable tal vez por el énfasis que tradicionalmente han puesto las campañas de prevención y control de la enfermedad.” (Mosquera et al., 2010, pág. 197)*

## 4.5. LA FIEBRE DENGUE EN LAS AMÉRICAS

La fiebre dengue es considerada la enfermedad transmitida por el vector de mayor importancia en la Región de las Américas y se ha convertido en un reto para la salud pública, porque aún no se cuenta con la vacuna. De igual modo, hay una proporción de casos asintomáticos no identificados, los casos clínicos no son diagnosticados oportunamente y las manifestaciones graves no son tratadas de la manera adecuada (OPS, 2008; pág. 9).

Por ejemplo, en el período comprendido entre el 2001 al 2009, más de 40 países notificaron a la OPS un total de 6.726.806 casos de dengue, de los cuales 166.437 correspondían a dengue grave, con 2.228 defunciones (Situación del dengue en las Américas, marzo 2009).

**Tabla 2. Países con brotes por dengue en 2009**

País	Semana Epidemiológica	Casos Clínicos de dengue	Casos de dengue confirmados	Casos de dengue grave	Muer-tes por dengue	Tasa de letalidad	Serotipos
Brasil	52	528,883	221,519	8,223	298	3.62	DEN 1, 2 y 3
Bolivia	52	84,047	7,421	198	25	12.63	DEN 1, 2 y 3
Colombia	52	51,543	28,503	7,131	44	0.62	DEN 1, 2, 3 y 4
El Salvador	52	15,040	7,461	112	10	8.93	DEN 2 y 4
Guatemala	52	10,348	1,704	238	28	8.93	DEN 2 y 4
Honduras	52	15,291		763	14	6.57	DEN 1 y 2
México	52	249,763	55,363	11,374	96	0.84	DEN 1, 2, 3 y 4
Nicaragua	52	17,140	3,100	80	11	13.75	DEN 1, 2 y 3
Panamá	52	6,811	4,299	28	6	21.43	DEN 1 y 3
Republica Dominicana	52	8,292	4,779	995	52	5.23	DEN 1, 2 y 4
Venezuela	52	65,869	5,282	5,149			DEN 1, 2, 3 y 4

Fuente: Informe de países OPS/OMS, 2009.

Este tipo de muestra por país, pone en evidencia como esta enfermedad no se relaciona solo con condiciones climáticas de humedad o lluvias, sino que existen otros factores determinantes ya sean económicos, sociales o culturales que afectan la aparición del dengue. En este sentido, Vargas (2005) afirma que la reaparición y gravedad del dengue están asociadas con los macrofactores (ambientales, socioeconómicos, políticos y sociales) y microfactores, dependientes de las características del virus, el vector (mosquito) y su creciente resistencia a los insecticidas y el huésped o persona susceptible.

Igualmente, en un estudio realizado en el 2006 se evidenció que algunos de los factores del orden social y del manejo de los programas de control del dengue están relacionados con la expansión y potencialización de esta enfermedad (Tornes, 2009). Esta investigación señala que entre las condiciones relevantes se encuentran: la carente participación comunitaria e intersectorial en la lucha contra *Ae. aegypti*, la poca efectividad de los productos químicos y la resistencia del vector a los plaguicidas, sumado a las inadecuadas condiciones técnicas de roseado intra y extradomiciliar. Aunque planteamientos como el anterior ya se habían enunciado en la *Reunión Técnica de Comunicación Social* celebrada en Guayaquil en 2002, donde expertos de diferentes disciplinas relacionadas con el manejo de esta enfermedad afirmaron lo siguiente:

*“Los programas centralizados y paternalistas que enfatizan al control químico, carecían de un sistema de vigilancia del dengue para detectar el aumento de su incidencia y reponder oportunamente y no establecían relaciones con otros departamentos del sector salud, instituciones gubernamentales y comunidad en general.” (OPS, 2002, pág. 10)*

En este contexto la OPS/OMS ha reconocido la necesidad apremiante de intervenir sobre el dengue no solo con fumigaciones masivas en las zonas afectadas, sino también con estrategias más novedosas, más creativas acorde a las nuevas condiciones sociales, donde es fundamental la intervención de las personas implicadas en el proceso de la adquisición de la fiebre dengue. En este sentido en septiembre del año 2001, en el Consejo Directivo de la OPS, los Ministros de Salud de los países afectados por el dengue, aprueban la Resolución CD 43.R4, en la cual se plantea como estrategia, que los programas para la prevención del dengue deben gestionar alianzas y acciones intersectoriales dentro del sector salud, ambiente y educación. Además, enfatizan en la importancia de la comunicación social para la salud pública mediante alianzas, cogestión y participación social para el cambio de comportamientos a nivel individual y colectivo.

## 4.6. RESPUESTA DE LA OPS Y MINISTERIOS: ESTRATEGIA DE GESTIÓN INTEGRADA (EGI - DENGUE)

### 4.6.1. ANTECEDENTES DE LAS ACCIONES

Inicialmente en la década de los 30 las acciones para la lucha contra el dengue fueron motivadas principalmente para erradicar el mosquito *Ae. aegypti*. Así, para erradicar del área continental el vector y de esta forma acabar con la fiebre amarilla, se implementa la estrategia de control químico (insecticidas), exitosa en su momento, debido a que contaban con recursos económicos, equipo, insecticidas con alta efectividad y consiguieron eliminar los sitios de cría en las viviendas. En la década de los 70 los países perdieron interés, se consigue la vacuna de la fiebre amarilla y se descuidaron las medidas de control del vector, obteniendo como resultado la re-infestación por *Ae. aegypti* y el aumento de casos por dengue y dengue grave (Rodríguez, 2002).

Por lo anterior, ante la necesidad de buscar herramientas y otros métodos para conocer, entender y enfrentar este problema de salud pública, expertos en disciplinas relacionadas con el dengue, se reúnen y establecen lineamientos que orienten al personal médico en el diagnóstico, tratamiento y control de esta enfermedad. Es así como en 1975, en la Región de Asia Suroriental, expertos con el apoyo de la OMS publican la primera versión de la “*Guía Técnica para el Diagnóstico, Vigilancia, Prevención y Control de Dengue*”. Igualmente los países miembros de la OMS apoyaron la realización de investigaciones sobre la fisiopatología, diagnóstico clínico y de laboratorio de dengue, lo que ha servido de base para la elaboración de las directrices que plantea la OPS/OMS a nivel de todas las regiones.

Con la elaboración de las guías se dieron algunos pasos importantes relacionados con el manejo y atención de la enfermedad. Pero en lo concerniente a las estrategias de control del vector, los programas mantuvieron la aplicación del *rociado espacial* en grandes volúmenes en momentos de emergencia, y acciones de vigilancia domiciliaria cotidianas. En este sentido, cuando se llevó a cabo en los países la descentralización de los programas, ocurrida durante las reformas a los Sistemas de Salud en la década de los 90, se hizo insostenible la continuidad de esta estrategia por la disminución de los recursos para mantener personal y equipo (OPS, 2008).

En este complejo escenario y debido a los factores relacionados con el manejo de los programas de control y por la expansión de la enfermedad, se aprueba la Resolución 46.31 el 14 de mayo de 1993 en la Asamblea Mundial de la Salud, donde se manifiesta que la prevención y el control del dengue es una prioridad de la OMS. Además se definieron las siguientes directrices: 1) fortalecer los programas para la prevención del dengue y la vigilancia de las poblaciones de vectores y casos en humanos, 2) concentrarse en medidas efectivas para reducir la densidad de vectores y transmisión de la enfermedad, 3) incrementar la capacidad de diagnóstico, 4) fortalecer la vigilancia clínica y epidemiológica, 5) enfatizar un desarrollo urbano planificado que ofrezca suministro de agua seguro y confiable, 6) incrementar el personal entrenado y reducir la mortalidad de los casos mediante un mejor manejo clínico de los mismos, 7) fortalecer la investigación sobre la fisiopatología de las infecciones de dengue, 8) mejorar la educación comunitaria en materia de salud, promover

prácticas de higiene e incrementar la conciencia y capacidad de la comunidad y 9) facilitar las pruebas de campo fase III para vacunas contra el dengue (Clark 1995, pág. 56).

A pesar de los esfuerzos realizados hasta ese momento, los casos por dengue y dengue hemorrágico seguían aumentando. En este sentido, en 1995 la OMS inició una estrategia mundial enfocada en el desarrollo de iniciativas nacionales a través de una estrategia integrada. Posteriormente los Ministros de Salud de los Estados Miembros, al entender la gravedad del problema del dengue, aprueban en septiembre de 1996, la Resolución CD39.11 OPS, donde se establece el compromiso de los gobiernos para la elaboración de un “*Plan Continental de ampliación e intensificación para el combate del Aedes aegypti*”. Para dar cumplimiento a este mandato, en diciembre de 1996, la OPS convocó a varios especialistas en epidemiología para elaborar un formulario guía que recogiera información en los diferentes países para la construcción del *Plan Continental* (Rodríguez, 2002).

En 1997, la OPS publicó el “*Plan Continental de ampliación, intensificación de combate al Aedes aegypti*” (Resolución CE 120.R19), en el que se resaltó que los programas nacionales debían contemplar la *participación comunitaria y la comunicación social*, articuladas con los demás componentes, sobre todo al saneamiento ambiental y control químico. Además el plan estipuló que se destinara el 10% de los recursos asignados, para el control del vector, a estos dos componentes (Lloyd, 2003).

De acuerdo con Arias y Prado (2001), 23 países de la Región de las Américas, invirtieron US\$ 331 millones en el año 1996 y US\$ 671 millones en el año 1997 en programas de control. Asimismo, la OPS realizó un análisis económico, el cual arrojó como resultado que un programa integrado de control del dengue dirigido a la práctica de evitar, tratar, sustituir y eliminar criaderos puede llegar a reducir hasta en un 30% lo que se invierte hoy. En vista del desafío que representaba el dengue, en 1999 la OPS planteó la necesidad de diseñar un plan detallado donde se reforzara el componente de comunicación social, especialmente en la inclusión de los comunicadores en los programas. Este componente no había quedado especificado en el *Plan Continental*.

En este marco se aprueba en septiembre de 2001, en el 43° Consejo Directivo de la OPS la Resolución CD 43.R4 “*La Nueva Generación de Programas de Prevención y Control del Dengue*”, con la cual se pretendía fortalecer la implementación de las acciones de comunicación social en los programas, tratando de sensibilizar el enfoque centrado en el cambio de comportamiento más que en una difusión de información y de conocimientos.

# 5. REFERENTES CONCEPTUALES Y PERSPECTIVAS DE ANÁLISIS

## 5.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud se ha convertido en un componente esencial en los programas de salud en los últimos decenios, especialmente porque contribuye a la construcción de políticas públicas ajustadas a las necesidades de salud de los pueblos, sus entornos y por ende a la disminución de costos relacionados con el mantenimiento de la salud de las personas. Son varios los pronunciamientos políticos que se han hecho para incorporar la promoción de la salud como componente primordial en todos los sistemas de salud del mundo, entre ellos se destacan la Declaración de Alma Ata de 1978, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986, la Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de 1992, la Declaración de Yakarta 1997, la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de 2000, y la Declaración de Bangkok de 2002.

Dentro de los planteamientos que se han hecho sobre la promoción de la salud, la declaración de Alma Ata plantea que la promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para el desarrollo económico y social sostenido, y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial. Asimismo, se determina que el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud. Esta declaración se convirtió en uno de los primeros referentes para reflexionar sobre el concepto de salud, el cual no solo está relacionado con la ausencia de enfermedad, sino que es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector salud.

Otro marco político de la promoción de la salud es la Carta de Ottawa de 1986, la cual la define como el “proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla; constituye un proceso político y social global que abarca no solo las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual” (OMS 1998).

Para operacionalizar este concepto en el campo de la salud pública, la OPS (2006), precisa que los programas de promoción de la salud deben apuntar al desarrollo de políticas públicas, a la creación de entornos propicios para la salud, al fortalecimiento de la acción comunitaria para la salud, a la adquisición de aptitudes personales y a la reorientación de los servicios de salud. En este sentido, los programas de promoción de la salud requieren un abordaje multidimensional (ambiente, economía, cultura, política, etc.), donde las acciones para el cambio de comportamiento hacia el nuevo enfoque de salud se dirijan a las diferentes áreas: a nivel individual y colectivo, a los decisores de las políticas, a los funcionarios facilitadores y ejecutores de las estrategias y a las comunidades receptoras de la misma.

Esto guarda concordancia con una de las premisas que promueve la Carta de Ottawa (1986): “La promoción de la salud debe ir más allá del mero cuidado de la misma. La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto” (pág. 2).

En línea con lo anterior, las acciones de promoción en salud, emprendidas por los responsables de los programas, deben estar dirigidas a la reducción de los riesgos para la salud. Por su parte, los programas que se implementen deben estar sustentados en modelos y teorías científicamente comprobadas, que tengan en cuenta las realidades de las comunidades y que contemplen las políticas vigentes (Pérez et al., 2007).

En este contexto, se plantea que el dengue es una enfermedad que demanda una solución con un enfoque holístico de la promoción de la salud, de acuerdo con lo planteado en la Carta de Ottawa. De ahí la importancia de darle un manejo integrado a la prevención y control del dengue, teniendo en cuenta factores políticos, económicos y sociales. Igualmente es importante resaltar que para darle un manejo estratégico contextualizado a la dinámica del dengue hay que trabajar articuladamente con las áreas de epidemiología, laboratorio, atención al paciente, manejo integrado de vectores, ciencias sociales y la comunicación social.

## 5.2. LOS PROGRAMAS DE NUEVA GENERACIÓN EN DENGUE Y LA ESTRATEGIA DE GESTIÓN INTEGRADA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE (EGI – DENGUE)

Ante la amenaza del dengue a la salud pública en las zonas tropicales y subtropicales de América, la OPS se ha propuesto cooperar técnicamente con los países miembros de dicha organización para estimular la búsqueda de soluciones activas a la grave situación que los afecta en materia de salud pública.

De acuerdo con la OPS (2001), en el año 1995 se reunió a diferentes especialistas en diversos aspectos relacionados con el dengue y el dengue grave, para analizar y delinear nuevas pautas para la prevención y control de esta enfermedad. En esta reunión, OPS enfatizó la importancia de las campañas de control integrado del vector para mantener a la población de vectores en niveles bajos, propiciando actividades de saneamiento ambiental. Igualmente, planteó la Organización la necesidad de dar especial atención a las decisiones políticas, financieras y legislativas por parte de los Estados miembros a la situación de la enfermedad. También se planteó que en este nuevo escenario de actuación es necesario involucrar y comprometer a las comunidades en acciones de prevención y control del dengue.

En este contexto institucional surgen los programas de “nueva generación” en prevención y control del dengue en las Américas. El referente político para estos programas lo constituye la resolución CD43.R4 aprobada en el Concejo Directivo de la OPS y los Ministros de Salud de las Américas en el 2001. Dicha resolución es una declaración política a la alarmante situación del dengue y constituye un marco de referencia para la nueva generación de programas de prevención y control del dengue, teniendo como uno de los principales paradigmas la promoción de la salud, con énfasis en la coordinación de acciones entre el

gobierno, el sector salud, los sectores económicos y sociales, las organizaciones no gubernamentales, y todas aquellas nuevas asociaciones tradicionales o no, que sean capaces de apoyar el fortalecimiento de los programas nacionales de prevención y control del dengue. Las acciones que se generaron promovieron como objetivo final fomentar el cambio de conducta tanto en individuos como en comunidades, cambios relacionados directamente con un mejor ordenamiento ambiental en función de la prevención del dengue.

Arias y Prado (2001), expresan que la nueva generación de programas de prevención y control de dengue se sitúa en el paradigma de la promoción de la salud, centrado en el principio de que la salud es el “mayor recurso para el desarrollo social, económico y personal, así como una importante dimensión para la calidad de vida” (pág. 4).

Igualmente afirman estos autores, que la propuesta parte de la premisa de que el compromiso político es uno de los elementos fundamentales e imprescindibles para elaborar un programa eficaz de prevención y control del dengue. Los gobiernos deben apoyar los programas de prevención y control en todos los niveles, desde el más alto nivel político hasta el más bajo, el de las comunidades y los funcionarios responsables de los programas. Por esto es fundamental formular y aplicar leyes adecuadas y racionales para alcanzar las metas propuestas.

Con base en esta propuesta, la OPS establece que la nueva generación de programas de prevención y control del dengue demanda cambios en la gestión de los programas, en el perfil del nuevo gerente, en las intervenciones y en los instrumentos de medición entomológica, epidemiológica, y en los sucesivos vacíos de evaluación social, sistematización y documentación.

La nueva generación de programas establece estrategias como:

- Fuerte liderazgo en la gerencia de los programas nacionales locales.
- Apoyo político y financiero sostenible para dar continuidad a las intervenciones.
- Vigilancia activa e integrada basada en un eficiente y confiable sistema de información en salud (epidemiológica y entomológica).
- Atención médica a los pacientes dentro y fuera del sistema de salud, que incluya reconocimiento de señales de alarmas y respuestas apropiadas.
- Manejo ambiental y actividades relacionadas (agua, basura y desechos sólidos).
- Control selectivo del vector basado en una efectiva comunicación social, participación comunitaria y manejo ambiental dirigido a cambios de comportamientos individuales y colectivos.
- Herramientas de evaluación que puedan medir periódicamente la efectividad de las acciones que sean implementadas.
- Conocimiento del impacto económico de los varios componentes de los programas de prevención y control.

- Capacitación continua de los recursos humanos de las ciencias sociales y biomédicas en todos los niveles del local al nacional.

Así, entre los componentes fundamentales que se deben abordar desde los programas de nueva generación están:

- Vigilancia integrada, epidemiológica y entomológica (notificación y seguimiento de serotipos circulantes).
- Manejo del paciente, atención priorizada para el manejo oportuno, notificación de casos (casos clínicos confirmados de dengue y dengue grave, así como los casos de muerte ocurridos por este evento).
- Abogacía para implementar acciones intersectoriales entre salud, ambiente y educación, además con otros sectores como industria, comercio, turismo.
- Movilización social y una efectiva participación comunitaria.
- En el manejo ambiental y sanitario se debe dar atención prioritaria al suministro de agua potable y disposición final adecuada de residuos sólidos.
- Incorporar al sistema formal de educación el tema dengue bajo un enfoque de salud pública.
- Capacitación formal de profesionales y trabajadores en salud (del área médica o del área social).
- Hacer análisis crítico de la función y uso de insecticidas (uso racional en situaciones de emergencia).
- Hacer planes de contingencia, es decir, prepararse para emergencias, implantando mecanismos y preparativos para hacer frente a los brotes y epidemias.

La nueva generación de programas establece estrategias como:

Los programas de nueva generación son parte de la cooperación con los países de la región, y en este marco surge la EGI: Estrategia de Gestión Integrada para Prevenir y Controlar el Dengue. La estrategia busca una nueva forma de colaboración técnica a través de la creación del grupo técnico (GT)-Dengue, o grupo de expertos internacionales. Éstos, en primera instancia, hacen un análisis regional, para a partir de este, trabajar con el equipo técnico nacional para dengue del país en cuestión, y de esta manera elaborar conjuntamente la estrategia nacional de gestión integrada o el Plan EGI-Dengue. Una vez iniciado el proceso, el país debe iniciar el diseño de sus propias estrategias EGI regionales y locales.

Con la creación del GT-Dengue, la OPS pretende fortalecer los Programas Nacionales para la prevención del dengue, a través de la creación de asociaciones fuertes para la disminución de los factores de riesgo de transmisión del dengue, diseño de un sistema de vigilancia integral del vector *Ae. aegypti* para establecer niveles de control de la población del vector

transmisor, fortalecer a los laboratorios en la identificación del virus, capacitar sobre el manejo de casos e involucrar a la comunidad como un actor importante para la prevención del dengue y las acciones de control del vector, en especial por su relación con los sitios de cría del mosquito *Ae. aegypti*.

## 5.3. COMUNICACIÓN Y MOVILIZACIÓN PARA EL CONTROL DEL DENGUE

### 5.3.1. COMBI EN LAS AMÉRICAS

En los últimos quince años, América Latina ha emprendido importantes reformas en sus sistemas de salud y de seguridad social, en respuesta a una variedad de desafíos específicos del sector salud, tales como la escalada de costos, el incremento de las desigualdades en salud y los cambios demográficos, culturales y epidemiológicos. Estos cambios exigen que los problemas de salud pública se aborden desde perspectivas creativas y multidisciplinarias, que permitan contemplar las circunstancias ambientales y sociales como factores determinantes en las condiciones sanitarias de los individuos (Mosquera et al., 2010; pág. 188).

Con el objetivo de dar respuesta al complejo problema del dengue, la OPS/OMS impulsó en la región de las Américas, la Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control de esta enfermedad. Dentro de esta estrategia existe un componente de comunicación y movilización social y una metodología de comunicación para impactar en conductas, (COMBI), es ofrecida a los países como una herramienta clave para lograr cambios sostenibles en conductas de las poblaciones meta. El énfasis de esta metodología plantea la necesidad de trabajar con priorización de objetivos de comportamiento o conducta humana. La OPS, en el marco de la cooperación técnica, ha capacitado a los países de la región para la implementación COMBI, como método del componente de comunicación y movilización social.

Según Parks y Lloyd (2003), COMBI es una metodología para la movilización y la comunicación social con un enfoque conductual orientado hacia las enfermedades. Al agregar el enfoque conductual al modelo de movilización se garantiza que los programas que tienen generalmente presupuestos y recursos humanos muy reducidos, obtengan una optimización de los recursos, en cuanto a los resultados conductuales reales que se esperan lograr.

En resumen, los tres elementos esenciales de la metodología COMBI son:

1. El establecimiento de objetivos conductuales precisos (no sólo el cambio de conocimientos), sobre la base de una investigación rigurosa.
2. La integración de una mezcla sensata de acciones de comunicación pertinentes a los diversos grupos destinatarios y resultados conductuales deseados, todo cuidadosamente coordinado y cronometrado.
3. El monitoreo constante del progreso hacia el logro de estos objetivos conductuales.

La OPS impulsa la adopción de dicha metodología desde el año 2003 para desarrollar el componente de movilización social y comunicación en salud, desde un enfoque de cambio de comportamiento.

Hasta el momento la cooperación técnica se ha centrado en tres procesos:

1. Talleres de capacitación en COMBI por cada país de la región.
2. Implementación de Planes COMBI por país.
3. Financiamiento para la implementación de Planes COMBI en algunos países previamente seleccionados.

De acuerdo con Prado (2006), a partir de los talleres de formación, los participantes de los países están siendo capacitados con una metodología de trabajo que les permite, por medio de un proceso de investigación formativa, elaborar sus objetivos conductuales específicos para buscar un mayor impacto en las acciones de prevención y control del dengue.

Los talleres de capacitación son de adiestramiento y están respaldados en la guía *Planificación de la Movilización y Comunicación Social para la Prevención y el Control del Dengue: Guía Paso a Paso* (OMS, 2003). La guía orienta el proceso de cómo utilizar la comunicación y la movilización social para obtener resultados medibles sobre el impacto en el comportamiento, valorando no sólo cambios en el conocimiento sino también cambios en el comportamiento.

La metodología COMBI propone quince pasos para la planificación del proceso:

1. Armar un equipo de planificación multidisciplinario.
2. Establecer objetivos conductuales preliminares.
3. Planificar y realizar la investigación formativa.
4. Solicitar retroalimentación de las investigaciones formativas.
5. Analizar, priorizar y especificar los objetivos conductuales finales.
6. Segmentar los grupos destinatarios.
7. Elaborar su estrategia.
8. Probar previamente los comportamientos, mensajes y materiales.
9. Establecer un sistema de monitoreo.
10. Fortalecer las habilidades del personal.
11. Establecer sistemas para administrar y compartir la información.

12. Estructurar su programa.
13. Redactar un plan de ejecución estratégico.
14. Determinar su presupuesto.
15. Realizar una prueba piloto y revisar su plan.

Los autores de la *Guía paso a paso*, Parks y Lloyd (2003), definen cinco acciones integradas o estrategias integradas para COMBI, entre ellas:

1. Abogacía/relaciones públicas/movilización administrativa.
2. Movilización de la comunidad.
3. Publicidad apropiada sostenida.
4. Comunicación interpersonal para la “venta personal”.
5. Promoción en puntos de venta.

Aunque la idea original de la metodología viene del sector comercial, en ésta se trata de aplicar al máximo las fortalezas de estas experiencias pero dentro del enfoque de salud. Además, COMBI se basa en teorías de cambios en comportamientos y comunicación con la práctica de mercadeo integrado.

COMBI ha sido desarrollada y probada durante varios años por la OMS y, a través de sus socios regionales, se ha estado aplicando en la prevención y el control del dengue en Malasia, la República de Laos, Guatemala y Nicaragua, entre otros. También se ha estado implementando COMBI en otras enfermedades como lepra, en Mozambique y la India, y tuberculosis, en Kenya, Bangladesh y la India. Igualmente se ha usado COMBI en Sudán y Afganistán para el control de la malaria (Parks y Lloyd, 2003).

La metodología se puede usar para cualquier enfermedad que esté relacionada, o donde estén directamente involucrados los comportamientos humanos, susceptibles de ser modificados y que represente una amenaza para la salud pública en tiempos interepidémicos.

La OPS/OMS sostiene que COMBI incorpora las enseñanzas aprendidas durante cinco décadas de la comunicación de salud pública y viene de las experiencias de la comunicación de consumidores en el sector privado. COMBI representa una unión de mercadeo, educación, comunicación, promoción y enfoques de movilización que generalmente ayudan a hacer la misma cosa, tener un impacto sobre las conductas y promover asociaciones programa-comunidad.

Según la OPS, la metodología se basa en el enfoque del sector privado conocido como Comunicación de Mercadeo Integrado (CMI). Muchos enfoques diferentes han sido de utilidad en el pasado y, aunque ha habido algunos éxitos, también hay grandes frustraciones, al no poder lograr cambios a largo plazo en el comportamiento a un ritmo más acelerado.

Los programas tradicionales de Información-Educación-Comunicación (IEC) en salud han podido aumentar la concientización y el conocimiento, pero no han sido exitosos en lograr resultados medibles en la conducta.

Park y Lloyd (2003) reconocen que la utilización de un enfoque de cambio de comportamiento para la prevención y el control del dengue es un proceso estratégico que se utiliza para identificar, promover y facilitar comportamientos que: puedan tener una repercusión positiva y significativa y sean factibles de lograr, de manera que la mayoría de las personas involucradas en el programa sean capaces de y estén dispuestas a asumir los cambios.

## 5.4. TEORÍAS DE CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO

Como parte del proceso de aprendizaje para la implementación de la metodología COMBI, es importante y necesario profundizar en el conocimiento de las teorías más utilizadas para explicar los cambios de comportamiento, ya que uno de los objetivos principales que persigue COMBI es proponer o mejorar conductas que contribuyan a la prevención del dengue. De este modo se presentan algunas de las teorías más conocidas sobre dicho cambio.

### 5.4.1. TEORÍAS PARA EL CAMBIO INDIVIDUAL

Las teorías de cambio individual tienen como premisa que el individuo es el nivel básico para empezar a desarrollar la práctica.

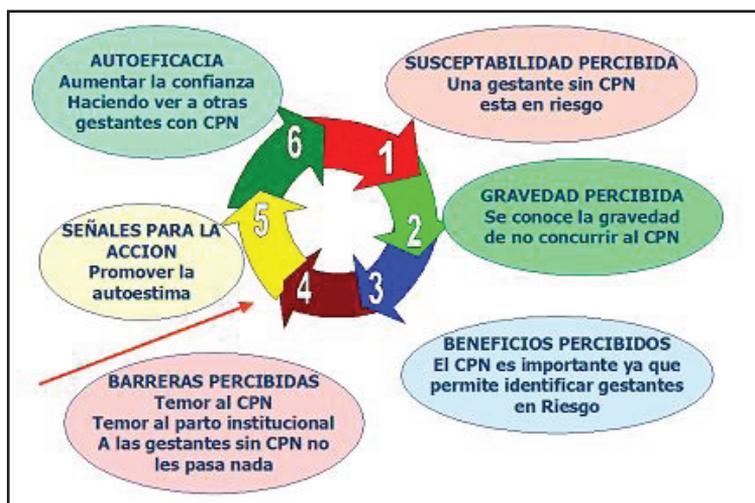
#### 5.4.1.1. CREENCIAS EN SALUD

(HOCHBAUM, ROSENSTOCK Y KEGELS, 1950)

El Modelo de Creencias en Salud fue desarrollado en 1950 por Hochbaum, Rosenstock y Kegels con la intención de explicar por qué las personas no participaban en programas preventivos de salud pública. Este se basa en que los comportamientos individuales son el resultado directo de la percepción del individuo.

En esta teoría se plantea que la percepción individual sobre el estado de salud se basa en cuatro componentes: 1) la percepción del individuo de su susceptibilidad para adquirir una enfermedad o de tener un problema de salud, la cual se refiere a la auto-identificación del riesgo, 2) la percepción que el individuo tiene de la severidad de una enfermedad o de problema de salud, se refiere a la magnitud que el individuo atribuye al problema, 3) la percepción del individuo de los beneficios que implica el cambio y las barreras que pueda encontrar en dicho proceso, se refiere al grado de conveniencia que percibe el individuo y 4) la percepción del individuo de su disponibilidad para efectuar el cambio en un momento determinado, significa el nivel en que el individuo determina si se siente listo para efectuar el cambio sugerido (Fig. 1) (Pérez, 2007).

Figura 1. Teoría de Creencias en Salud



Fuente: Choque, R. (2005). *Comunicación y educación para la promoción de la salud*. <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>

De acuerdo con este modelo, las creencias sobre la importancia o gravedad de un determinado problema, la vulnerabilidad frente a ese problema, y el que la acción a implementar produzca más beneficios que costos personales, favorecen la conservación y mejoramiento de la salud, evitar conductas de riesgo, la prevención de las enfermedades y lo que en general puede denominarse: la adopción de estilos de vida saludables.

#### 5.4.1.2. MODELO TRANSTEÓRICO (PROCHASKA Y DICLEMENTE, 1982)

Esta teoría tiene que ver con la disposición de los individuos al cambio o al intento de cambiar hacia comportamientos saludables. Su premisa básica es que el cambio de comportamiento es un proceso y no un acto. Como parte de este proceso se identifican cinco etapas diferentes para llegar a un comportamiento determinado: precontemplación, contemplación, decisión/ determinación, acción y mantenimiento (Fig. 2). También se señala que este proceso no es lineal, sino más bien circular; es decir, las personas no pasan por estas etapas y las superan, sino que pueden entrar y salir en cualquier momento del proceso, y con frecuencia reanudarlo (Choque, 2005, pág. 5).

Figura 2. Teoría de Etapas del Cambio



Fuente: Choque, R. (2005). *Comunicación y educación para la promoción de la salud*. <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>

El Modelo Transteórico explica el cambio espontáneo o inducido del comportamiento de los individuos según cinco variables o constructos teóricos que intervienen en el comportamiento: etapas y procesos de cambio, balance decisorio, tentación y auto eficacia. El modelo explica el cambio como la progresión a través de una serie de etapas, las cuales son presentadas a continuación:

- *La precontemplación* es la etapa en la cual las personas no tienen intención de cambiar, de realizar una acción específica de cambio en su comportamiento de riesgo para la salud.
- *La contemplación* es la etapa en la que la persona tiene una intención de cambio y potencialmente, hará un intento formal de modificar su comportamiento en los próximos meses. Los contempladores son conscientes de los beneficios de cambiar, comienzan a considerar el cambio, pero aún no asumen el compromiso específico para actuar en ese sentido, razón por la cual, pueden permanecer por largos períodos de tiempo en esta etapa en particular, contemplando la opción de cambiar hasta por dos años, diciéndose a sí mismos que van a cambiar algún día.
- *La decisión/determinación* es la etapa en la que las personas ya toman una decisión de cambio y tienen un compromiso propio para hacerlo; realizan pequeños cambios e intentan efectivamente cambiar en el futuro inmediato, regularmente en los próximos 30 días. Las personas en preparación, por lo general, ya tienen experiencias concretas en relación con el cambio, principalmente en el último año y además, tienen una conciencia muy definida sobre los pros de cambiar su comportamiento.
- *La acción* es la etapa en la que las personas realizan cambios objetivos, ponderables y exteriorizados de su comportamiento, regularmente en un período de tiempo que varía

de uno a seis meses. Puesto que la etapa de acción es realmente observable, el cambio del comportamiento ha sido históricamente equiparado a la acción de manera simple, a pesar de que, como se describe aquí, es sólo una de las cinco etapas del cambio. En general, las personas en esta etapa tienen una valoración muy grande de los pros de cambiar y demuestran un nivel mayor de autoeficacia. Es en esta etapa en la que ocurre la mayor aplicación sistemática de los diversos procesos de cambio, siendo también ideal para las intervenciones tradicionales dirigidas al público en general. La acción es una etapa reconocida como inestable por el potencial de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento.

- *El mantenimiento* se caracteriza por las tentativas de estabilización del cambio comportamental ya manifestado. Es un período de por lo menos seis meses después del cambio observable, en el que las personas trabajan activamente en la prevención de la recaída o el relapso, usando una variada y específica serie de procesos de cambio. En esta etapa las personas tienen cada vez menos tentación por volver al comportamiento original y aumentan progresivamente su autoconfianza para mantener el cambio comportamental. Esta etapa dura regularmente de seis meses a dos años.

Los procesos de cambio son estrategias y técnicas cognitivas, afectivas, experienciales y comportamentales que las personas usan regularmente para cambiar su comportamiento, y en la perspectiva de intervenciones promotoras de la salud, son el eje de la facilitación y aceleración de los cambios esperados. Representan los principios básicos que diversos y reconocidos sistemas de psicoterapia señalan como responsables de cambios comportamentales de los individuos.

## 5.4.2. TEORÍAS DE CAMBIO GRUPAL

Las teorías para promover el cambio de comportamiento a nivel grupal son usadas para comprender la dinámica de los sistemas sociales, y de esta manera identificar como se puede involucrar de manera participativa a las redes sociales en los programas de promoción de la salud. Pero para promover los cambios de comportamientos grupales, las estrategias a desarrollar deben ser planeadas y lideradas por instituciones cuya función es proteger y mejorar la salud de los individuos, ya sean públicas o privadas.

### 5.4.2.1. APRENDIZAJE SOCIAL (BANDURA, 1977)

La teoría de Aprendizaje Cognitivo Social está basada en una situación social en la que al menos participan dos personas: la persona modelo, que realiza la conducta, y la persona que observa dicha conducta; esta observación es la que determina el aprendizaje. Aquí el que aprende lo hace por imitación de la conducta que recibe del modelo que la refuerza.

Albert Bandura es el creador de la teoría del aprendizaje social, que se centra en los conceptos de refuerzo y observación. Además, afirma que los humanos adquieren destrezas y conductas de modo operante e instrumental y que entre la observación y la imitación intervienen factores cognitivos que ayudan al sujeto a decidir si lo observado se imita o no.

Los factores cognitivos se refieren concretamente a la capacidad de reflexión y simbolización, así como a la prevención de consecuencias basadas en procesos de comparación, generalización y autoevaluación. En definitiva, el comportamiento depende del ambiente,

así como de los factores personales (motivación, retención y producción motora). El modelamiento es un término que se refiere a los cambios conductuales, cognoscitivos y afectivos que derivan de observar a uno o más modelos.

Los cuatro procesos del aprendizaje por observación son:

- *Atención*: la atención, por ejemplo en el caso de los estudiantes, se centra acentuando características sobresalientes de la tarea, subdividiendo las actividades complejas en partes, utilizando modelos competentes y demostrando la utilidad de los comportamientos modelados.
- *Retención*: la retención aumenta al repasar la información, codificándola en forma visual o simbólica.
- *Producción*: las conductas se comparan con la representación conceptual (mental) personal. La retroalimentación ayuda a corregir discrepancias.
- *Motivación*: las consecuencias de la conducta modelada informa a los observadores de su valor funcional y su conveniencia.

Los factores que influyen en el aprendizaje por observación son:

- *Estado de desarrollo*: la capacidad de los aprendices de aprender de modelos depende de su desarrollo (Bandura, 1986). Los niños pequeños se motivan con las consecuencias inmediatas de su actividad. Recién cuando maduran, se inclinan más a reproducir los actos modelados que son congruentes con sus metas y valores.
- *Prestigio y competencia*: los observadores prestan más atención a modelos competentes de posición elevada.
- *Consecuencias vicarias*: las consecuencias de los modelos transmiten información acerca de la conveniencia de la conducta y las probabilidades de los resultados.
- *Expectativas*: los observadores son propensos a realizar las acciones modeladas que creen que son apropiadas y que tendrán resultados reforzantes.
- *Establecimiento de metas*: los observadores suelen atender a los modelos que exhiben las conductas que los ayudarán a alcanzar sus metas.
- *Autoeficacia*: los observadores prestan atención a los modelos si creen ser capaces de aprender la conducta observada en ellos.

Con el aprendizaje social se pueden alcanzar cinco resultados:

- Enseñar nuevas conductas y actitudes.
- Promover la conducta actual previamente aprendida.
- Modificar inhibiciones.
- Dirigir la atención.
- Despertar emociones.

#### 5.4.2.2. TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA (FISHBEIN Y AJZEN, 1975 Y 1980)

Fishbein y Ajzen (1975, 1980) desarrollaron una teoría general del comportamiento que integra un grupo de variables que se encuentran relacionadas con la toma de decisiones a nivel conductual. Estos autores entienden al ser humano como un animal racional que procesa la información o la utiliza sistemáticamente, razón por la cual es llamada Teoría de la Acción Razonada. Fishbein y Ajzen proponen un modelo para entender la relación entre creencias, actitudes, intenciones y comportamientos de los individuos. La teoría permite mostrar cómo esta información puede ser empleada para el desarrollo de programas educativos o de otro tipo cuyo objetivo sea determinado en términos específicos.

Para estos autores, las actitudes hacia un comportamiento determinado son un factor de tipo personal que comprende los sentimientos afectivos del individuo, sean de tipo positivo o negativo, con respecto a la ejecución de una conducta en cuestión. Sostienen que muchos de los comportamientos de los seres humanos se encuentran bajo control voluntario, por lo que la mejor manera de predecir un comportamiento dado es la intención que se tenga de realizar o no realizar dicho comportamiento. Esta intención estará en función de dos determinantes: uno de naturaleza personal (*actitudes*) y otro que es reflejo de la influencia social, la cual se define como la percepción de la persona sobre las presiones sociales que le son impuestas para realizar o no realizar un determinado comportamiento (*norma subjetiva*). Los autores destacan también que los individuos realizan un comportamiento cuando tienen una actitud positiva hacia su ejecución y cuando creen que es importante lo que los otros piensan acerca de lo que él debe realizar.

Este modelo le otorga un papel significativo a los grupos de referencia, ya que consideran la identificación con los referentes como uno de los primeros pasos de la aplicación de su modelo. De acuerdo con la teoría, cuando se han identificado la conducta, las actitudes y la norma, el mayor predictor de ellas es la intención correspondiente de la persona para realizar un comportamiento, en términos de acción, objeto, contexto y tiempo.

#### 5.4.3. INTEGRACIÓN DE LAS TEORÍAS

Cuando se pretende explicar el cambio comportamental de un individuo es importante no encasillarse en una sola teoría, ya que para que una persona cambie su comportamiento y tenga un estilo de vida saludable influyen múltiples variables, como la cognición, el afecto, el comportamiento y la motivación entre otras, las cuales son muy difícil de encontrar en una sola teoría. Es por esta razón que consideramos que una combinación de las diferentes teorías que explican los cambios comportamentales es la mejor forma de ver al individuo desde una perspectiva holística e integral, abarcando de esta manera diversas dimensiones. Entre estas teorías encontramos, la teoría de Creencias en la Salud, el Aprendizaje Social, la teoría de Acción Razonada y el Modelo Transteórico (Tabla 3).

No todas las teorías mencionadas anteriormente presentan todas las variables que se necesitan para que haya un cambio de comportamiento. La variable afecto se encuentra en la teoría de Acción Razonada, que plantea que las actitudes hacia un comportamiento son un factor de tipo personal que comprende los sentimientos afectivos del individuo, sean de tipo positivo o negativo con respecto a la ejecución de una conducta en cuestión. En la

teoría de Creencias en la Salud, el afecto lo encontramos en los estímulos internos que tiene la persona frente a la enfermedad. En el Modelo Transteórico el afecto se encuentra en los procesos de cambio, en donde cumple un papel importante ya que se emplean estrategias y técnicas afectivas utilizadas para cambiar el comportamiento.

La cognición es una variable que, a diferencia de las otras, se encuentra en todas las teorías, porque dependiendo de los factores y procesos cognitivos de la persona así será su comportamiento.

En la teoría de Creencias en la Salud, hallamos que la variable cognición está representada en el proceso de percepción de la amenaza.

En la teoría de Aprendizaje Social, Bandura plantea que entre la observación y la imitación intervienen factores cognitivos, como la capacidad de reflexión y simbolización, así como la prevención de consecuencias basadas en procesos de comparación, generalización y autoevaluación. En la teoría de la Acción Razonada, la cognición es un componente que hace parte de las actitudes, que son el eje fundamental de esta teoría. Para el Modelo Transteórico, se utilizan técnicas cognitivas a lo largo del proceso de cambio y de sus etapas.

El Modelo Transteórico y las teorías de Acción Razonada y Aprendizaje Social, tienen en común la variable de motivación. En el Aprendizaje Social, el individuo debe sentirse motivado para imitar la conducta de cambio. La teoría de Acción Razonada sostiene que muchos de los comportamientos de los seres humanos se encuentran bajo control voluntario, por lo que la mejor manera de predecir un comportamiento dado es la intención que se tenga de realizar o no realizar dicho comportamiento. Esta intención estará en función de las actitudes y la norma subjetiva. En el Modelo Transteórico, donde se ve el proceso de cambio de conducta a lo largo del tiempo, la motivación cumple un factor primordial, ya que el individuo debe estar motivado durante el proceso para que se lleve a cabo el cambio de comportamiento.

La variable autoeficacia, entendida como la confianza que tiene el individuo en sus capacidades y habilidades para realizar determinado comportamiento, está presente en las teorías Creencias en la Salud, Aprendizaje Social y el Modelo Transteórico.

El modelamiento es una variable que solo encontramos en la teoría de Aprendizaje Social, ya que esta es la única que se refiere a los cambios conductuales, cognoscitivos y afectivos que derivan de observar a uno o más modelos. Para terminar encontramos la variable de tipo comportamental, que al igual que la variable cognitiva, están presentes en todas las teorías.

Mosquera et al. (2005), afirman que una estrategia de prevención con base en el cambio de comportamiento ayuda a explorar los factores que determinan las conductas actuales y permite ensayar otros comportamientos factibles, o posibles, que permitan mejorar la salud. Por esto, para lograr un cambio de comportamiento, se debe partir del conocimiento de la enfermedad (epidemiológicamente) e identificar los comportamientos actuales que tienen la población afectada, desarrollar acciones dirigidas a eliminar o reducir las barreras internas o externas entre el comportamiento actual y el saludable, para finalmente, crear entornos favorables para la adopción de los comportamientos deseados y factibles.

**Tabla 3. Teorías y Variables de Teorías para el Cambio Comportamental**

Teorías Variables	Creencias en la salud Rosenstock et al.	Aprendizaje Social Bandura	Acción Razo- nada Fishbein y Ajzen	Modelo Transteórico Prochaska
Cognición	X	X	X	X
Autoeficacia	X	X		X
Motivación		X	X	X
Modelamiento		X		
Afecto	X		X	X
Comportamiento	X	X	X	X

Fuente: Mosquera, M., Obregón, R., Lloyd, L., Orozco, M. y Peña, A. (2005). *El dengue en las Américas*. [Online]. <http://www.comminit.com/la/tendencias/tendencias2004/tendencias-107.html>. *Ventana de Dengue en el sitio de La Iniciativa de Comunicación*: <http://www.comminit.com/la/dengue>.

## 5.5. MARCO DE LA COMUNICACIÓN EN SALUD

A partir de los planteamientos políticos que se han hecho sobre la salud mundial en los últimos treinta años, la comunicación en salud se ha posicionado como un componente necesario para la promoción de la salud de los pueblos. Son múltiples los factores que interviene en favor o detrimento de la salud, es por esto que las ciencias biomédicas y las ciencias sociales empiezan a desarrollar puntos de encuentro y articular esfuerzos, especialmente en el campo de la salud pública, con el objeto de llevar acciones ajustadas a las necesidades y realidades de las personas.

En este sentido, Mosquera (2003) afirma que:

“Las tendencias epidemiológicas actuales, como el resurgimiento de enfermedades que se creían controladas, junto al incremento de las enfermedades degenerativas en países en vías de desarrollo, la aparición del VIH/SIDA y de nuevos organismos infecciosos, la resistencia microbiana a drogas terapéuticas y un creciente énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, ha expandido el papel de la comunicación en salud como un componente vital de la práctica de la salud pública. Diversos estudios han demostrado que la comunicación en todos los niveles -masiva, comunitaria e inter-

personal- juega un papel importante en la difusión de conocimientos, en la modificación o reforzamiento de conductas, valores y normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida” (pág. 1).

Es así que, a través de la comunicación para la salud, se les brinda a las personas y comunidades el conocimiento, la información para que a través de un proceso reflexivo y de convencimiento, los individuos identifiquen sus responsabilidades, sus derechos y actúen en la generación de condiciones favorables en pro de su salud. La comunicación para la salud se convierte en un elemento cada vez más importante en la consecución de un mayor empoderamiento para la salud de los individuos y las comunidades.

De acuerdo con Mosquera et al. (2010), la pertinencia de perspectivas multidisciplinarias para entender una gama de influencias en el comportamiento humano y para desarrollar estrategias eficaces para mejorar la salud, ha facilitado la consolidación de la comunicación como un componente vital en la práctica de salud pública. Hay evidencia que demuestra que la comunicación, en todas sus manifestaciones, masiva, comunitaria e interpersonal, juega un papel importante en la difusión de conocimientos, en la modificación o en el reforzamiento de conductas, valores y normas sociales, y en el estímulo de procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Por su parte Coe (1998), afirma que el comportamiento humano es un factor esencial en el mantenimiento de la salud, por lo que las intervenciones deben centrarse tanto en los comportamientos humanos como en los establecimientos y la prestación de servicios. Asimismo, plantea que la solución de los problemas de salud requiere que las personas comprendan y estén motivadas para adoptar o cambiar ciertos comportamientos. Por esto la comunicación en salud debe estar presente en cualquier estrategia de inversión en este campo.

En este sentido, la comunicación se propone como una perspectiva integral e integradora, que intenta articular, desde el comienzo, los saberes y miradas de los diversos actores que participan en un proceso de salud. En esta perspectiva, las iniciativas de comunicación apuntan prioritariamente a conocer los lenguajes, el modo de relacionarse y los vínculos y mediaciones existentes en cada comunidad, para desde allí trabajar las problemáticas de salud sin escisión posible del espacio de lo cotidiano, de la cultura local, como ámbito ineludible de la representación de los problemas. Ya no se trata sólo de enviar información y difundir el mensaje que se quiere transmitir, sino de interactuar con los destinatarios para construir sentidos colectivos y discursos que refieran a sus necesidades y problemas percibidos, que se discutan y resignifiquen en sus espacios y ámbitos colectivos (Díaz, 2011).

En este nuevo contexto cobra importancia sistematizar las experiencias en comunicación, ya que ayudaría a identificar las fortalezas y dificultades a la hora de aplicar métodos para la comunicación en salud y de esta manera contribuir a un enfoque comunicativo para el cambio de comportamientos y que funcione en otras disciplinas.

## 5.6. LA EVALUACIÓN EN EL CONTEXTO DE LA COMUNICACIÓN EN SALUD

Inicialmente la evaluación era considerada como una actividad que se debía desarrollar al final de un programa, proyecto, actividad de formación o cualquier otra intervención, con el objeto de identificar el logro de los objetivos. A través del tiempo este concepto se ha cambiado de tal manera que hoy en día se puede evaluar desde diferentes perspectivas.

De acuerdo con Mediano (1998, cuando cita a Scriven, 1991, pág. 4), la evaluación también es considerada como ciencia porque a través de los procesos evaluativos se genera conocimiento. Desde el punto de vista de la práctica, la evaluación se interesa por conocer las bondades o desventajas de diferentes métodos de enseñanza o de diferentes teorías de aprendizaje o por los cambios en la salud como consecuencia de nuevas concepciones en la práctica sanitaria.

Algunos autores han criticado el enfoque mecanicista con que se concibe la evaluación.

Para García (2005), por ejemplo:

“La evaluación se ha orientado más hacia el resultado, condicionada por un enfoque conductista. Actualmente los especialistas consideran más apropiado desarrollar sistemas de evaluación orientados hacia el proceso. Este es el motivo por el cual el concepto de evaluación continua, ha ido ganando terreno hasta convertirse en el centro del proceso de evaluación más próximo a los enfoques constructivistas” (pág. 39).

Es así como la evaluación continua se adopta como una estrategia de evaluación formativa, más orientada al proceso de aprendizaje que a una valoración puntual.

Uno de los conceptos que recoge la pluralidad de las diferentes perspectivas que se han planteado, define que: “La evaluación es un proceso organizado y sistemático de acciones que todo programa o proyecto debe desarrollar, con el objeto de analizar la información, para identificar los logros, avances, problemas y obstáculos existentes. Estos resultados servirán como juicio de valor para tomar decisiones futuras. La evaluación debe estar presente en todos y cada uno de los momentos o fases del programa, proyecto o acción y cada proceder está relacionado con el resultado que se desea obtener a partir de la evaluación (Sanabria, 2001, pág. 6).

De igual modo, Mosquera (2003) afirma que:

“La evaluación se constituye en un tipo especial de investigación, que necesita ser definida en la fase de planificación de todo programa o proyecto de comunicación en salud. La evaluación puede ser utilizada como una forma de valoración de resultados en relación a obje-

tivos y metas previamente definidos, de manera que podamos extraer lecciones que puedan contribuir para la toma de futuras decisiones o de lineamientos con relación al programa” (pág. 12).

La evaluación puede ser dirigida al proceso, a las actividades realizadas, al contexto donde el programa se ejecuta o a los resultados a corto, mediano o largo plazo. La atención prestada a los varios componentes de un programa cambiará de acuerdo con los propósitos de la evaluación y de las decisiones tomadas por las personas e instituciones implicadas en el proyecto. De esta forma, la evaluación debe suministrar información y conocimientos en relación con los factores que facilitan y limitan el proceso, al igual que los avances, resultados y efectos a corto y medio plazo (Mosquera, 2003).

Por otro lado, para escoger un diseño metodológico, en especial para evaluar un programa, proyecto, metodología u otro, hay que tener en cuenta los propósitos de la evaluación, el estado de avance del programa, los recursos disponibles, los intereses y necesidades de los financiadores y de los evaluadores, el contexto político y organizativo del programa.

En este sentido existen propuestas sobre diseños de evaluación, entre ellas están, los registros históricos, los estudios periódicos, comparaciones normativas, los diseños cuasi-experimentales, el diseño experimental controlado, la evaluación participativa y la sistematización de experiencias.

Para el caso de nuestra evaluación hemos optado por la sistematización de experiencias, la cual es pertinente para reconstruir e interpretar de manera constructiva los logros y dificultades en los procesos de implementación de las diferentes experiencias COMBI en los países en cuestión, y así reflexionar sobre las lecciones y aprendizajes que contribuyan ya sea a ajustes metodológicos y/o futuras intervenciones COMBI.

# 6. METODOLOGÍA

En esta sección se presenta la metodología que se siguió para el desarrollo de la presente sistematización de experiencias de los proyectos COMBI en los países de las Américas; se expone el enfoque con que se abordó, el diseño metodológico, las técnicas de recolección de la información, así como los procedimientos que se llevaron a cabo para sistematizar la información. Por lo anterior, desarrollaremos esta sección teniendo en cuenta dos fases: una conceptual, en donde se presentaran los conceptos teóricos sobre el enfoque y diseño metodológico; y una fase de recolección de la información, donde presentaremos el procedimiento que se realizó para la recolección, estructuración y organización de la información por dimensiones para su posterior análisis.

## 6.1. CONCEPTOS

### 6.1.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El presente proyecto se trazó como objetivo analizar el proceso de implementación de la metodología COMBI. Este proceso se inició a partir de la información generada por los países participantes en el taller de Lima (Perú) en el 2009, con el objetivo de identificar los logros, avances y dificultades existentes para extraer las lecciones aprendidas. Por lo anterior la investigación se abordó desde un enfoque cualitativo, ya que está orientada a la comprensión y estudio del proceso. Para comprender mejor el enfoque abordado, a continuación desarrollaremos los enfoques de investigación, especialmente el cualitativo.

### 6.1.2. ENFOQUE CUALITATIVO

El debate de las ciencias sociales ha abordado el problema de la esencia del conocimiento desde diferentes ángulos, denominados objetivismo y subjetivismo, realismo e idealismo, y desde las especies del conocimiento, el intuitivo de Bergson, Husserl, Dilthey frente al discursivo de los racionalistas. Mediante esto, se puede observar que cada paradigma tiene una manera distinta de ver el mundo social, lo que indica sus posiciones excluyentes.

Asimismo, los extremos de los enfoques de investigación cualitativo y cuantitativo representan posiciones epistemológicas diferentes y han dado lugar a metodologías y técnicas también diferentes. Sin embargo, en la actualidad se han observado acercamientos en la utilización de las técnicas dando como resultado los enfoques mixtos. Al respecto, autores como Habermas plantean que cada método científico es un procedimiento racional y válido de conocer dentro de su dominio de conocimiento. Así se concibe el conocimiento como ligado a intereses humanos, técnicos, prácticos y emancipatorios.

Hernández et al. (2006), plantean que los enfoques cuantitativo y cualitativo son paradigmas de la investigación científica, pues ambos emplean procesos cuidadosos, sistemáticos y empíricos en su esfuerzo por generar conocimiento. Estos enfoques utilizan, en general, cinco fases similares y relacionadas entre sí, debido a que llevan a cabo observación y evaluación de fenómenos, establecen suposiciones e ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas, demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento, revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis

y proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas; o incluso para generar otras.

Igualmente Hernández et al. (2006), manifiestan que el enfoque cuantitativo se caracteriza porque el investigador plantea un problema de estudio delimitado y concreto, hace inventario de lo investigado sobre el problema para construir su marco teórico y plantear sus hipótesis, somete a prueba las mismas mediante los diseños de investigación apropiados, y para obtener los resultados, el investigador recolecta datos numéricos de los objetos, fenómenos o participantes que estudia y los analiza mediante procedimientos estadísticos (pág 5).

Al enfoque cualitativo se le denomina también enfoque holístico, porque se precia de considerar el todo de determinado contexto, sin reducirlo al estudio de sus partes. Su propósito consiste en “reconstruir” la realidad tal y como la observan los actores de un determinado sistema social. Es así que en el enfoque cualitativo existe una variedad de concepciones o marcos de interpretación, los cuales tienen como común denominador el concepto de patrón cultural, que parte de la premisa de que toda cultura o sistema social tiene un modo único para entender situaciones y eventos. Los modelos culturales se encuentran en el centro del estudio de lo cualitativo, pues son entidades flexibles y maleables que constituyen marcos de referencia para el actor social, y están contruidos por el inconsciente, lo transmitido por otros y por la experiencia personal.

Por esta razón, el enfoque cualitativo ahonda en las razones de los diferentes aspectos de comportamiento de un fenómeno, investiga el por qué y el cómo se tomó una decisión, o porqué y cómo se comporta determinado fenómeno. De ahí que una de sus características fundamentales es que no hace mucho uso de los datos numéricos, ya que no se centra en cantidades sino en cualidades, interesándose en comprender el fenómeno en estudio, describiendo los rasgos, las características, cualidades, habilidades, deficiencias y defectos, entre otros aspectos. Otra de las características que tiene este enfoque, es que facilita el trabajo de investigación mediante la observación para poder distinguir cada una de las características o cualidades del fenómeno.

De esta manera, en el enfoque cualitativo el investigador plantea un problema, sin un proceso claramente definido. Este se hace para descubrir y refinar preguntas de investigación. Las investigaciones cualitativas se fundamentan en un proceso inductivo, es decir, van de lo particular a lo general, y las hipótesis se generan durante el proceso y van refinándose conforme se recaban más datos o son un resultado del estudio. En este enfoque no se efectúa una medición numérica, su análisis no es estadístico. De igual modo, la recolección de los datos consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes, también resultan de interés las interacciones entre individuos, grupos y colectividades. Así, en la investigación se construyen las realidades subjetivas, por lo tanto varían entre individuos, grupos y culturas, y el mundo social es relativo y se entiende desde el punto de vista de los actores.

Por lo expuesto anteriormente, este proyecto de sistematización se realizó desde la perspectiva cualitativa, para así comprender los procesos que han llevado a cabo los diferentes países, a través de la interpretación de los puntos de vista de los participantes del taller (el cual sirvió como insumo básico). En este estudio, los participantes son considerados agentes activos que a través de su interrelación con otros actores, en el proceso de imple-

mentación de la metodología COMBI, han construido y percibido una realidad desde sus campos de acción, de forma objetiva, viva y cognoscible, lo que se convierte en un insumo básico para comprender el proceso y sus acontecimientos.

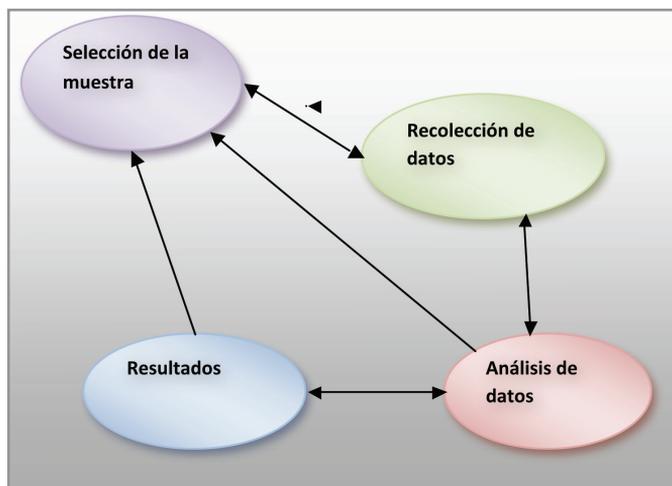
### 6.1.3. CARACTERÍSTICAS DE LOS DISEÑOS CUALITATIVOS

En términos generales existen diferentes diseños cualitativos. Entre ellos están los descriptivos, los analíticos racionales y la investigación acción, los cuales, a pesar de sus diferencias, comparten criterios comunes como la selección de la muestra, recolección de los datos y análisis de los resultados.

Particularmente esta investigación tomó como referente descriptivo el diseño sistemático, el cual resulta del uso de ciertos pasos en el análisis de los datos y está basado en los procedimientos propuestos por Strauss y Corbin (1990 y 1998). De acuerdo con estos autores, utilizamos la codificación abierta, en la cual el investigador hace comparaciones constantes de acuerdo con las categorías de significado escogidas. Las categorías diseñadas se fundamentan en el análisis de los datos recolectados, ya sea en forma de observación directa, entrevistas y análisis documental entre otros.

Para el caso de nuestra investigación hemos optado por la sistematización de experiencias, la cual es pertinente para reconstruir e interpretar de manera constructiva los logros y dificultades en los procesos de implementación de las diferentes experiencias COMBI en los países en cuestión, y así reflexionar sobre las lecciones y aprendizajes que contribuyan a ajustes metodológicos y/o futuras intervenciones COMBI.

**Figura 3. Interacción entre recolección de datos, análisis y elaboración de resultados.**



Fuente: Krause, M. (1995). *La investigación cualitativa: un campo de posibilidades*. Revista Temas de Educación. 7, p. 19-39.

#### 6.1.4. PERSPECTIVA TEÓRICA DE LA SISTEMATIZACIÓN

En la década de los 80 en América Latina surge la sistematización como parte de la necesidad de documentar las experiencias de proyectos de desarrollo social, especialmente los de educación popular con énfasis en el desarrollo participativo. Tanto los profesionales, técnicos, facilitadores y participantes de los proyectos, reflexionaron que durante muchos años hubo ausencia de información acerca de los éxitos y fracasos en los proyectos de desarrollo, debido a la falta de un proceso de sistematización. Lo cual, dificultaba realizar una lectura clara sobre las lecciones aprendidas de sus propias experiencias.

A partir de los procesos de sistematización se pudo evidenciar la generación de valiosos aprendizajes, estrategias y métodos en el desarrollo de los proyectos de desarrollo social, confrontando el conocimiento académico con la experiencia práctica. Posteriormente en la década de los 90, aparecen nuevos enfoques de investigación social opuestos a la visión positivista, donde se plantea que el método científico es una construcción cultural y que no es completamente neutral ni objetiva. En concordancia con esto, se fortalecen los métodos cualitativos y se plantea la sistematización como una posibilidad de investigación crítica e interpretativa que recoja la generación de conocimiento desde la realidad social.

Desde entonces el concepto de sistematización se ha fortalecido con las diferentes perspectivas de estudiosos en el tema. Este concepto no tiene un significado único, ya que cada autor la ha definido desde su contexto y desde su experiencia a sistematizar. Según Herrera (2007), autores como Martinic (1984), Barnechea (1992), Jara (1994) y Espinoza (2001), han enriquecido el concepto de sistematización definiéndola como proceso reflexivo, de interpretación crítica, de una o varias experiencias, en el que los participantes buscan explicar, a través de un modo ordenado, las dimensiones que han intervenido en el proceso, su lógica y su interrelación, con el fin de ajustar a la práctica los resultados, validarlos, fortalecerlos o modificar el aprendizaje teórico y desarrollar réplicas si estos han sido exitosos.

Cabe resaltar que, con la sistematización, no solo se pretende elaborar un relato de una experiencia singular, si no desarrollar un proceso educativo, que se comparta y contribuya a la generación de nuevos conocimientos teóricos. Así lo expresan Castillo y Van de Velde (2007):

“La descripción de la experiencia particular sólo es el ejemplo a partir del cual se van a inducir aprendizajes, el germen que la sistematización tendrá que cultivar hasta hacerlo fructificar en una generalización teórica. La cosecha puede ser una serie de recomendaciones para la formulación de un proyecto similar o, más aún, el diseño de políticas sociales susceptibles de resolver el problema a combatir con dicho proyecto” (Pág. 19).

Por su parte Sánchez et al. (2010), citando a Vasco (2008), le agregan a la sistematización el valor de documento para la gestión. Así, afirman “La sistematización es un escrito reflexivo, ordenado y documentado de los saberes acumulados por la experiencia personal

y colectiva, a partir del cual se intercambian experiencias y se adquieren conocimientos teóricos, lo que la convierte en una herramienta de gestión” (pág 2).

Otro aspecto importante que hay que tener en cuenta en una sistematización es la participación, ya que con ello se consigue información precisa y se puede obtener una mirada más amplia del proceso. Pero los que deben participar son los actores directamente involucrados en la experiencia, lo cual favorece su análisis y la producción de nuevos aprendizajes, debido al intercambio de testimonios de los diferentes actores sobre los factores que posibilitan o dificultan el desarrollo de las intervenciones. Asimismo, la interpretación crítica que realicen de la experiencia, no solo será la descripción y narración de lo sucedido, si no la comprensión de cómo se interrelacionaron los diferentes factores que intervinieron en dicho proceso, con el fin de confrontarlo a la realidad y poder transformarla.

Existen dos modalidades de sistematización, la de contenidos y la de procesos. La sistematización de contenidos se aplica al final de un proyecto, aborda la experiencia como un proceso histórico complejo, y analiza los resultados finales como productos de las interacciones vividas entre diferentes actores condicionados por un contexto económico, social, político, cultural e institucional determinado. Por su parte la sistematización de procesos se aplica a la experiencia en desarrollo, con el fin de analizar los factores metodológicos que están contribuyendo u obstaculizando la consecución de las metas planteadas. En el análisis no se pueden desligar los contenidos totalmente. La sistematización de procesos sirve de insumos para la sistematización de contenidos, y la combinación de estas dos modalidades es lo que en la práctica se llama sistematización de experiencias (Herrera 2007).

En este sentido, abordar el concepto de sistematización implica reconocer que a este proceso le antecede una práctica. Existen principalmente dos posturas con las que usualmente se define este concepto: la primera hace referencia a la sistematización de información y la segunda específicamente se refiere a la sistematización de experiencias. Así la sistematización de información es el significado más frecuentemente usado y se refiere “al ordenamiento y clasificación de datos e informaciones, estructurando de manera precisa, en categorías, y relaciones, que posibilitan la constitución de bases de datos organizados” (Jara, 2001, Pág 2).

La sistematización de información es, pues, el ordenamiento y clasificación de relaciones y categorías de datos acuerdo con criterios previos. Un ejemplo clásico lo constituyen las bases de datos de una población con riesgos de enfermar por dengue.

En cuanto a la sistematización de experiencias, este enfoque las muestra como procesos complejos en los cuales intervienen diferentes actores en un contexto histórico, económico y social particular, el que a su vez hacen parte de un momento institucional.

Según Jara (2001), la sistematización de experiencias parte de hacer una reconstrucción de lo sucedido y un ordenamiento de los distintos elementos objetivos y subjetivos que han intervenido en el proceso de dicho ordenamiento. Implica comprender e interpretar desde la práctica adelantada. Igualmente el autor afirma: “Sistematizar experiencias significa, entonces, entender por qué ese proceso se está desarrollando y de esa manera, entender e interpretar lo que está aconteciendo, a partir de un ordenamiento y reconstrucción de lo que ha sucedido en dicho proceso” (pág. 2).

Al sistematizar experiencias, el reto lo constituye superar la reconstrucción de lo sucedido, para avanzar a una interpretación más significativa o propositiva del proceso, que redunde en los logros obtenidos y las dificultades encontradas y sorteadas en el camino, para así extraer lecciones y aprendizajes del proceso desarrollado que sirva a futuros trabajos.

En este caso las experiencias son consideradas como procesos desarrollados por diferentes actores en un período de tiempo determinado. Así, de acuerdo con el Instituto Interamericano de Derechos Humanos, IDH, esta metodología implica “revisar de manera ordenada una experiencia que deseamos compartir con los demás, combinando el quehacer con su sustento teórico, y con énfasis en la identificación de los aprendizajes alcanzados en dicha experiencia.” (pág. 2)

Por consiguiente, la sistematización de experiencias tiene como finalidad:

- 1) Recopilar, organizar, analizar y compartir los saberes de los participantes del proceso, e identificar los nuevos conocimientos surgidos en el proceso de elaboración y gestión del proyecto.
- 2) Mejorar la ejecución del proyecto a través de un proceso continuo de evaluación de experiencias.
- 3) Optimizar la respuesta organizacional en el uso de herramientas de recolección y análisis de información sobre los proyectos en desarrollo.
- 4) Permitir la extracción de nuevos aprendizajes a partir de la reflexión de los procesos e implementación de los proyectos.
- 5) Promover la participación de los actores en el diseño, gestión, implementación, análisis y ajustes en la mejora de los proyectos.
- 6) Contribuir al entendimiento entre los actores y la institucionalidad sobre la elaboración de los proyectos de desarrollo, favoreciendo la cohesión y la unidad de las acciones.
- 7) Permitir la documentación de las experiencias.
- 8) Comunicar las lecciones aprendidas a nivel interinstitucional, a nivel de redes y/u organizaciones, con el objeto de compartir las experiencias para identificar puntos de encuentro, diferencias y revelar cosas que no se sabían.

En nuestro caso, la sistematización es el proceso para analizar la efectividad y los aportes de la implementación de la estrategia COMBI en los diferentes países.

Específicamente el asunto que nos concierne en la lucha contra la propagación del dengue, la sistematización de experiencias, se tiene que ver como un proceso permanente y acumulativo de creación de conocimientos, a partir de las experiencias de intervención desarrollada en los países de las Américas con la implementación de la metodología COMBI. Ello apunta a un tipo de conocimiento, que se desencadena desde la planificación y ejecución de campañas de promoción y prevención del dengue, a través del direccionamiento de objetivos conductuales.

Dicho proceso parte de un enfoque estratégico que articula diferentes sectores y actores, buscando siempre transformar la realidad.

En este sentido, del proceso de sistematización de las experiencias desarrolladas con la metodología COMBI se hizo para aprender críticamente de estas experiencias y así poder:

1. Compartir los aprendizajes para con otras experiencias similares que puedan adelantarse en el futuro.
2. Mejorar la propia práctica por país o países.

Es necesario enfatizar que la sistematización en este nivel se observa como la interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explica la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí y por qué lo han hecho de ese modo. Todo lo anterior con la intención de resaltar los alcances, logros y limitaciones de los procesos implementados.

Asimismo existen una serie de características comunes a todo ejercicio de sistematización, las cuales se presentan a continuación en el siguiente cuadro resumen (Tabla 4). Las mismas que serán tenidas en cuenta y orientan la presente sistematización de experiencias COMBI y fueron presentadas y discutidas en el Taller Regional de Lecciones Aprendidas en Prevención, Promoción y Comunicación para Impactar en Conductas desarrollado en Lima, Perú, del 8 al 10 de diciembre de 2009.

**Tabla 4. Características Comunes a todo Ejercicio de Sistematización**

Proceso	Ordenado	Memoria histórica	Participativo	Análisis e interpretación	Aprendizajes	Compartir y difundir
Implica recorrer un proceso sobre el que se ha ido trabajando.	Lleva implícito un ejercicio de organización, en base a un orden lógico.	Permite recuperar la historia de la experiencia y mantener la memoria de la misma.	Implica que se ha de crear un espacio de trabajo donde se comparte, confrontar y discutir las opiniones para luego condensar dichos aportes.	Interpretar para poder objetivar la experiencia y así poder extraer los aprendizajes.	Una de las finalidades de la adquisición de estos conocimientos es la incorporación de los mismos a las nuevas prácticas para poder continuar en el trabajo de transformación social. (Lecciones aprendidas).	Al igual que ocurre en la mayoría de procesos de adquisición de conocimientos, el poder compartirlos con quienes trabajan en el mismo ámbito de la experiencia sistematizada es de gran utilidad.

*Fuente: Taller Regional de Lecciones Aprendidas en Proyectos COMBI y pasos futuros en prevención, promoción, y comunicación para impactar en dengue. Lima, 8 de diciembre del 2009, Perú.*

### 6.1.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Como se describió antes, la sistematización es una modalidad de investigación cualitativa de enfoque crítico interpretativo, por lo que busca desentrañar las prácticas sociales particulares a través de la visión y experiencia de los actores, la subjetividad, el contexto histórico local y los sentidos inmersos en la práctica. Por lo anterior, cabe mencionar que para recolectar la información en la investigación cualitativa se utilizan diversos métodos, técnicas e instrumentos, de los cuales hacen parte las siguientes:

- Fuentes iconográficas: permiten leer los objetos y las imágenes de una experiencia.
- Fuentes orales: recogen las opiniones, percepciones e intuiciones de los actores de la experiencia. Las más significativas son las entrevistas semi-estructuradas, discusión en grupos focales, conversaciones y las historias de vida.
- Fuentes escritas: hacen parte las circulares, el análisis documental, los cuadernos de apuntes, los planes, las actas de reuniones, los informes, la escritura de relatos de la experiencia, reinterpretaciones e incluso las transcripciones de las entrevistas realizadas.
- Diario de campo: es un registro sistemático, permanente y organizado de las actividades observadas y las informaciones recogidas, así como otras anotaciones que se consideren pertinentes para el análisis posterior de la experiencia.

## 6.2. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para el caso de la sistematización de las experiencias COMBI en los países, las técnicas de recolección de datos más utilizadas fueron:

1. La *observación*, con mayor o menor participación del observador fue realizada por la participación en el taller regional de Perú.
2. *Entrevistas*, las cuales se correspondieron con estructuras narrativas, grabadas en el taller de lecciones aprendidas, en entrevistas semi-estructuradas realizadas telefónicamente con los temas predefinidos, las cuales se practicaron a los funcionarios de los países participantes y a un experto en la metodología COMBI, quienes estuvieron presentes en el taller.

En términos generales las entrevistas realizadas fueron manejadas en forma flexible, asemejándose en lo posible a una situación de la vida cotidiana de los proyectos presentados en el taller.

3. La revisión de *documentos*, tales como la matriz de análisis realizadas en el taller, documentos COMBI, proyectos y resúmenes ejecutivos de los proyectos adelantados en los países participantes.

# 7. LECCIONES APRENDIDAS

## 7.1. LECCIONES APRENDIDAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA COMBI Y LOS PASOS FUTUROS EN PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y COMUNICACIÓN PARA IMPACTAR EN CONDUCTAS

A continuación se presentan los principales resultados obtenidos en el taller regional de experiencias COMBI, en el marco de las Lecciones Aprendidas en la ejecución de proyectos COMBI y la discusión de los pasos futuros para la prevención y promoción de comunicación para impactar en conductas en relación a la fiebre dengue. La discusión se orientó en torno a los logros alcanzados, las limitaciones y las posibles sugerencias para mejorar la metodología, todo esto en el proceso de la implementación de la estrategia COMBI en los países de la región de las Américas. Los países que hicieron parte de la reunión fueron Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Colombia, Guatemala, Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Como países invitados estuvieron presentes Cuba y Panamá.

Los resultados se presentan a manera de conclusiones regionales para las Américas, haciendo especial énfasis en los países participantes a través del análisis de expertos en el área de comunicación y promoción de la región, así como también de los miembros de los equipos de salud que lideraron o hicieron parte de los grupos responsables de la implementación de la metodología COMBI. Las lecciones presentadas son producto de la sistematización de los acuerdos y de consenso alcanzados en este taller en Perú.

Asimismo, a fin de actualizar y complementar la información recogida en el taller regional de experiencias COMBI, se contactaron a todos los representantes de los países que participaron en la reunión de Perú, solicitándoles responder a una matriz de análisis preparada para la sistematización y pidiéndole material reciente relacionado con la experiencia COMBI. En algunos casos se realizaron entrevistas que permitieron conocer más de cerca aspectos diversos de la experiencia de la implementación de la estrategia. No obstante, cabe destacar que este proceso resultó complejo y en muchos casos no fue posible contactar al responsable de la estrategia o a la persona que en su momento participó en el taller de Perú, ya que no estaba vinculada laboralmente a la dependencia o estaba asignada a otra área que no se relacionaba con la enfermedad del dengue. Este hecho puso en evidencia un problema que se discutirá más adelante, relacionado con la falta de continuidad en los Ministerios y demás organismos de salud del Estado, del personal técnico capacitado en los proyectos de intervención en salud de los países.

La primera sección presenta un resumen de la información que se recopiló en los diferentes países relacionada con la manera en cómo se implementó y algunas de las estrategias COMBI y sus principales lecciones. Al finalizar esta parte, se presenta en una tabla una síntesis de los principales éxitos alcanzados en la implementación de los proyectos COMBI y los retos futuros que se plantean a los países al proponerse nuevos programas utilizando la metodología COMBI.

En la segunda parte se reporta las lecciones generales que se desprenden del análisis de los planteamientos y consensos discutidos en la reunión de Perú. A fin de dar orden y sentido a las discusiones y experiencias compartidas, se identificaron dos grandes categorías que engloban aspectos más amplios relacionados con la implementación de la metodología.

Estas categorías o dimensiones son:

- Dimensión política y técnica.
- Dimensión teórico-práctica de la metodología.

La primera dimensión incluye aspectos relacionados con la política, el contexto de las decisiones supranacionales, nacionales y regionales que afectan el desarrollo de la metodología dentro de los programas nacionales de dengue, así como el conocimiento técnico y el proceso formativo que se requiere para implementar la metodología COMBI.

La segunda dimensión muestra aspectos relacionados con reflexiones teórico prácticas discutidas a partir de las presentaciones realizadas por los expertos durante el taller, y ampliadas a través de consultas posteriores realizadas por el equipo sistematizador.

En la tercera parte de este informe de sistematización del taller regional de experiencias COMBI, se analizan en detalle los aportes discutidos en el encuentro relacionado con cada uno de los pasos de la metodología COMBI, a partir de tres categorías básicas que guiaron el análisis:

1. ¿Qué funcionó en el desarrollo de este paso?
2. ¿Qué no funcionó en el desarrollo de este paso?
3. ¿Qué sugerencias y/o recomendaciones se plantean relacionadas con este paso?

Al final de esta sección, se realiza una reflexión en torno a la posibilidad de considerar la fusión de algunos pasos de la guía de *Planificación de la Movilización y Comunicación Social para la Prevención y el Control del Dengue: Guía Paso a Paso*.

#### 7.1.1. PRESENTACIÓN DE CASOS POR PAÍSES: INFORME DE RESULTADOS DE LECCIONES APRENDIDAS EN LA APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA COMBI

##### CHILE

Lugar donde se implementó el Proyecto COMBI: Isla de Pascua.

##### **Descripción General del Proyecto**

La ejecución del proyecto COMBI se inició en el país en la Isla de Pascua en 2009. Sin embargo, por razones administrativas relacionadas con el recurso humano, la mayoría del personal capacitado fue despedido. Este inconveniente detuvo la aplicación de la estrategia.

La capacitación COMBI fue limitada a un grupo que no planeó multiplicación de la misma y dificultó el empoderamiento y la apropiación de un personal más amplio. Adicionalmente

no se trabajó en investigación formativa, por ende no se definieron objetivos conductuales ni planes de ejecución estratégicos. En síntesis, la implementación de la estrategia COMBI se realizó de manera limitada.

### **Lecciones Aprendidas del Proceso**

La lección aprendida está relacionada con la dimensión política en tanto se puede afirmar que para que funcione un proyecto COMBI, entre muchas otras razones, debe haber voluntad política del país, lo que permite apoyar la zona donde se va implementar el proceso. Este aspecto requiere, asimismo, que se comprometan recursos económicos y humanos para la ejecución del proyecto y permita superar las necesidades concretas surgidas en cada contexto.

Igualmente, un proyecto requiere equipos capacitados y empoderados que lideren el proceso más allá de las dificultades presentadas en los aspectos políticos, técnicos o administrativos y que han sido común a todos los países consultados, aún incluso en aquellos donde los procesos COMBI han sido exitosos.

## **COSTA RICA**

Ciudad donde se implementó el Proyecto COMBI: San José.

### **Descripción General del Proyecto**

La aplicación de la metodología en el país se ha desarrollado desde el año 2006 hasta la actualidad, y ha contado con el apoyo de algunas empresas privadas del sector.

El proyecto lleva como principal objetivo conductual: *la recolección de llantas en desuso, donde se prestan la cría del mosquito del dengue con gran productividad.*

La experiencia que se ha vivido con la aplicación de los 15 pasos COMBI ha sido favorable y en términos generales el proyecto implementado siguió los lineamientos de la metodología, destacándose el diseño de los objetivos conductuales.

### **Lecciones Aprendidas del Proceso**

En relación con los principales inconvenientes que ha sufrido el proyecto COMBI se mencionó que la falta de personal especializado en el tema COMBI, sumado a la renovación permanente de personal ha obstaculizado las acciones a desarrollar. En este sentido, se propone desarrollar acciones oportunas para ayudar a superar las dificultades que acontecen en los distintos momentos del proceso y poder así ir monitoreando y realizando los ajustes correspondientes.

Hay que superar la mirada de la guía como una esquematización de los pasos. La guía es un documento que orienta la implementación de la metodología y no es una norma estricta que deba cumplirse literalmente. Se sugiere no perder la espontaneidad y la creatividad en este tipo de procesos técnicos.

Otra lección aprendida sugiere tener en cuenta que el poco tiempo y la ausencia de herramientas para trabajar son algunas de las razones por las cuales algunos funcionarios han fusionado los pasos 7 y 13 y omiten otro, por ejemplo el paso 15 debido a que el tiempo es limitado, el uso de las retroalimentaciones de las actividades desarrolladas les es útil.

## En los Países

Por otro lado, en la siguiente tabla se observa una síntesis de las presentaciones que cada país hizo, donde se describen las lecciones aprendidas en los Proyectos COMBI desarrollados en los países participantes en el taller, los elementos que son comunes al proceso de implementación de la metodología, sus éxitos y los desafíos para futuras de las intervenciones.

## ECUADOR

Ciudad donde se implementó el Proyecto COMBI: Santa Cruz de Galápagos.

### Descripción General del Proyecto

El proyecto COMBI en Ecuador se adelantó en la comunidad de Santa Cruz de Galápagos en el año 2006. La aplicación de la metodología fue llevada a cabo por acuerdo ministerial entre colegios y coordinadores comunales.

El objetivo fue denominado *lavado y cepillado de las paredes internas de los depósitos de almacenamiento de agua para lavar (a un año)*.

El proyecto inició con un presupuesto de 35 mil dólares donados por la OPS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC). Fue propuesto a un año, pero la planificación inicial se retrasó 10 meses por la coyuntura política del momento, que finalizó en golpe de estado. Esta inestabilidad política afectó la contratación del recurso humano.

Como solución a la crisis del recurso humano se propuso trabajar con los colegios y sus estudiantes de cuarto y quinto año de bachillerato en servicios comunitarios obligatorios. En total se vincularon un total de 7 coordinadores del sector académico y 115 estudiantes.

Algunas de las actividades llevadas a cabo durante la ejecución de proyecto fueron las siguientes:

1. Abogacía con gobierno municipal.
2. Capacitación de profesores y estudiantes.
3. Diseño de estrategias por los coordinadores y autoridades públicas del barrio.
4. Entrega de implemento de trabajo coordinadores y estudiantes (tableros esferográficos).
5. Diseño e impresión de formularios para registro del trabajo de los estudiantes.
6. Producción y difusión de material de comunicación, elaboración y coordinación para difusión de boletines de prensa en TV, radiales y medios impresos.
7. Entrega de implementos de aseo a las amas de casa de la zona de intervención (cepillos para lavar).

### Lecciones Aprendidas del Proceso

La lección aprendida de este proceso muestra que la vinculación de los estudiantes fue

uno de los principales inconvenientes del trabajo. Tanto coordinadores escolares como estudiantes habían sido capacitados previamente, pero no hubo proceso de apropiación o empoderamiento de la estrategia COMBI. Los estudiantes mecanizaron el trabajo por el afán de terminar pronto la tarea propuesta, por tanto, en el terreno no hubo un personal bien capacitado que colaborara con la implementación de la estrategia. Esto trajo como consecuencia que no se aplicaran los pasos de la estrategia, no se efectuara un adecuado levantamiento de información para la investigación formativa y no se realizaran diálogos o retroalimentaciones con la comunidad. En muchas ocasiones se cometieron más errores que beneficios en el trabajo realizado.

*“En reuniones de monitoreo con actores locales, manifestaron que el trabajo de los estudiantes en su interrelación con las amas de casa se había “mecanizado”, y que ellos simplemente se dedicaban a entrar, revisar el tanque y anotar datos en el formulario de registro. Esto debe tomarse muy en serio para tomar los correctivos necesarios en caso de que sea factible continuar realizando este plan”.*

Una de las razones expuesta por las cuales se considera que el proyecto no culminó con el éxito que se esperaba, es que hubo ausencia de apoyo ministerial en presupuesto e incentivos para los coordinadores y estudiantes, quienes prefirieron colaborar en los parques nacionales o lugares turísticos donde sí se les reconoce algún tipo de remuneración.

## GUATEMALA

Departamento donde se implementó el Proyecto COMBI: Zacapa.

### Descripción General del Proyecto

La aplicación de la estrategia se llevó a cabo en diez comunidades del departamento de Zacapa. El proyecto se planificó a 9 meses y se dividió en dos fases.

Primer objetivo conductual fue denominado: *Cepillado Correcto* (a seis meses) y el segundo objetivo conductual: *Espacio Limpio* (tres meses).

De acuerdo con el equipo del país, el éxito de la aplicación de la estrategia se debió a la aplicación rigurosa de los primeros tres pasos de la metodología, porque definen y direccionan el trabajo a realizar. Aunque aplicaron los 15 pasos en la primera fase, por falta de experiencia, fue difícil conseguir todo los resultados propuestos. Además es importante destacar que una de las observaciones en la visita de evaluación fue que los funcionarios del programa de control de vectores del departamento no quisieron participar en la evaluación del proyecto COMBI, por lo cual solo se obtuvieron resultados sobre cambios de conocimientos y no conductuales. En la segunda fase se trabajó a partir de los resultados de la primera y se realizaron ajustes o estrategias de mejoramiento en el proceso, sobre todo en la aplicación de los pasos.

### Lecciones Aprendidas del Proceso

La socialización del proyecto fue posiblemente lo más importante de las lecciones aprendidas ya que se plantearon retos que el equipo tuvo que entrar a superar por los inconvenientes encontrados en la comunidad, debido, entre otras razones, a la apatía y la limitada participación comunitaria, ya que no se les involucró desde el proceso de socialización.

Lo que no permitió buscar mecanismo de acercamiento y posibles aliados al interior de la comunidad.

*“Actualmente, el trabajo de intervención en la comunidad ha concluido, pero gracias a la inclusión que se hizo durante la generación de la estrategia se siguen aplicando los objetivos y estrategia por iniciativa de la misma comunidad”.*

La lección aprendida en este proceso es que desde el inicio de la aplicación de la estrategia se promueva una completa participación de la comunidad, lo que posibilita el empoderamiento y sostenibilidad de las acciones que se va a implementar.

*“Desde nuestro punto de vista, una de las lecciones más importantes sobre implementación radicó en apropiarse de la metodología, manejarla con propiedad lo que permite vislumbrar el horizonte próximo del proyecto”.*

*Al armar los equipos de trabajo COMBI es conveniente hacer actividades que mejoren las relaciones interpersonales para empoderar los grupos, lo cual es fundamental para el éxito del proyecto.*

*En nuestro caso, los pasos no fueron realizados en estricto orden pero el ejecutar los tres primeros fue básico. En algunos casos los pasos surgieron de manera espontáneo durante el desarrollo de otros, como por el ejemplo de la definición de la estrategia y su plan de ejecución.”*

## NICARAGUA

Ciudad donde se implementó el Proyecto COMBI: Matagalpa.

### **Descripción General del Proyecto**

En este país el trabajo con la metodología COMBI se ha estado realizando durante los años 2007-2009. Sin embargo, esta labor no ha podido completarse totalmente en todos los sectores. Actualmente, se trabaja con aproximadamente 10 comunidades, pero en ninguna de estas se han obtenido los resultados esperados debido al poco apoyo del gobierno municipal.

*“En este contexto la experiencia implementada en Matagalpa (barrio La Primavera), funcionó por la individualización de la vivienda. Se trabajó con la misma lógica con que trabajan los inspectores, es decir, casa a casa. Se implementó la estrategia en casa COMBI y casa no COMBI, para ver cómo se conducían las familias en la adopción del comportamiento propuesto. Esto generó empoderamiento en la comunidad en las casas COMBI. La experiencia se fue extendiendo a los otros sectores de la misma comunidad, con un fuerte acompañamiento del personal de salud. Al salir este personal del proyecto, la comunidad seguía trabajando en la conducta.”*

Algunas de las actividades llevadas a cabo durante la ejecución de proyecto fueron las siguientes:

1. Estructuración de objetivos que orientaran el trabajo a realizar.
2. Planteamiento de objetivos sencillos y a corto plazo para hacer más viable su cumplimiento.
3. Definición de los grupos de trabajo dentro de la comunidad.
4. Definición de estrategias en algunas ocasiones desarrolladas por la comunidad misma.
5. Análisis de resultado de monitoreo a partir de los cuales se realizaban ajustes a las estrategias.

### **Lecciones Aprendidas del Proceso**

Las lecciones aprendidas están relacionadas en la implementación de los 15 pasos COMBI.

El tiempo de planificación e implementación de la metodología es insuficiente, y se ve afectado porque los equipos de trabajo responsables de los proyectos COMBI también están comprometidos con otros procesos. Es decir, no hay dedicación exclusiva del equipo de salud a la implementación de la estrategia. Esto hace que los esfuerzos se dispersen.

Igualmente se planteó que no se ha valorado ni planificado suficientemente la retroalimentación ni fortalecimiento del personal ni del proceso (pasos 4 y 10). Éstos resultan de gran importancia para el éxito de la metodología.

Tampoco se planificó adecuadamente el monitoreo (paso 9), por falta de recursos y tiempo. Como sabemos, el monitoreo brinda la información necesaria para ir retroalimentando la estrategia y de esta manera realizar los ajustes que corresponda. Por tanto, esto no permitió realizar los ajustes necesarios que ameritó la intervención.

Finalmente, el país no se comprometió con la financiación para la compra de suficientes materiales para hacer pruebas (Paso 8). Como se ha mencionado en anteriormente, el apoyo financiero en los diferentes componentes y aspectos de la estrategia resulta esencial para garantizar su éxito. Esto está estrechamente ligado con la voluntad política que acompaña la metodología de intervención.

**Tabla 5. Implementación de la Metodología COMBI**

<b>Implementación Metodología COMBI</b>	
<b>Éxitos obtenidos</b>	<b>Retos Futuros</b>
Integrar los programas al conformar los equipos multidisciplinarios lo que ofrecen una mejor solución para el control del dengue.	Superar por la falta de apoyo de gobierno municipal. Fortalecer programas de comunicación social con enfoque de cambios conductuales.
Llevar a cabo acciones de abogacía con instituciones y autoridades nacionales, provinciales y/o departamentales y locales para hacer alianzas estratégicas.	Buscar que otros sectores como Educación, Ambiente y Saneamiento se unan con compromiso a los procesos de implementación de los proyectos. Superar el paradigma de que las enfermedades son solo responsabilidad del sector Salud.
Los proyectos COMBI se basaron en datos epidemiológicos y entomológicos y se centraron en las comunidades más afectadas por dengue.	Apoyar la sustentabilidad del programa en la implementación de la metodología.
Realizar la investigación formativa permite entender mejor el contexto de la conducta, establecer metas, diseñar las estrategias, segmentar las audiencias y optimizar los recursos del programa.	Fortalecer la evaluación-investigación final de los procesos desarrollados desde una mirada más holística. Avanzar en la construcción de indicadores conductuales probados y validados.
El monitoreo fue clave para ajustar el programa en los puntos intermedios de implementación. El monitoreo también mejora el cumplimiento de los objetivos conductuales en los hogares.	Identificar indicadores apropiados para el monitoreo.
Identificación de líderes del programa y la capacitación COMBI en los niveles regional y local.	Potenciar liderazgos comprometidos en recursos humano estables en los programas.
La participación comunitaria durante todo el proceso de implementación.	Promover estrategias que empoderen a las comunidades para garantizar sostenibilidad.
Probar conductas, estrategias y mensajes antes de su implementación para evitar pérdidas de dinero y tiempo reporta beneficios futuros para el éxito del proyecto.	Usar los resultados de proyectos pilotos para buscar recursos y alianzas estratégicas.

*Fuente: Taller Regional de Lecciones Aprendidas en Proyectos COMBI y pasos futuros en prevención, promoción, y comunicación para impactar en dengue. Lima, 8 de diciembre del 2009, Perú.*

## 7.1.2. LECCIONES APRENDIDAS EN TORNO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN PARA LA COMUNICACIÓN SOCIAL - COMBI (ENFOQUE GENERAL)

En esta sección desarrollamos las lecciones aprendidas entorno a la implementación de la planificación de la comunicación social para la prevención y promoción del dengue, sus principales resultados, conclusiones y observaciones más generales.

### 7.1.2.1. DIMENSIÓN POLÍTICO-TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA

Teniendo en cuenta que los países han puesto en marcha la metodología COMBI para implementar el componente de comunicación social, en el marco de la estrategia EGI-Dengue, el análisis de esta dimensión se hace a partir de los acuerdos y consensos alcanzados en dichos países (OPS, Ministerios de Salud, Organismos estatales de salud, etc.). Para ello, se tuvo en cuenta el proceso de orientaciones políticas, la toma de decisiones, el fortalecimiento de capacidades técnicas y administrativas en el ámbito local y las alianzas estratégicas, así como las experiencias COMBI desarrolladas que han funcionado en los países y las lecciones aprendidas en estas áreas.

En relación con las orientaciones de la política y los contenidos de la EGI-Dengue, se puede afirmar que los planteamientos de la política en general, expresan las directrices y orientaciones establecidas en los acuerdos internacionales relacionados con los programas de nueva generación en dengue. Asimismo, las directrices se encuentran formuladas en los documentos EGI-Dengue y en los documentos de planificación de la metodología COMBI.

### 7.1.2.2. INVOLUCRAR LOS DIFERENTES NIVELES ADMINISTRATIVOS EN LAS DECISIONES RELACIONADAS CON LA IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA COMBI

En este contexto, los acuerdos se establecen con funcionarios de un alto perfil, tales como los Ministros y funcionarios centrales, pero en ocasiones, estas orientaciones no se definen en los niveles más técnicos de las instituciones de Salud. Si bien las autoridades centrales firman los acuerdos y establecen las directrices de las líneas de acción a seguir, corresponde a los funcionarios adscritos a las diferentes dependencias tanto centrales como provinciales, implementar las mismas. Dado que en su mayoría no se llevan a cabo con el concurso directo de este personal técnico, es común observar que tales directrices y orientaciones puedan, en principio, resultar ajenas a su ámbito de acción.

En este sentido, la lección aprendida que se desprende del consenso de las discusiones en Perú, sugiere establecer mecanismos que permitan el empoderamiento (sin desconocer que existen excepciones al respecto), de las personas que van a estar directamente involucrados en los procesos y, que a su vez, les permita observar la importancia de ser parte de acciones multi-país, que aportan a las soluciones colectivas del manejo de esta compleja enfermedad.

### 7.1.2.3. ALIANZAS EFECTIVAS QUE CONTRIBUYAN AL PROCESO

Si bien la metodología COMBI plantea como paso inicial conformar equipos multidisciplinarios, que con su experticia y saber contribuyan al logro de los objetivos trazados en la metodología, lo que con frecuencia se observa en la práctica es que no todos los sectores confluyen de manera real y algunos elementos esenciales de la intervención se ven afectados por esta circunstancia.

De esta manera, para la implementación de la metodología COMBI en algunos países, no siempre se ha contado con una información epidemiológica, entomológica y social actualizada y consolidada que facilite la toma de decisión en cuanto a las acciones que hay que emprender.

En otros casos se ha contado con actores claves, como el sector educativo, que ha apoyado procesos de divulgación y recolección de información relacionada con la metodología COMBI en algunos países. Sin embargo, por diferentes circunstancias (falta de capacitación adecuada, carencia de compromiso), tal apoyo ha resultado en uno de los factores que ha dificultado la consecución de los logros del programa.

*En reuniones de monitoreo con actores locales, manifestaron que el trabajo de los estudiantes en su interrelación con las amas de casa se habla “mecanizada“, y que ellos simplemente se dedicaban a entrar, revisar el tanque y anotar datos en el formulario de registro. Esto debe tomarse muy en serio para tomar los correctivos necesarios en caso de que sea factible continuar realizando este plan (Ecuador)*

De esta manera, la lección que se desprende del análisis de estos hechos es la necesidad de contar con socios comprometidos que conformen el equipo disciplinario, pero que por su nivel de compromiso se constituyan en factores que dinamicen las diferentes fases de intervención con la metodología COMBI. Se da por contado que el proceso es complejo y demanda un nivel de gestión importante, que permita hacer confluír los diferentes objetivos e intereses de los distintos grupos (epidemiólogos, entomólogos, educadores, educadores y promotores de la salud, comunicadores) y sectores. No obstante, la evidencia acumulada de muchas intervenciones en salud confirma que el trabajo integrado con la participación de diversos sectores comprometidos resulta más exitoso y con mayor nivel de impacto en el contexto social.

En relación con las alianzas estratégicas, se recomienda realizarlas con organizaciones sociales, academias y/o universidades, sector privado, así como diversos actores sociales, para que se unan a la implementación de la iniciativa como multiplicadores del esfuerzo, así como alianzas con medios de comunicación. En última, los proyectos deben funcionar con el establecimiento de alianzas estratégicas que posibiliten la unión de voluntades en un panorama de cooperación e integración. Los programas deben armar equipos con alto perfil para la abogacía y relaciones públicas, que promuevan la adherencia de aliados claves a nuestras iniciativas. Esto es sin duda vital para avanzar en todos los niveles en la implementación de un proyecto COMBI.

#### 7.1.2.4. EL CONOCIMIENTO TÉCNICO ES ESENCIAL

Este punto es de vital importancia y en él confluyen tanto la dimensión política como la dimensión técnica. Un requisito esencial que puede determinar el éxito o no de la estrategia de intervención COMBI, es conocer en esencia la metodología paso a paso. En este sentido, los organismos internacionales (OPS/OMS) y los Ministerios de Salud de los países de las Américas hacen un gran esfuerzo por capacitar a los funcionarios que posteriormente estarán a cargo de la implementación de los planes nacionales y locales en la lucha contra el dengue. Sin embargo, la discusión de este punto evidenció varios problemas.

De una parte, no siempre se observa un claro nivel de compromiso por parte de los funcionarios que participan en tales capacitaciones, en el sentido de apropiarse de la metodología, comprender su estructura y esencia para posteriormente usarla en su ámbito de desempeño. A veces se asume como una más de las múltiples capacitaciones a que están expuestos por tener a su cargo un amplio número de planes y programas en su esfera de desempeño.

De otra parte, se ha evidenciado que no siempre hay continuidad ni seguimiento en los procesos formativos en las distintas dependencias de salud adscritas a los Ministerios. Una capacitación intensa de 3 días o una semana puede proporcionar lineamientos y las bases para la apropiación de la metodología COMBI. No obstante, siempre pueden surgir preguntas, dudas y, sobretudo, incertidumbres una vez se estén implementando los planes en las comunidades. Los funcionarios, con mucha frecuencia, no cuentan con orientaciones concretas una vez ha transcurrido el proceso de capacitación inicial en la metodología y tampoco tienen acceso al apoyo técnico oportuno para que les resuelva las dudas e inquietudes. Estas incertidumbres pueden llevarlos a desistir de seguir avanzando en la estrategia y volver a sus prácticas habituales en relación con la prevención del dengue.

Otro aspecto que emergió en el proceso de sistematización de las lecciones aprendidas de la implementación de la metodología COMBI, fue el hecho de que la alta rotación del personal de salud adscritos a los Ministerios o la falta de continuidad en los cargos ha traído como consecuencia que el esfuerzo de capacitación se pierda. Algunos de los cargos del personal técnico están relacionados con la autoridad de salud de turno. El nuevo directivo de salud a nivel central o provincial vincula a los cargos el personal de confianza, reemplazando o delegando en otros puestos funcionarios con un alto nivel técnico. De manera que el nuevo personal desconoce la metodología y, por tanto, no puede dar continuidad a las acciones, por lo que requieren capacitación que, mientras se ubica al personal técnico que pueda ofrecérsela y se lleva a cabo, en principio puede frenar la dinámica del proceso de intervención.

La lección que se desprende, de este punto en particular, es que la rotación de personal idealmente se verifique en los altos niveles de gerencia y no en los niveles técnicos u operativos. Resulta estratégico garantizar la continuidad de aquellos funcionarios que han sido capacitados y que por su experiencia y desempeño en el proyecto cuenta con un saber acumulado sobre la metodología COMBI. Si definitivamente esto no es posible en los países, otro elemento que pudiera ser de gran utilidad sería documentar, de manera suficiente todos los procesos para conocer en detalle el antes, durante y después de la estrategia de intervención con las características y condiciones de cómo se esté llevando o se haya llevado a cabo.

#### 7.1.2.5. INVOLUCRAR CAMPEONES DE PROGRAMA

En el fortalecimiento de capacidades en el ámbito local, se recomienda tener en cuenta que los diseños estratégicos de la movilización social requieren identificar actores claves con definiciones claras de sus respectivas funciones dentro del ámbito de trabajo del proyecto. Algunos de estos actores claves se han convertidos en verdaderos líderes, que impulsan los proyectos de manera exitosa, y por esto se les ha denominado “campeones de programa”.

La experiencia compartida en el taller regional de experiencia COMBI, es que aquellos procesos de intervención que contaron con la participación de personas comprometidas y con gran capacidad de liderazgo que incentivaban a otros actores, y que por su gestión hacían posible el avance de los procesos, resultaban altamente exitosos. Si bien no se trata de estimular la idea de pensar que las personalidades individuales son las que hacen posible que el proceso se lleve a cabo de una manera exitosa, la idea que trascendió es que un líder con gran ascendencia y altamente motivado, se constituye, junto con otros factores, en un insumo importante para llevar a feliz término la estrategia COMBI.

De esta manera, la lección aprendida que se genera a este respecto es que el hecho de identificar líderes en el contexto local con gran ascendencia puede ser un factor muy positivo para la estrategia. De hecho, la literatura en cambios de comportamiento en salud plantea como estrategia de intervención el *Modelo del Líder de Opinión Popular*. En esencia el modelo plantea que se debe identificar los líderes de opinión con gran ascendencia para que sean ellos los que promuevan cambios de comportamiento a nivel de su esfera social. De manera similar, podemos identificar estos campeones de programa y adherirlos a nuestra propuesta de intervención.

#### 7.1.2.6. CONOCER BIEN EL CONTEXTO SOCIAL

En los procesos de intervención relacionados con cambios de comportamientos, el conocimiento que tiene la comunidad en torno a los diferentes hechos de salud ocupa un lugar preponderante. Los habitantes de la comunidad pueden tener un saber ya construido, que ha trascendido diferentes generaciones y que está plenamente arraigado, y que puede entrar en conflicto con lo que la estrategia plantea como comportamientos metas para evitar la transmisión del dengue. En algunos casos ocurre que el saber cultural está en contravía con el saber científico, que es percibido más como algo externo, ajeno e impuesto, y que lo ven muy alejado de lo que tradicionalmente han creído con respecto a la enfermedad.

En otros casos se presenta el hecho de que los habitantes conocen el origen de la enfermedad, identifican como se transmite, e inclusive tienen nociones de medidas que pueden adoptar para prevenir o controlar su transmisión. Sin embargo, no toman ninguna clase de acción al respecto. Se evidencia una total disociación entre el conocimiento relacionado con la enfermedad y su prevención y la práctica. En este sentido, la barrera mayor no son las creencias sino el “no hacer nada”.

Estas y otras circunstancias que se pueden presentar relacionadas con la complejidad de los cambios de comportamiento, evidencian la necesidad de rodearse de personal técnico empoderado que conozca muy bien los lugares donde se va a trabajar desde las perspectivas social, cultural y geográfica. Comprender el contexto cultural resulta de gran importancia

para estructurar una estrategia de comunicación y movilización social que permita un mayor impacto en el contexto local. Permitirá que la estrategia hable en el lenguaje y el estilo que le sea cercano a la comunidad. Ayudará asimismo a negociar el saber popular con el saber científico para lograr de esta manera una mayor efectividad en las conductas que se quieren promover.

De otra parte, tener un inventario actualizado de las redes sociales existentes en la zona, de los procesos de comunicación local que se han adelantado o que se estén adelantado y levantar información sobre los canales y medios de comunicación social apropiados, es de vital importancia ya que permitirá tener claridad sobre cómo llegar de una manera más efectiva y con los medios locales que usa la comunidad.

### 7.1.3. DIMENSIÓN DE APRENDIZAJES TEÓRICO-PRÁCTICOS DE LA METODOLOGÍA COMBI

En esta parte, se hace una reflexión en torno a los distintos aprendizajes teóricos y prácticos generados a partir de la implementación de la metodología y de proyectos COMBI en la región. En este sentido, se presentan las siguientes lecciones aprendidas, teniendo en cuenta las observaciones sobre los comportamientos promovidos, el uso de los índices entomológicos para “medir” la conducta humana y la evaluación de las conductas, y conclusiones desde las experiencias de expertos.

#### 7.1.3.1. FORTALECER EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

A pesar de que a la fecha se han llevado a cabo gran cantidad de procesos de capacitación y se han implementado muchos programas de intervención con la metodología COMBI en la región de las Américas, la literatura sobre estos procesos de intervención resulta escasa. No es posible encontrar artículos publicados o capítulos de libros que recojan investigaciones que aporten elementos tales como experiencias exitosas, dificultades que se presentaron durante la intervención y como fueron superadas, problemas relacionados con algunos de los pasos de la estrategia, en fin, información puntual que ayude a tener mejores elementos al momento de estructurar el plan de ejecución de la estrategia COMBI.

El avance del conocimiento en las diferentes disciplinas pasa por el saber acumulado que va permitiendo, a los miembros de esa comunidad específica, aprovechar las experiencias de otros y no repetir los mismos errores, sino construir a partir del camino ya recorrido. Desde esta perspectiva, mucho es lo que hay por hacer con respecto a la divulgación de las lecciones aprendidas en torno a las experiencias COMBI. En este sentido, realizar alianzas estratégicas con la academia para involucrarlos como socios en los procesos de intervención de la estrategia resulta muy favorable. De una parte, esto permitiría contar con expertos en investigación social que, eventualmente, contribuirían a la sistematización de las experiencias. Asimismo, los investigadores podrían enseñar a los funcionarios de salud a construir instrumentos y herramientas metodológicas que podrían facilitar los procesos de sistematización.

Con mucha frecuencia se pondera la importancia de vincular científicos sociales en los diferentes pasos que incluye la metodología COMBI. Desde esta óptica los investigadores sociales podrían contribuir a construir un conocimiento importante sobre la estrategia que

se pudiera convertir en un referente básico esencial para ilustrar de múltiples maneras a todos aquellos interesados en la metodología COMBI.

#### 7.1.3.2. EL FACTOR TIEMPO

Un elemento común que se evidenció en las discusiones del taller regional de las experiencias COMBI, fue la necesidad de tener presente la dimensión temporal en el contexto de los procesos de intervención llevado a cabo en los países. Los cambios de conducta son complejos y demandan mucho tiempo para que sean, en principio, adoptados y luego mecanizados para lograr resultados visibles a largo plazo. La literatura en torno a la prevención del dengue ha evidenciado que los métodos más efectivos son aquellos que se centran en reducir el contacto entre los seres humanos y el vector. En el contexto de las estrategias COMBI, esto se traduce en promover dos, o máximo tres conductas claves, que lleven a reducir la posibilidad de este contacto.

Sin embargo, la adopción o cambios de comportamiento son procesos muy lentos y que revisten una multiplicidad de factores para que sean finalmente logrados. Asimismo, el cambio de comportamiento no siempre significa un cambio inmediato ni automático de las condiciones que propician un problema de salud pública. Esta realidad parece escapar de los decisores del área de salud, que ante situaciones complejas de salud pública demandan medidas con resultados inmediatos. De esta manera, programas que son de largo plazo pueden resultar perjudicados en la asignación de recursos, ya que son percibidos como poco efectivos para mostrar resultados inmediatos.

La lección aprendida en torno al factor tiempo, es que es indispensable comprender que los procesos de intervención con la metodología COMBI requieren un trabajo largo y sostenido por la naturaleza de que es una intervención que privilegia los cambios de comportamiento. Asimismo, se requiere de un apoyo financiero a largo plazo que permita el desarrollo de la metodología paso a paso, especialmente porque el proceso de monitoreo y evaluación es más importante en programas para el cambio de comportamiento. Esto es debido a que es un proceso largo, que necesita entregar información a los decisores de programas para justificar la inversión y hacer los ajustes necesarios al programa, para garantizar así mayor efectividad y duración en los resultados.

#### 7.1.3.3. EL CONTEXTO

Otro factor que emergió de las discusiones llevadas a cabo en torno a las lecciones aprendidas con respecto a las experiencias COMBI en los países fue la necesidad de considerar al individuo en el contexto al momento de estructurar la estrategia. Esta lección está ampliamente respaldada en la literatura científica, en donde se plantea que aquellas intervenciones en comunicación en salud que enfatizan en los cambios de conducta a nivel individual son poco efectivas, tienden a ser inmediateistas y no garantizan cambios importantes a largo plazo.

Dado que el individuo no es aislado de su familia o de su comunidad, se hace indispensable vincular a los otros actores sociales al proceso de la metodología COMBI. De esta manera, al vincular estos segmentos de población en el diseño de las estrategias, su apoyo puede ser fundamental en la adopción y mantenimiento de las prácticas propuestas a la audiencia diana. Igualmente, las intervenciones en comunicación deberían ofrecer la oportunidad de

incorporar un enfoque integral de la intervención, que facilite el abordaje de aspectos clave como la participación familiar, de niños, jóvenes, mujeres y hombres, en los procesos comunitarios, desde la promoción de los derechos y la organización comunitaria.

#### 7.1.3.4. INDICADORES DE CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO

En el uso de los índices entomológicos es importante tener en cuenta que estos indicadores miden indirectamente las acciones propuestas y no son adecuados para evaluar intervenciones sociales. Este es uno de los puntos más álgidos en la presentación de resultados de la estrategia COMBI, ya que en muchas ocasiones se muestran resultados a partir de estos indicadores indirectos. La lección aprendida en torno a este punto plantea que los indicadores entomológicos no necesariamente guardan una correspondencia con la conducta humana, sino pueden constituirse en un reflejo directo de la conducta del vector.

Una estrategia de intervención con la metodología COMBI puede ser tremendamente exitosa al lograr que los recipientes más productivos para la propagación del vector sean claramente identificados en la evaluación formativa, y los habitantes del sector adopten las conductas claves para controlar los hábitats de larvas y pupas sin dejar que el proceso de cría del vector llegue a la propagación del mosquito *Ae. aegypti* en su contexto inmediato. Sin embargo, pueden existir otros factores ambientales o de infraestructura mucho más amplios y que podrían contribuir a la propagación del vector. A pesar de esto, en el rango de acciones de las familias o los grupos sociales que hacen parte de la intervención, los comportamientos adoptados fueron los ideales.

En este sentido, los indicadores entomológicos sólo se limitarían a reportar elementos relacionados con la larva o la pupa presente en los recipientes o los índices de infestación, pero no necesariamente dan cuenta de los cambios de comportamientos logrados relacionados con la concientización de los factores que propician la enfermedad y las consecuentes acciones emprendidas para su prevención. De manera que esta lección es un claro llamado a crear y trabajar con indicadores que sean más consecuentes con los objetivos trazados por la estrategia de intervención COMBI.

#### 7.1.3.5. INDICADORES CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS

Hasta ahora, ha predominado en los procesos de evaluación una mirada que privilegia las mediciones de cambios de conducta en las dimensiones cognoscitivas, actitudinal y comportamental reportadas por los individuos a través de encuestas CAP (Conocimiento, Actitud y Prácticas). Las evaluaciones en las estrategias de intervención en dengue no se han distanciado de esta tendencia. Usualmente se han usado las encuestas CAP para reportar la efectividad de las intervenciones. En otros casos, estas mediciones se han fundamentado en índices entomológicos que no dan cuenta directa de los cambios obtenidos, como ya fue mencionado.

La reflexión en este aspecto nos plantea que necesitamos evaluaciones post intervención, a partir de indicadores de cambios de comportamiento contruidos desde una mirada de las ciencias sociales, que no solo privilegie la perspectiva cuantitativa, sino también incluya los enfoques cualitativos y participativos que puedan dar cuenta de los éxitos o fracasos obtenidos a través de las intervenciones adelantadas. Tal proceso de evaluación podría ser concomitante con los procesos cuantitativos, así como con los indicadores indirectos, ya

sean entomológicos o epidemiológicos, necesarios pero no suficientes para medir cambios de comportamientos.

En resumen, en las evaluaciones de los proyectos COMBI, se debería avanzar en la construcción de indicadores de mediciones de las conductas propuestas, identificar cuáles son los indicadores en la adopción de la conducta y responder interrogantes como: ¿cuáles han sido los resultados o los impactos obtenidos con las estrategias de comunicación? ¿alcanzamos los objetivos conductuales propuestos? En la búsqueda de esta respuesta se pudiera utilizar tanto el enfoque cuantitativo como el enfoque cualitativo. En todo caso, estos resultan interrogantes claves para establecer si hemos sido exitosos, o no, en las intervenciones.

# 8. LECCIONES APRENDIDAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA COMBI: ENFOQUE PASO A PASO

La metodología COMBI propone quince pasos para la planificación del proceso a desarrollar, ver siguiente tabla:

**Tabla 6: Quince pasos de la planificación COMBI**

QUINCE PASOS DE LA PLANIFICACIÓN COMBI	
1	Armar un equipo de planificación multidisciplinario
2	Establecer objetivos conductuales preliminares
3	Planificar y realizar la investigación formativa
4	Facilitar retroalimentación de las investigaciones formativas
5	Analizar, priorizar y especificar los objetivos conductuales finales
6	Segmentar los grupos destinatarios
7	Elaborar su estrategia
8	Probar previamente los comportamientos, mensajes y materiales
9	Establecer un sistema de monitoreo
10	Fortalecer las habilidades del personal
11	Establecer sistemas para administrar y compartir la información
12	Estructurar su programa
13	Redactar un plan de ejecución estratégico
14	Determinar su presupuesto
15	Realizar una prueba piloto y revisar su plan

*Fuente: Parks, W. y Lloyd, L.S. (2003). Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del dengue. Guía paso a paso. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.*

## **PASO 1. Armar un equipo de planificación multidisciplinario.**

### **¿Qué funcionó en el desarrollo de este paso?**

A partir del trabajo iniciado por la OPS, se consiguieron acuerdos que han sido respaldados por la voluntad política de los países para implementar COMBI. Esto facilitó conformar el equipo multidisciplinario en todos los niveles que integró a diferentes sectores. Asimismo, la capacitación en COMBI favoreció las condiciones para la conformación de los equipos multidisciplinarios: los talleres de capacitación fueron talleres de adiestramiento en la metodología y manejo de la *Guía paso por paso* (Parks y Lloyd, 2003). Esta capacitación

orientó también el proceso de cómo utilizar la comunicación y la movilización social para vincular a otros actores claves al proyecto de intervención.

Hubo consenso entre los participantes al taller de experiencias COMBI en que la socialización de los proyectos y la abogacía realizada ante las instituciones y la población civil contribuyeron a la conformación de los equipos multidisciplinares.

Otro elemento que funcionó en el desarrollo de este paso fue contar con el apoyo político de otros sectores. Este aspecto fue importante y está relacionado con la capacidad de convocatoria y liderazgo que tienen los Ministerios de Salud y sus instituciones en todos los países de la región.

### **¿Qué no funcionó en este paso?**

En cuanto a los obstáculos o limitaciones relacionados con este paso, hubo acuerdo en que los avances en los procesos de implementación se ven afectados generalmente por cambios de autoridades políticas, sobre todo en periodo de transiciones electorales, o cambios gerenciales de los proyectos. Lo que a su vez se manifiesta en alta rotación de personal integrante de los equipos, ya que pueden ser removidos a otros cargos o instituciones. Tal situación implica que los procesos se frenan en sus dinámicas y se pierde, en muchos casos, el hilo conductor y orientador. Asimismo, puede traer como consecuencia ausencia de cohesión por falta de sensibilización, falta de compromiso y personal sin capacitación técnica.

### **Recomendaciones y Sugerencias**

Se recomienda establecer en los planes de acción recursos de capacitación y empalme con los nuevos equipos, así como tener en los equipos algunas personas de carreras administrativas que pueden dar sostenibilidad a los procesos. Incluir en el interior de los programas estrategias de socialización y abogacía para los nuevos funcionarios que se vinculen a los programas y que estén en un nivel decisorio para los proyectos.

Fortalecer, desde el enfoque de la EGI-Dengue, el trabajo de los equipos multidisciplinares para que las personas visionen las ventajas de trabajar desde una perspectiva integrada. Asimismo, resulta importante mostrar a los investigadores y científicos sociales de diversas disciplinas que pueden contribuir desde múltiples miradas y enfoques al manejo conjunto del dengue.

Igualmente se recomienda que, para que los equipos COMBI se hagan funcionales y operativos, se deben definir claramente los roles y funciones con planes de trabajos concretos que permitan avanzar en los procesos. También se aconseja presupuestar la planificación de reuniones periódicas para retroalimentar entre los miembros del equipo multidisciplinario las acciones que se están ejecutando.

Finalmente, resulta importante seguir trabajando para que otros sectores sociales e institucionales sean sensibilizados y actúen frente a la situación de riesgo en dengue, ya que a pesar de reconocer que este es un problema de salud pública que afecta a todos, generalmente, se espera que sea solo el sector salud quien lidere y oriente todas las acciones frente a la enfermedad.

## **PASO 2. Establecer objetivos conductuales preliminares.**

### **¿Qué funcionó en el desarrollo de este paso?**

A pesar de que el objetivo preliminar se plantea previo a la investigación formativa y puede resultar en muchos casos muy intuitivo, el consenso que emergió de las discusiones del taller es que contar con un análisis situacional previo que integrara variables de tipo epidemiológicas, entomológicas, clínicas y sociales de la enfermedad, proporcionaba las herramientas para esbozar una propuesta más concreta y ajustada a la realidad. También funcionó contar con análisis de procesos y materiales elaborados en los programas tales como materiales educativos, publicitarios e informe de encuestas tipo CAP.

Se evidenció, como una práctica positiva en este paso, el hecho de construir los objetivos preliminares con el equipo multidisciplinario, a partir del análisis de los factores de riesgos y de las experiencias de los profesionales en las distintas áreas. De manera que desde esta fase inicial el aporte del equipo multidisciplinario resulta valioso. No es conveniente pensar que solo se debe contar con los miembros del equipo para labores operativas y aplicadas. El equipo de planeación de la estrategia debe integrar también los aportes que pueda realizar el equipo multidisciplinario y esto sin duda puede beneficiar enormemente a la estrategia.

### **¿Qué no funcionó en este paso?**

Elaborar objetivos conductuales preliminares en niveles gerenciales o de profesionales en el área, a partir de datos técnicos, y no validarlo con el personal de campo que conoce el contexto o las comunidades resultó una práctica poco efectiva para la estrategia. Esto es asociado más con el viejo enfoque de carácter vertical en donde el personal de campo y los funcionarios técnicos solo cumplían con un trabajo operativo consistente en seguir directrices, pero su conocimiento y saber acumulado en el terreno no eran tenidos en cuenta.

Si bien los objetivos son en principio preliminares, no significa esto que no guarden relación real con el contexto del cual son referentes. Se parte del hecho de que hay una información base que tienen los funcionarios, producto de la labor que ha venido desarrollando en la comunidad. Cuando se carece de suficiente información técnica de tipo epidemiológico o entomológica a nivel local, la experiencia es que este paso no ha funcionado.

### **Recomendaciones y Sugerencias**

Se planteó como recomendación explorar la posibilidad de validar el saber de los expertos y los datos científicos en la construcción de los objetivos preliminares con las comunidades ya que esto permite construir objetivos conductuales más sólidos y ajustados a la realidad.

Incorporar la información técnica que se tenga con anterioridad relacionada con diagnóstico epidemiológico y entomológico para tener en cuenta las distintas variables que afectan el manejo integral de la enfermedad.

Seguir apoyando a los países con personal experto en el área de investigación, ya que esto facilitó el trabajo y preparó el camino para adelantar procesos exitosos.

### **PASO 3. Planificar y realizar la investigación formativa.**

#### **¿Qué funcionó en el desarrollo de este paso?**

Dado que este es un paso clave de la metodología, se requiere una información muy concreta, producto de una labor minuciosa de investigación. Las buenas pesquisas, primero están bien diseñadas y luego toman tiempo. Cuando la labor de la investigación formativa se ha tenido presente estos elementos, sus posibilidades de éxitos han sido mayores. De esta manera, ha funcionado en este paso invertir el tiempo necesario para realizar una investigación formativa completa y bien hecha.

Si bien ya en la sección pasada se ponderó la importancia de incorporar la investigación cualitativa a los procesos de evaluación de las intervenciones, asimismo resulta muy importante también este enfoque en la investigación formativa. De esta manera, además de las encuestas tipo CAP, también ha funcionado utilizar otras técnicas de investigación tales como grupos focales, entrevistas a profundidad y visitas casa a casa.

La participación comunitaria fue otro elemento que facilitó la investigación formativa, sobre todo en lugares de difícil acceso, porque permite dar acceso a los funcionarios y demás personal de la estrategia a los sitios de alta vulnerabilidad social, donde la delincuencia común se convierte en un gran obstáculo para llevar a cabo esta labor de investigación.

Un aspecto resaltado por los participantes es la importancia del acompañamiento y asistencia técnica que algunos países tuvieron por parte de la OPS en el proceso de implementación de la metodología. La asistencia técnica y el acompañamiento facilitan la aplicación de la metodología y fortalece las habilidades y el empoderamiento de los equipos locales (Fig. 4).

**Figura 4. Beneficios de la Investigación Formativa (Guía COMBI Paso a Paso)**



*Fuente: Parks, W. y Lloyd, L.S. (2003). Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del dengue. Guía paso a paso. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.*

Entre las dificultades se concluye que el proceso de investigación formativa se prolonga en ocasiones por falta de recurso humano especializado que manejen elementos claves de la investigación social. En ocasiones, el personal cualificado puede traducir aquellos términos muy técnicos que no están al alcance de la comunidad. Asimismo, no funciona la investi-

gación formativa cuando no hay personas con formación de base social que orienten los procesos investigativos para que puedan incluir los aspectos culturales que son asociados a la enfermedad.

En el levantamiento de la información y aplicación de instrumentos de recolección de datos, si no hay un entrenamiento adecuado de los equipos de investigación, se corre el riesgo de sesgar la información y dificultar la posterior validación de datos en las comunidades.

Otra dificultad, que se presentó muy a menudo, fue que en los niveles decisores de la estrategia no valoran la importancia de la investigación y el tiempo dedicado a la misma y, por tanto, ejercen presión para desarrollar acciones de intervención sin previa investigación.

## **Recomendaciones y Sugerencias**

Se recomienda tener presente que para que funcione este paso es necesario que los decisores y demás miembros de salud del país se comprometan con el personal experto en el tema, preferiblemente con experiencia en investigación social. También es importante disponer de los recursos financieros y humanos para realizar la investigación, ambos necesarios para el levantamiento y análisis de la información.

## **PASO 4. Facilitar retroalimentación de las investigaciones formativas.**

### **¿Qué funcionó en este paso?**

Este paso se considera vital para el avance y desarrollo futuro de las estrategias, ya que la socialización y retroalimentación de los resultados con las personas directamente afectadas validan la información recogida, le dan nuevos aportes y pueden garantizar la confiabilidad de los datos. En esta etapa, la participación comunitaria ha sido muy valiosa, sobre todo para ganar adherencia a las estrategias que se van a desarrollar. Asimismo, ha implicado entre otras razones, ganar credibilidad ante la población intervenida y las organizaciones o instituciones que son aliados para el proceso.

En contexto, una estrategia que ha funcionado ha sabido utilizar enfoques participativos para lograr así retroalimentación de la comunidad y contar con saberes anclados en las dinámicas de las comunidades con las cuales estamos interactuando. La participación también ha demostrado que puede ayudar a aumentar la responsabilidad y sostenibilidad de las acciones programadas.

### **¿Qué no funcionó en este paso?**

El consenso estuvo en que en algunas ocasiones se han presentado dificultades con la socialización y retroalimentación de la investigación formativa, relacionada especialmente con la falta de confianza o credibilidad de las instituciones gubernamentales, o de los equipos que están adelantando el proyecto. Igualmente se han presentado dificultades relacionadas con problemas de comunicación, uso de lenguaje muy técnico, o porque la comunidad no se siente reconocida en los datos recogidos.

## **PASO 5. Analizar, priorizar y especificar los objetivos conductuales finales.**

### **¿Qué funcionó en el desarrollo de este paso?**

Lo que funcionó en este paso está relacionado con la priorización de objetivos conductuales finales, priorización que se corresponde a los ajustes del contexto epidemiológico, cultural y social de la enfermedad de una determinada zona, así como la definición de objetivos conductuales finales versus las conductas de riesgo más relevantes. Igualmente, fue muy positivo para la estrategia de comunicación social COMBI establecer los objetivos priorizados en conjunto con la comunidad directa donde se va adelantar el proyecto.

### **¿Qué no funcionó en este paso?**

Plantear los objetivos conductuales con las características específicas que exige la metodología COMBI no siempre resulta ser un proceso fácil. Miembros del equipo del proyecto con frecuencia adolecen del conocimiento técnico que se requiere para identificar, priorizar y redactar los objetivos de la intervención. De manera que cuando no hay personal de apoyo con conocimiento técnico sobre la estructuración de los objetivos, las dificultades son mayores para cumplir con este paso.

### **Recomendaciones y Sugerencias**

Se recomienda apoyarse en personal que cuente con el conocimiento técnico en la elaboración de objetivos conductuales para estar seguros de que están contruidos con todas las características que exige la metodología COMBI. En este sentido, se reitera la importancia de integrar al equipo multidisciplinario investigadores de las ciencias sociales con experiencia en COMBI, al igual que realizar alianzas estratégicas con la academia. También se recomienda que la OPS u otras organizaciones que promuevan la metodología COMBI continúen brindando apoyo técnico a los países.

## **PASO 6. Segmentar los grupos destinatarios.**

### **¿Qué funcionó en el desarrollo de este paso?**

De los elementos que contribuyeron a hacer más exitosa la estrategia está el hecho que, al focalizar las acciones sociales y de comunicación, se tuvo en cuenta la diferenciación de públicos y se diseñaron las estrategias de acuerdo con las características poblacionales (climáticas, etnias, culturales, etc.) de los grupos. Este enfoque plantea el reto de establecer la diferenciación del mensaje de acuerdo con los intereses de cada grupo. La lección aprendida muestra que la asertividad de las acciones, cuando se reconoce el contexto y se tiene en cuenta los intereses de cada grupo destinatario, permiten a las personas verse representados en los mensajes, y pueden plantear posibilidad de sostenibilidad a corto y mediano plazo.

De otra parte, se destacó como actividad que funcionó en este paso, el uso de diversas herramientas para realizar la segmentación de la audiencia diana de la estrategia. En este sentido, la literatura ofrece diferentes instrumentos y enfoques que pueden ser de gran utilidad para efectuar la segmentación con mayor precisión y garantizar así mayor receptividad de los mensajes.

### **¿Qué no funcionó en este paso?**

En este punto no hubo mayor dificultad o limitación reportada. Sin embargo, se insiste en la necesidad de segmentar la audiencia meta y dejar de elaborar mensajes estándares con la intención que sirvan para varios públicos.

### **Recomendaciones y Sugerencias**

Explorar la posibilidad de encontrar asesoría y apoyo en identificar diversos instrumentos que faciliten al equipo de planeación la segmentación de la audiencia meta.

Garantizar en el proceso de validación de los mensajes que la segmentación realizada guarda plena concordancia con el mensaje comunicacional específico.

### **PASO 7. Elaborar su estrategia.**

#### **¿Qué funcionó en el desarrollo de este paso?**

Una estrategia es un enfoque direccionado que se organiza para conseguir los objetivos conductuales finales propuestos. En este sentido, es importante en la definición de las estrategias, comprometer la participación de actores sociales claves desde lo institucional y lo comunitario. Tal práctica ha garantizado una mayor pertinencia de las estrategias diseñadas en la intervención.

Los públicos y las audiencias seleccionadas para la intervención disfrutaron cuando los mensajes comunicacionales o las estrategias de comunicación son creativos y originales y, muchas veces, los interpela de una manera lúdica. En este sentido, algo que ha funcionado relacionado con el paso 7, es el hecho de usar elementos lúdicos de enseñanza tales como obras teatrales, juegos, títeres, radiodramas, presentaciones de humoristas, etc., en general, estrategias de edu-entretenimiento que le ayuden a aprender y entender los mensajes claves pero de manera entretenida.

En la definición de estrategias es importante la participación y reconocimiento de las experticias del recurso humano en todos los niveles, pero especialmente aquellos actores sociales que pueden tener gran ascendencia en la comunidad. De manera que ha sido muy provechoso contar con bases de datos de actores sociales que, eventualmente, pueden vincularse a la estrategia y desde su contexto ayudar mucho a la intervención.

#### **¿Qué no funcionó en este paso?**

Como limitación de este paso hubo consenso en afirmar que la presión institucional por ver resultados a corto plazo, así como la presión por el tiempo de ejecución del proceso, son unas de las limitaciones que afectan el avance de los proyectos COMBI y que dificultan el diseño de las estrategias. Otra limitación que se relaciona con la planificación y el diseño se debe a la limitación de los recursos disponibles, que a veces son muy pocos porque estos deben ser compartidos con otras actividades de diversos programas.

## **Recomendaciones y Sugerencias**

Se recomienda hacer plan de medios ajustados a los recursos que se tienen en los países. De igual modo, es importante apostarle a campañas de comunicación con enfoques alternativos que tengan mayor ascendencia y usos en la comunidad específica donde se plantea el proyecto, así como aquellos espacios que le son cercanos y no campañas en medios masivos de alto costo.

### **PASO 8. Probar previamente los comportamientos, mensajes y materiales.**

#### **¿Qué funcionó en el desarrollo de este paso?**

Este paso es prioritario para el éxito futuro de la estrategia e implica reconocer el grado de aceptación de las conductas, de los mensajes y los materiales. Asimismo, permite garantizar que el lenguaje y las formas visuales, gráficas o audiovisuales sean adecuados a los segmentos de población específicos a los cuales pretendemos llegar. Este es un paso que algunas veces se obvia porque hay una baja percepción de su importancia y se quiere continuar con el proyecto lo más rápidamente posible. No probar previamente los materiales o las conductas es correr un riesgo innecesario que los equipos no deberían permitir, teniendo en cuenta que los recursos financieros de los proyectos de promoción de la salud y comunicación en general son limitados. De manera que en este paso ha resultado altamente positivo el validar los comportamientos y materiales con la población meta del programa.

#### **¿Qué no funcionó en este paso?**

Uno de los elementos que no funcionó en el desarrollo de este paso fue la falta de una metodología o una guía práctica para validar conductas y mensajes que orienten el proceso y que lo hagan más ágil. Igualmente, la falta de tiempo de ejecución de las acciones relacionadas con el paso, así como la presión institucional por tener resultados a corto plazo, hace que se cometan errores por tomar decisiones “a la carrera”.

## **Recomendaciones y Sugerencias**

La lección aprendida que se desprende del consenso del taller es que la comunidad debe sentirse representada en los procesos, las conductas propuestas, mensajes y materiales. Los grupos de creativos que diseñan los materiales deben recoger los intereses de la población diana, ya sean estos sociales, culturales o psicosociales.

Incorporar la prueba de conducta en el marco de la investigación formativa al final de la misma, para que los equipos las asuman en el contexto de este proceso y luego no haya resistencia en la aplicación de estas validaciones.

También se recomienda incluir capacitación relacionada con testeo de conductas, mensajes y materiales con el equipo multidisciplinario de la intervención. Asimismo, enriquecer esta experiencia a partir de la validación de las conductas propuestas que hayan sido exitosas en su aplicación o que tengan validación de expertos usadas en otros proyectos de cambio de comportamiento.

## **PASO 9. Establecer un sistema de monitoreo.**

### **¿Qué funcionó en el desarrollo de este paso?**

Contar con un sistema de monitoreo es básico para el seguimiento de todo el proyecto. En este sentido, en pasadas intervenciones ha sido muy efectivo utilizar distintas técnicas y herramientas tanto de observación directa como de observaciones libres y voluntarias. El monitoreo también permite cruzar la información de las conductas con los indicadores entomológicos, epidemiológicos u otros indicadores que orientan indirectamente las acciones.

Otro factor que ha contribuido al éxito de los proyectos COMBI es realizar una categorización de las diferentes viviendas objeto de la intervención para establecer, dependiendo del nivel de riesgo, la periodicidad con que debe programarse el monitoreo.

Las acciones estratégicas necesitan ir monitoreándose con periodicidad porque los cambios de conductas son lentos y si no estamos acertando en los procesos estamos perdiendo tiempo y dinero. Por tanto, también ha resultado muy positivo programar reuniones periódicas para ir constatando los avances del proceso, tanto por parte del público meta como por parte del equipo de la estrategia.

### **¿Qué no funcionó en este paso?**

Entre las limitaciones en relación con este paso está la ausencia de disposición y recursos económicos para establecer sistemas de monitoreo. Asimismo, los equipos manifiestan que no cuentan con instrucciones más detalladas de cómo implementar un sistema efectivo de monitoreo. Existe un desconocimiento de cómo implementar este paso que dificulta hacerle seguimiento al proceso de la intervención.

Igualmente faltan indicadores adecuados que permitan medir los cambios que estemos promoviendo y que se relacionen directamente con nuestras acciones COMBI. Este es otro elemento crítico en la ausencia de sistemas de monitoreo que orienten las ejecuciones de los proyectos.

## **Recomendaciones y Sugerencias**

Elaborar guías para el monitoreo en procesos de intercambio de experiencias con grupos de expertos en el mismo país, o con países vecinos, que permitan fortalecer los procesos y potencien las acciones que se están realizando. Asimismo, se recomienda que las guías de monitoreo o de observación se combinen usando enfoques mixtos de investigación cuantitativa y cualitativa.

Capacitar un equipo de asesores técnicos que pueda proveer apoyo técnico a los países en el proceso de crear indicadores, diseñar procesos para coleccionar información y analizar los datos recogidos.

Facultar a los equipos en técnicas de levantamiento de información cualitativa que recojan las observaciones directas, que incluya tanto expresiones de las comunidades e individuos, como las experiencias de los técnicos en campo.

## **PASO 10. Fortalecer las habilidades del personal.**

### **¿Qué funcionó en el desarrollo de este paso?**

Intercambiar experiencias y saberes en las diferentes disciplinas que conforman los equipos COMBI, fortalece la capacidad de compartir enfoques, y hace compleja la mirada sobre la enfermedad dentro de un panorama incluyente que mejora la perspectiva particular de cada disciplina presente en el equipo. Asimismo, fortalece el trabajo de equipo en tanto que cada representante asume las funciones que le corresponde en la planificación del trabajo.

Igualmente, el adelantar actividades de integración en el equipo ha resultado una práctica muy positiva, ya que revitaliza el trabajo de grupo y permite que mejoren las relaciones interpersonales. Este tipo de acciones son necesarias para ir superando los impases que puedan presentarse entre las personas y que en ocasiones afectan el clima laboral. Los líderes de proceso deben estar atentos a las dificultades que se puedan generar en los equipos para proponer actividades motivacionales que integren y mantengan un buen escenario para el desarrollo de trabajo de implementación del proyecto.

Planificar reuniones con los equipos de trabajo de manera periódica para compartir los avances de los procesos y mejorar las habilidades en el manejo del proyecto ha sido otra práctica ponderada como muy positiva asociado con este paso. Los líderes de los programas al estar atentos a las necesidades de los grupos pueden dar respuestas a las necesidades de capacitación con los propios funcionarios.

El desarrollo de la plataforma de la EGI-dengue es punto de integración entre los grupos multidisciplinarios. En este espacio, la comunicación y promoción de la salud ha tomado un papel relevante al entrar a formar parte de los equipos de trabajo integrales, donde se discute con otras disciplinas diferentes el tratamiento y enfoque del dengue. La reunión de este tipo de equipo, con sus respectivas acciones, ha ganado un terreno crucial en áreas donde usualmente se hacían acciones desarticuladas que desconocían el trabajo o los aportes de otras áreas al dengue.

Otra práctica que ha dado resultado relacionada con fortalecer las aptitudes del personal, es posicionar a los equipos locales como líderes del proceso antes de las comunidades, ya que esto permite empoderarlos y de esta manera trabajar de manera más integrada en el contexto de la intervención.

### **¿Qué no funcionó en el desarrollo de este paso?**

La inestabilidad laboral y cambio permanente en equipos de trabajo, ya sea por cambios políticos, gerenciales o laborales, obstaculizan los procesos y los avances obtenidos.

Otra circunstancia que dificulta avanzar en todos los niveles, es que los equipos locales no cuentan con apoyo técnico nacional que acompañe los procesos, y que han sido capacitados en la implementación de la metodología COMBI.

No es adecuado utilizar voluntarios que llegan en los programas por compromisos formales, sin incentivos y sin proceso de sensibilización, como por ejemplo docentes y estudiantes que vinculan del sector educativo, ya que sienten la estrategia ajena a su área de influencia y desempeño.

## **Recomendaciones y sugerencias**

Establecer compromisos políticos que busquen comprometer equipo con “estabilidad laboral” en los equipos de trabajo COMBI. Se propone establecer un sistema de motivación fomentando la sana competencia entre los funcionarios.

Fortalecer los equipos con personal técnico especializado en el manejo de la metodología ya sean nacionales o internacionales que acompañen los procesos.

Utilizar sistemas de incentivos para fomentar acompañamientos comprometidos en los procesos desarrollados, por ejemplo, el sector educativo.

## **PASO 11. Establecer sistemas para administrar y compartir la información.**

### **¿Qué funcionó en el desarrollo de este paso?**

Contar con una red de contactos activa que esté desarrollando procesos similares con la misma metodología de implementación, ya sean en el país o en países “vecinos”, fortalece los programas y resulta una práctica muy positiva a duplicar en otras intervenciones COMBI. Otra ventaja de ella es que facilita el intercambio de información por los canales de comunicación actuales y posibilita compartir avances, logros, barreras y limitaciones ocurridas a lo largo de los proyectos COMBI, aspectos que se puedan discutir y recrear desde los intercambios y retroalimentaciones producidas con los contactos.

En general desarrollar este aspecto hace mucho más efectivo el trabajo y el manejo de la información en el equipo, lo que a su vez permite intercambiar información con otros programas, instituciones o incluso países.

Desarrollar un sistema para administrar la información reporta grandes beneficios en el manejo de la información de los programas, ya sea, por ejemplo, en el manejo de base de datos de la investigación formativa, o en el monitoreo conductual.

Un sistema de información permite divulgar e intercambiar información actualizada periódicamente sobre la enfermedad, con las variables epidemiológicas, entomológicas y sociales que dan orientaciones de como ir haciendo ajustes a los procesos que se están implementando.

### **¿Qué no funcionó en este paso?**

Si bien es cierto que las experiencias adelantadas en los países han mostrado avances y logros en sus intervenciones, estos no han sistematizado sus experiencias, lo que en cierta forma limita el intercambio de aprendizaje. Sumado a lo anterior está la permanente remoción del recurso humano, que deja muchos vacíos a la hora de recoger enseñanzas de los procesos implementados.

Otra dificultad que traba el avance de los planes COMBI, relacionados con este punto, es contar con personal sin entrenamiento para manejar recursos de información, ya que dificultan el flujo de información. Es indispensable que los equipos tengan alguna habilidad

para manejar recursos informáticos que contribuyan a administrar y compartir la información para fortalecer a los programas.

## **Recomendaciones y Sugerencias**

Se recomienda incluir la sistematización como un paso obligatorio en los procesos, y que se ubique después del paso 1 en la *Guía COMBI Paso a Paso*, para que los equipos asuman la relevancia de este proceso y adquieran habilidades en el manejo de este tipo de metodologías desde los inicios de un proceso COMBI.

Hacer entrenamientos en los equipos para que manejen sistemas de información. Esta problemática podría ser resuelta con alianzas estratégicas, por ejemplo, con institutos técnicos donde se imparten enseñanzas en sistemas de información y envíen a los proyectos a ingenieros de sistemas en prácticas y capaciten los equipos.

## **PASO 12. Estructurar su programa.**

### **¿Qué funcionó en el desarrollo de este paso?**

La comunicación social y la promoción de la salud en el marco de la EGI-Dengue es un componente esencial para manejar las acciones de promoción de conductas saludables. En este contexto, COMBI se ha privilegiado como metodología para impulsar las acciones de comunicación.

De acuerdo con lo anterior, la estructuración de los programas para implementar los proyectos COMBI han sido una realidad en los países de las Américas. En muchos de estos países se han adelantado proyectos y se han conformado equipos multidisciplinarios para manejar la implementación de la metodología.

### **¿Qué no funcionó en este paso?**

La falta de apoyo político e integración de los acuerdos adquiridos no se respetan en todos los niveles del gobierno. Esto hace que algunos gobiernos locales solo se comprometan en la formalidad de los acuerdos, pero las acciones no se lleven a cabo.

La limitación en la asignación de fondos económicos a los proyectos COMBI, o incluso, que si se le asignan durante el proceso, esto le cambia las orientaciones de los recursos.

## **Recomendaciones y Sugerencias**

La mayoría de los participantes sugieren que se integre este paso con el paso 7 (estructurar su estrategia), ya que consideran que en la implementación de la metodología estos pasos se pueden dar simultáneamente. No todos los países estuvieron de acuerdo con ello.

Igualmente, al estructurar el programa, se recomienda tener en cuenta las orientaciones básicas funcionales para estructurar este paso:

1. Organización funcional gubernamental.
2. Organización centrada en los programas.

3. Organización de alianzas estratégicas.
4. Organización centrada en las comunidades (ver *Guía COMBI Paso a Paso*).

### **PASO 13. Redactar un plan de ejecución estratégico.**

#### **¿Qué funcionó en el desarrollo de este paso?**

En este paso, los equipos, en su mayoría, estuvieron de acuerdo en ajustar el diseño del plan COMBI a las necesidades reales del contexto de su aplicación. Cuando tal situación ocurrió, los planes fueron más realistas y el proceso funcionó mejor.

Otro factor que resultó muy positivo fue que el plan de ejecución integrara tanto las actividades del equipo local, como la estrategia EGI, y de esta manera articulara esfuerzos que resultaran beneficiosos a todos.

#### **¿Qué no funcionó en este paso?**

El proceso de sensibilización realizado en todos los niveles: nacional, regional o local, en muchas oportunidades no funcionó, no todos se comprometieron en la ejecución de los proyectos. El cambio conductual es un proceso que también debería afectar a muchas personas que se encuentran en los programas y que en ocasiones se convierten en una de las principales barreras a superar en los equipos.

#### **Recomendaciones y Sugerencias**

Los equipos sugieren integrar este paso con los pasos 7, 12, 13 y 14 de la guía porque en la realidad se realizan simultáneamente.

Fortalecer los programas de sensibilización y de abogacía en todos los niveles nacionales y locales para buscar que los proyectos empoderen a los grupos.

### **PASO 14. Determinar su presupuesto.**

#### **¿Qué funcionó en el desarrollo de este paso?**

El presupuesto es un tema esencial para que funcionen los programas. De aquí que los países deben comprometer sus propios recursos para que los proyectos sean realizables. Pero también las alianzas estratégicas con sectores claves pueden aportar algunos recursos que ayuden a financiar las actividades. Los equipos deben fortalecer su personal para hacer gestión de alto nivel.

#### **¿Qué no funcionó en el desarrollo de este paso?**

Los países se comprometieron políticamente pero no financieramente. La crisis en los proyectos que no han logrado avanzar está relacionada, en muchas ocasiones, con la falta de compromisos financieros.

## Recomendaciones y sugerencias

Ya que la elaboración del presupuesto debería estar incluido en el plan estratégico, surgió la recomendación específica de integrar este paso con el paso 13 (redactar un plan de ejecución estratégico).

### PASO 15. Realizar una prueba piloto y revisar su plan.

#### ¿Qué funcionó en el desarrollo de este paso?

Desarrollar una prueba piloto de su plan permite obtener grandes beneficios relacionados con los ajustes a la implementación del mismo. Además, reporta, entre otras cosas, retroalimentación para contextualizar acciones, y corregir y ajustar a partir de los aprendizajes obtenidos. Potenciar acciones exitosas con productos de la prueba realizada. Es decir, al realizar una prueba piloto, se invierte en una relación de coste-efectividad del proceso que permite replicar acciones positivas.

#### ¿Qué no funcionó en el desarrollo de este paso?

Todos reconocen los beneficios que reporta hacer una prueba piloto, pero el consenso en los equipos de trabajo es que este paso no se desarrolla en primera instancia porque hay barreras entre los gobiernos, gerentes de programas, funcionarios, directivos, los socios y hasta en los mismos equipos locales que han sido sensibilizados. Estos grupos no se comprometen y piden mostrar resultados a corto plazo, lo que no permite desarrollar todos los pasos de la guía.

Por otro lado, esto es percibido como algo que genera altos costos monetarios y hasta políticos, ya que se necesita mostrar resultados en el menor tiempo posible, y hacer la prueba piloto alarga el proceso de implementación.

## Recomendaciones y Sugerencias

Surgió la recomendación de hacer abogacía para comprometer a los equipos en la realización de este paso.

Se recomienda tener en cuenta que la prueba piloto cumpla con las siguientes funciones básicas:

- Asegurarse de que las estrategias elegidas no tengan ninguna deficiencia importante y que afecte el desarrollo futuro de la estrategia.
- Perfeccionar los enfoques posibles para que se dirijan a los públicos destinatarios de las maneras más efectivas.
- Se debe considerar contar con análisis de coste-efectividad en este punto.
- Se recomienda cambiar el nombre a este paso por una nueva denominación como: **“Implementar el plan operativo para ajustarlo según resultados y su réplica”**.



## 9. CONCLUSIONES Y RETOS FUTUROS

A continuación se presentan las principales conclusiones obtenidas a través del proceso de sistematización de los principales resultados o lecciones aprendidas recogidas en el “*Taller Regional de Lecciones Aprendidas en Proyectos COMBI y los Pasos Futuros en Prevención, Promoción y Comunicación para Impactar en Conductas para el Dengue*”, Lima, Perú, 8 al 10 de diciembre del 2009. En esta sección reiteramos algunos de los puntos centrales, mencionados en el proceso de sistematización, para enfatizar los temas claves a tener en cuenta para retroalimentar todo el proceso de la estrategia COMBI.

### **Limitaciones**

Cabe resaltar que durante la recolección de la información no se pudo entrevistar a todos los funcionarios de los países que estuvieron presentes en el taller, en especial porque los que participaron habían sido cambiados del cargo. Respecto a la revisión de documentos, algunos países en sus presentaciones no aportaron mucha información sobre el proceso de implementación de la metodología COMBI.

### **Conclusiones**

En relación con las orientaciones de la política y los contenidos de la EGI-Dengue, se puede afirmar que los planteamientos de la política pública para dengue, en general, expresan las directrices y orientaciones establecidas en los acuerdos internacionales relacionados con los programas de nueva generación en dengue. Asimismo, las directrices se encuentran formuladas en los documentos EGI-Dengue y en los documentos de planificación de la metodología COMBI.

Dado que en su mayoría tales directrices y acuerdos no se llevan a cabo con el concurso directo del personal técnico, es común observar que esas directrices y orientaciones puedan, en principio, resultar ajenas a su ámbito de acción.

Por otro lado, los países han acordado conjuntamente con la OPS/OMS desarrollar las acciones de movilización y comunicación social a través de la implementación de la metodología COMBI, con un enfoque centrado en cambios de comportamiento. Por ello, los países han recibido asesoría técnica, por parte de la OPS, para capacitar a los equipos nacionales en el manejo y entrenamiento de la metodología COMBI.

Los participantes reportaron varios logros alcanzados con la metodología COMBI, tales como notados en sus presentaciones durante el taller:

- Esta estrategia EGI-Dengue y COMBI ha permitido una mayor organización, planificación y sistematización de las acciones en cada uno de los componentes que se establecen en estas metodologías de trabajo.
- Se analizó y unificó las Políticas Públicas Municipales y Departamento Central.

- Creación de Políticas Regionales para fortalecer el trabajo preventivo promocional.
- Implementación de estrategias comunicacionales adaptadas a cada ámbito - realidad local.
- Se logra reimpulsar la participación del Intersector y de la comunidad con la creación de las mesas EGI y la metodología COMBI.
- Se descubren capacidades en los técnicos que facilitan la aplicación de estrategias educativas.
- 70% de las familias taparon sus tanques de agua (la meta original era 40%).

Para el desarrollo de la metodología COMBI se plantea, como paso inicial, conformar equipos multidisciplinarios que con su experticia y saber contribuyan al logro de los objetivos conductuales trazados. No obstante, lo que con frecuencia se observa es que, en la práctica, no a todos los niveles se arman equipos multidisciplinarios que confluyan de manera real. En algunos casos, además, las intervenciones se ven afectadas por esta circunstancia.

En relación con las alianzas estratégicas, se recomienda realizarlas con organizaciones sociales, academias y/o universidades, sector privado y diversos actores sociales, para que se unan a la implementación de la iniciativa como multiplicadores del esfuerzo. Las alianzas, a su vez, con los medios de comunicación, son fundamentales. En últimas, los proyectos deben funcionar con el establecimiento de alianzas estratégicas que posibiliten la unión de voluntades en un panorama de cooperación e integración.

Otro aspecto que emergió en el proceso de análisis de las lecciones aprendidas de la implementación de la metodología COMBI, fue el hecho de que la alta rotación del personal de salud adscrito a los ministerios, o la falta de continuidad en los cargos, ha traído como consecuencia que el esfuerzo de capacitación se pierda. Se deben buscar mecanismos que garanticen que las capacitaciones sean extendidas a otros actores del área de salud local, regional y nacional para dar continuidad a los proyectos de intervención con la metodología COMBI.

En el fortalecimiento de capacidades en el ámbito local, se recomienda tener en cuenta que los diseños estratégicos de la movilización social requieren identificar actores clave con definiciones claras de sus respectivas funciones dentro del ámbito de trabajo del proyecto. Algunos de estos actores clave se han convertidos en verdaderos líderes que impulsan los proyectos de manera exitosa, y por esto, se les ha denominado “campeones de programa”.

En los procesos de intervención relacionados con cambios de comportamiento, el conocimiento que tiene la comunidad en torno a los diferentes hechos de salud ocupa un lugar preponderante. Los habitantes de la comunidad pueden tener un saber ya construido, que ha trascendido diferentes generaciones y que está plenamente arraigado, que puede entrar en conflicto con lo que la estrategia plantea como comportamientos metas o dianas a ser promovido para evitar la transmisión del dengue. En este sentido, se plantea promover un diálogo de saberes entre lo institucional y lo cultural.

De otra parte, tener un inventario actualizado de las redes sociales existentes en la zona, de los procesos de comunicación local que se han adelantado o que se estén adelantado y levantar información sobre los canales y medios de comunicación social apropiados, es de vital importancia, ya que permitirá tener claridad sobre cómo llegar de una manera más efectiva y con los medios locales que usa la comunidad.

Con mucha frecuencia se pondera la importancia de vincular científicos sociales en los diferentes pasos que incluye la metodología COMBI. Desde esta óptica, los investigadores sociales podrían contribuir a construir un conocimiento importante sobre la estrategia que se pudiera convertir en un referente básico esencial para ilustrar de múltiples maneras a todos aquellos interesados en la metodología COMBI.

La lección aprendida en torno al factor tiempo, es que es indispensable comprender que los procesos de intervención con la metodología COMBI requieren un trabajo largo y sostenido por la naturaleza de que es una intervención que privilegia los cambios de comportamiento. Asimismo, se requiere de un apoyo financiero a largo plazo que permita el desarrollo de la metodología paso a paso para garantizar así mayor efectividad y duración en los resultados.

Igualmente, en relación con los proyectos, se recomienda tener en cuenta que en las estrategias para cambios de comportamiento el individuo no se concibe aislado de su familia o de su comunidad, lo que hace indispensable vincular a los otros actores sociales al proceso a desarrollar. De esta manera, al enlazar estos segmentos de población en el diseño de las estrategias, su apoyo puede ser fundamental en la adopción y mantenimiento de las prácticas propuestas a la audiencia diana. Igualmente, las intervenciones en comunicación deberían ofrecer la oportunidad de incorporar un enfoque integral de la intervención, que facilite el abordaje de aspectos clave como la participación familiar, de niños, jóvenes, mujeres y hombres, en los procesos comunitarios, desde la promoción de los derechos y la organización comunitaria.

Las intervenciones de las experiencias COMBI deben avanzar más allá de presentar resultados a través de los indicadores entomológicos, ya que estos sólo se limitarían a reportar elementos relacionados con la larva o la pupa presente en los recipientes, o los índices de infestación, pero no necesariamente dan cuenta de los cambios de comportamiento logrados relacionados con la concienciación de los factores que propician la enfermedad y las consecuentes acciones emprendidas para su prevención. Esta lección es un claro llamado a trabajar con indicadores que sean más consecuentes con los objetivos trazados por la estrategia de intervención COMBI.

Igualmente, en las evaluaciones de los proyectos COMBI se debería avanzar en la construcción de indicadores de mediciones de las conductas propuestas. Identificar cuáles son los indicadores en la adopción de la conducta, responder a interrogantes como: ¿cuáles han sido los resultados o los impactos obtenidos con las estrategias de comunicación? ¿alcanzamos los objetivos conductuales propuestos? Interrogantes claves para establecer si hemos sido exitosos o no en las intervenciones.

Finalmente, se encuentran pocos estudios publicados que actualmente midan la ejecución y el resultado de la conducta. Según Lloyd (2009), en un estudio realizado de veinte experiencias revisadas entre el 2007 al 2009, trece de ellas no reportaron cambios de conducta

con indicadores sociales de comportamiento. Por tanto, hay la necesidad de promover este tipo de estudio en el contexto de las intervenciones con la metodología COMBI.

### **Retos Futuros**

- Es importante sistematizar los resultados y producir evidencia de efectividad de la metodología con rigurosidad científica, para mercadear estos resultados e impulsar otros procesos de apoyo a la implementación de nuevos proyectos COMBI.
- Poner la metodología en páginas web con enlaces aportados por experiencias exitosas, que permita compartir aprendizajes y lecciones. Así, diseñar estrategias de capacitación virtual de la metodología COMBI en sectores de interés para este tipo de proceso.
- Plantear alguna estrategia de contingencia en caso que se presente una situación de reducción de personal o falta de presupuesto, ya que esta metodología forma parte de un manejo integrado de recursos costo-efectivos.
- Los cambios conductuales son complejos y en general complicados para cumplir, por lo tanto se sugiere trabajar para formular indicadores conductuales validados científicamente. Asimismo, se plantea definir e incluir indicadores que midan impacto conductual acorde con los contextos y procesos desarrollados, así como avanzar en la elaboración de herramientas para el desglose del proceso de ejecución de la conducta.
- Los países y los organismos de asistencia técnica deberán trabajar para superar la percepción social de que no existe conexión clara entre las conductas cotidianas relacionadas con almacenamiento de agua y brotes de la enfermedad.
- Asimismo se sugiere reducir el documento original COMBI, hacerlo más operativo y accesible para el manejo de equipos en todos los niveles. (Ver Anexo 1). Elaborar una guía con los pasos más detallados, e incorporarla en la “caja de herramientas”.

La siguiente matriz recoge la propuesta que más se debatió para la reedición de la nueva Guía COMBI. Para más detalles, ver la sección de anexos de este documento.

**Tabla 7. Cuadro de ajustes propuesta a la Guía COMBI original**

Pasos COMBI Guía original	Nueva Propuesta COMBI Guía <sup>5</sup>
1. Armar el equipo multidisciplinario	1. Armar el equipo multidisciplinario
2. Establecer objetivos conductuales preliminares.	2. Establecer una metodología para la sistematización del proceso y administrar y compartir la información (incluye Paso 11).
3. Planificar y realizar la investigación formativa.	3. Identificar los objetivos conductuales preliminares e indagar su viabilidad (incluye Paso 6).
4. Solicitar retroalimentación sobre la investigación formativa.	4. Planificar y realizar la investigación formativa y probar previamente los comportamientos.
5. Analizar y priorizar y especificar los objetivos conductuales finales.	5. Socializar los resultados de la investigación formativa y finalizar los objetivos conductuales (incluye Pasos 4 y 5).
6. Segmentar los grupos destinatarios.	6. Probar previamente los mensajes y los materiales.
7. Elaborar su estrategia.	7. Establecer un sistema de monitoreo y evaluación.
8. Probar previamente las conductas, los mensajes y los materiales.	8. Fortalecer las aptitudes del personal.
9. Establecer un sistema de monitoreo.	9. Elaborar un plan operativo (incluye Pasos 7, 12, 13, 14).
10. Fortalecer las aptitudes del personal.	10. Implementar el plan operativo y ajustarlo según los resultados para su réplica.
11. Establecer sistemas para administrar y compartir la información.	
12. Estructurar su programa.	
13. Redactar un plan de ejecución estratégico.	
14. Determinar su presupuesto.	
15. Realizar una prueba piloto y revisar el plan estratégico.	

*Fuente: Taller Regional de Lecciones Aprendidas en Proyectos COMBI y pasos futuros en prevención, promoción, y comunicación para impactar en dengue. Lima, 8 de diciembre del 2009, Perú.*

<sup>5</sup> Esta matriz recoge la propuesta más concertada para la nueva reedición de la guía COMBI y contiene todos los cambios propuestos en el taller de Lecciones Aprendidas. Ver Anexos.



## 10. REFERENCIAS

- Arias, J. y Prado, M. (2001). *Desafíos Futuros para la Comunicación Social en Programas de Prevención y Control del Dengue y de la FHD*. Reunión Técnica de Comunicación Social Carta de Guayaquil Informe Final. Washington, DC: OPS-OMS.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. y Correa, D. (2003). Creencias Sobre la Salud y su Relación con las Prácticas de Riesgo o de Protección en Jóvenes Universitarios. *Revista Colombia Médica*. 34(4): p. 186-195.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. pp 523-582.
- Bertrand, J. (2005). Evaluación de programas de comunicación en salud. <http://www.comminit.com/en/node/263889/37>. Recuperado en iniciativa de la comunicación.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. España: Thomson-Paraninfo. Disponible en: <http://scholar.google.es/scholar?q=branon+l+sicolog%C3%A9+de+la+salud&hl=es&btnG=Buscar&lr=>
- Cabrera, A., Tascón, G., y Lucumí, C. (2001). Creencias en salud: Historia, constructos y aportes del modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 19(1): p. 91-101.
- Castillo, B. y Van de Velde, H. (2007). *Sistematización, Texto de referencia y de consulta*. Centro de Investigación, Capacitación y Acción Pedagógica.
- Choque, R. (2005). Comunicación y educación para la promoción de la salud. <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>
- Clark, G. (1995). Situación epidemiológica del dengue en América, desafíos para su vigilancia y control. *Salud Pública de México*. 37(1), p. 5-11.
- Coe, G.A. (1998). Comunicación en Salud, Comunicación y Promoción De La Salud. <Http://www.Comunica.Org/Chasqui/Coe.Html>.
- Delgado, A., Borge, R., García, J., Oliver, R. y Salomón, L. (2005). *Competencias y diseño de la evaluación continua y final en el espacio europeo de educación superior*. Programa de estudios y análisis, Dirección general de universidades. <http://nevada.ual.es:81/ufid/archivos/competencias%20evaluacion%20eees-MEC.pdf>.
- Díaz, H. y Washington, U. (2011). Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Revista de Comunicación y Salud*. 1(1), p. 113-124.

- Eiman, M., Introini, M. y Ripoll, C. (2009). *Directrices para la prevención y control del Aedes aegypti*. Dirección de enfermedades transmisibles por vectores. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Elder, J. (2005). *Evaluación de los esfuerzos para controlar los criaderos de Aedes aegypti en seis países que utilizan la estrategia de la Comunicación para el Impacto Conductual (COMBI)*. Centro Mediterráneo para la Reducción de Vulnerabilidad de la OMS (WMC).
- Glanz, K., Rimer, B. y Viswanath K. (2002). *Health behavior and health education. Theory, Research, and Practice*. San Francisco, CA: Jossey Bass a Wiley Imprint.
- Guzmán, M. (2006). El dengue y dengue hemorrágico prioridades de investigación. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 19 (3), p.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill.
- Ibáñez, E. y Belloch, A. (1991). *Psicología de la salud y estilos de vida*. España: Editores Promolibro.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades. *Revista Temas de Educación*. 7, p. 19-39.
- Lloyd, L.S. (2003). *Mejores prácticas para la prevención y el control del dengue en las Américas, informe estratégico 7*. Arlington, VA: Environmental Health Project. Disponible en inglés y español: [http:// www.ehproject.org.fs](http://www.ehproject.org.fs).
- Marquetti, M. (2005). Reporte de hábitats utilizados por *Aedes aegypti* en ciudad de la Habana, Cuba. *Revista Cubana de Medicina Tropical*. 57(2):p.159-61.
- Martínez, C. (1998). Las teorías de la evaluación de programas. *Educación XXI: Revista de la Facultad de Educación*. 1, p. 73-92.
- Montero, G. (2009). Biología del *Aedes aegypti*. Blog FCA, UNR 11.09. [www.produccion-animal.com.ar](http://www.produccion-animal.com.ar).
- Mosquera, M., Obregón, R., Lloyd, L., Orozco, M. y Peña, A. (2005). El dengue en las Américas. [Online]. <http://www.comminit.com/la/tendencias/tendencias2004/tendencias-107.html>. Ventana de Dengue en el sitio de La Iniciativa de Comunicación: <http://www.comminit.com/la/dengue>.
- Mosquera, M. (2002). Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias. La Iniciativa de Comunicación Latinoamericana. <http://www.comminit.com/la/pensamientoestrategico/lasth/lasld-750.html>.

- Mosquera, M., Obregón, R., Lloyd, L., Orozco, M. y Peña, A. (2010). Reflexiones sobre el alcance de la investigación formativa en comunicación en salud en los programas de prevención y control de dengue el caso Barranquilla (Colombia). *Revista Investigación y Desarrollo, Universidad del Norte*. 18(1), p. 186.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (Doc. Sin fecha). *Prevention and control of dengue and dengue haemorrhagic fever. WHO Publication no. 29*. New Delhi: Regional Office for South-East Asia (SEARO), New Delhi.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2003). Resolución CD 44.R9. Washington, DC: OPS. Encontrado en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd44-r9-s.pdf>.

Documento Técnico del Consejo Directivo – Dengue. Encontrado en: [www.paho.org/spanish/gov/cd/cd44-14-s.pdf](http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd44-14-s.pdf).

- OPS. (1999). *Plan detallado de acción para la próxima generación: Prevención y control del dengue*. Washington, DC: OPS.
- OPS. (Doc. sin año). *Estrategia mesoamericana para la prevención y control integrado del dengue*. Washington, DC: OPS.
- OPS/OMS. (2002). *Lecciones, desafíos y experiencias, participación comunitaria en dengue. Proyecto post-Mitch, Informe Final*. División de Prevención y Control de Enfermedades, Programa de Enfermedades Transmisibles. Washington, DC: OPS.
- OPS. (2002) *Desafíos Futuros para la Comunicación Social en Programas de Prevención y Control del Dengue y de la FHD, Reunión Técnica de Comunicación Social, Carta de Guayaquil, Informe Final*. Washington, DC: OPS.
- OPS. (2009). *Situación del dengue en las Américas*. <http://www.ops.org.bo/et/dengue/documentos/bolSitDenAmer20090300.pdf>.
- OPS. (2010). *Alerta epidemiológica: Actualización regional de dengue. marzo 2010*. [http://www.reliefweb.int/rw/RWFiles2010.nsf/FilesByRWDocUnidFile-name/ASAZ-83MCK9-informe\\_completo.pdf/\\$File/informe\\_completo.pdf](http://www.reliefweb.int/rw/RWFiles2010.nsf/FilesByRWDocUnidFile-name/ASAZ-83MCK9-informe_completo.pdf/$File/informe_completo.pdf).
- OPS. 44 Consejo Directivo. 55ª Sesión del Comité Regional. CD44/14. Septiembre. Washington, DC: OPS.
- OPS. (2001). *Nueva generación de programas de prevención y control del dengue en las Américas*. Washington, DC: OPS.
- OPS/OMS. (2002). *Marco de Referencia: nueva generación de programas de prevención y control del dengue en las Américas*. Programa de Enfermedades Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades. Washington, DC: OPS.

- Parks, W. y Lloyd, L.S. (2003). *Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del dengue. Guía paso a paso*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pearson. (1999). *Psicología educativa*. Woolfolk, A. Editorial: México.
- Pérez, M., Pinzón, H., Pérez, L. Y Palacio, A. (2007). *Promoción de la salud, conceptos y aplicaciones*. Barranquilla, Colombia: Ediciones Uninorte.
- Prado, M. (2006). *Nota Técnica. Metodología COMBI - Comunicación para El Cambio Conductual*. Washington, DC: OPS.
- Ramos, G. (2001). Políticas y estrategias en salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*. 27(1), p 5-10.
- Rodríguez, R. (2002). Estrategias para el control del dengue y del *Aedes aegypti* en las Américas. *Revista Cubana de Medicina Tropical*. 54(3), p.189-201.
- Rodríguez, J. (1995). Psicología de la salud. *Psicología Social Aplicada*. p. 351-380.
- Salvatella, R. (1996). *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus* (Diptera Culicidae) y su papel como vectores en las Américas. *Revista Médica Uruguay*. 12, p. 28-36.
- Sanabria, G. (2001). Políticas y Estrategias en Salud Pública: ¿Hemos avanzado en la evaluación de la comunicación en salud?. *Revista Cubana de Salud Pública*, 27(1), p. 5-10.
- Sánchez, U. y Arbey, A. (2010). El Artículo Sistematización de Experiencias: Construcción de experiencias desde una perspectiva crítica. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 29, p. 1-7.
- San Martín, J.L. y Prado, M. (2004). Risk perception and strategies for mass communication on dengue in the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. [online]. 15 (2), p.135-139. [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892004000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892004000200014&lng=en&nrm=iso).
- Thomson, C. y Oblitas, L. (2000). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: International.
- Vignoli, C. (2001). Agentes de infecciones emergentes, Hantavirus y Dengue. *BSE*, pp 567-591.
- Wellcome Trust. (2004). *Public Health Sciences: Challenges and Opportunities: A report of the Public Health Sciences Working Group*. Convened by the Wellcome Trust. <http://www.wellcome.ac.uk/doc.WTD003192.HTML>. (recuperado en marzo de 2004).

# 11. ANEXOS

## ANEXO 1. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DAFO

### DEBILIDADES

#### D

- Están desarticuladas unidades de comunicación y promoción.
- Insuficiente personal especializado en el área de promoción y comunicación social en salud (cambios de comportamiento y comunicación de riesgo).
- Insuficiente recurso humano y financiero para invertir en el trabajo comunitario.
- Presupuestos limitados y los que existen solo se invierten en acciones masivas (Día D).
- No se realiza investigación social.
- No hay monitoreo/evaluación social de los procesos desarrollados.
- Se relaciona promoción y prevención con intervención química.

### AMENAZAS

#### A

- Poca percepción de riesgo de enfermedad en el nivel comunitario e individual.
- Barreras culturales en la población para adoptar nuevos comportamientos.
- Los medios de comunicación solo informan morbilidad y/o mortalidad (pánico).

### FORTALEZAS

#### F

- Existen unidades de comunicación y/o promoción en los países.
- Alianzas estratégicas con otros sectores con actividades afines (educación, medio ambiente).
- Capacitaciones en COMBI en la región.
- Experiencias locales exitosas en comunicación.
- Desarrollan acciones de comunicación (eventos masivos).
- Conocimiento de la población en dengue y/o síntomas de la enfermedad.

### OPORTUNIDADES

#### O

- Intercambio y/o Socialización de experiencias exitosas en la región.
- Algunos países de la región están avanzando hacia modelos de atención primaria/comunitaria.
- Cooperación técnica de OPS.
- La descentralización es la oportunidad de socializar los programas de promoción a nivel de autoridades regionales y locales y sociedad civil.
- Alianzas con la Universidad para impulsar comunicación social en salud y/o investigación.
- Coordinar la participación comunitaria permanente con los distintos actores sociales en el abordaje del dengue.

## ANEXO 2. RESUMEN DEL ANÁLISIS DE LOS QUINCE PASOS POR LOS GRUPOS DE TRABAJO

<b>Paso 1. Armar el equipo multidisciplinario</b>			
<b>Qué funcionó</b>	<b>Por qué</b>	<b>Qué no funcionó</b>	<b>Por qué</b>
Capacidad de convocatoria y liderazgo de la institución. Cobertura institucional en el país. Personal y población sensibilizados por la situación de riesgo favoreció la conformación del equipo. Socialización del proyecto (marketing) ante la institución y la población civil para facilitar la conformación del equipo Apoyo político	A pesar de que reconozcamos que el dengue es un problema de todos los sectores, generalmente el sector salud toma el liderazgo Importancia de la participación comunitaria para posicionar el objetivo del proyecto	Rotación de personal integrante del equipo y cambios gerenciales Cambio de autoridades políticas Falta de compromiso de los integrantes. Personal sin capacidad decisoria conformando el equipo. personal integrante falto de capacidad técnica Poco recurso humano	Se pierde el hilo conductor y orientador, ausencia de cohesión. Se genera sobrecarga de funciones y retraso en las acciones
<b>Paso 2. Establecer objetivos conductuales preliminares</b>			
<b>Qué funcionó</b>	<b>Por qué</b>	<b>Qué no funcionó</b>	<b>Por qué</b>
Existencia de diagnóstico situacional o análisis que integre las variables epidemiológicas, entomológicas, clínicas y de población (social, cultural) y determinar los factores de riesgo	Permite orientar y determinar la importancia del objetivo conductual	Si se parte de un buen diagnóstico no vemos dificultades para la construcción del objetivo conductual	No se justifico
<b>Paso 3. Planificar y realizar la investigación formativa</b>			
<b>Qué funcionó</b>	<b>Por qué</b>	<b>Qué no funcionó</b>	<b>Por qué</b>
Asistencia técnica y acompañamiento en el proceso. Liderazgo de país y voluntad política. Línea de base en comportamientos existentes	Orientación y conducción técnica que facilita la aplicación de la metodología	Dificulta el proceso y lo prolonga	Faltan personas con formación de base social que oriente el proceso y su análisis que puede tener brechas sobretodo en la fase cualitativa
<b>Paso 4. Solicitar retroalimentación sobre la investigación formativa</b>			
<b>Qué funcionó</b>	<b>Por qué</b>	<b>Qué no funcionó</b>	<b>Por qué</b>
Participación comunitaria en esta etapa. Credibilidad ante la población de la organización o institución que implementa el proceso. Importancia de la divulgación y socialización de los resultados con los involucrados	Facilidad para establecer el objetivo conductual y la identificación de los problemas. Participación de los tomadores de decisiones en las recomendaciones y cambios	Algunos casos se presentaron dificultades de parte de la comunidad referente a la credibilidad de las instituciones	Falta de confianza hacia las instituciones gubernamentales. Uso de lenguaje muy técnico

**Paso 5. Analizar y priorizar y especificar los objetivos conductuales finales**

Qué funcionó	Por qué	Qué no funcionó	Por qué
La priorización ajustada al contexto Establecer los objetivos prioritarios en conjunto con la comunidad y abarcar los posibles de realizar	Facilita la definición de estrategias determinando los objetivos realmente alcanzables	Determinar los objetivos sin un proceso de concertación con la comunidad. La comunidad no tiene claridad del significado de un objetivo	Riesgo de fracaso del proyecto no genera empoderamiento. Uso de lenguaje muy técnico

**Paso 6. Segmentar los grupos destinatarios**

Qué funcionó	Por qué	Qué no funcionó	Por qué
Diferenciación de los mensajes Focalización de las acciones en de acuerdo características de los grupos poblacionales (estaciones climáticas, etnias, culturales, geográficas, etc.)	Reconoce el contexto y la comunidad percibe un acercamiento	No se encontró ninguna dificultad	

**Paso 7. Elaborar su estrategia**

Qué funcionó	Por qué	Qué no funcionó	Por qué
Participación comunitaria y otros actores sociales en la definición de la estrategia Seguir metodología para organizar las acciones	Selección de actores clave	El tiempo asignado a este paso. Diseñar la estrategia sin tomar en cuenta los recursos disponibles	Disponibilidad de tiempo de los participantes Depende la sostenibilidad de la estrategia

**Paso 8. Probar previamente las conductas, los mensajes y los materiales**

Qué funcionó	Por qué	Qué no funcionó	Por qué
Validado en conjunto con la población	La comunidad debe sentirse representada	Falta metodología o guía práctica de validación para un piloto de bajo costo y que cuente con rigurosidad científica Falta de tiempo, hechas “a la carrera”	Es un paso que generalmente se obvia porque hay una baja percepción de la importancia para continuar con el proyecto y es parte fundamental del éxito

**Paso 9. Establecer un sistema de monitoreo**

Qué funcionó	Por qué	Qué no funcionó	Por qué
La técnica observacional. La medición de cambios de comportamiento a través de indicadores entomológicos, epidemiológicos u otros	No se cuenta con el conocimiento para construir indicadores que midan impacto conductual. Otros indicadores orientan indirectamente en las acciones	No hay una explicación clara de cómo implementar un sistema efectivo de monitoreo. No explica la construcción de indicadores que midan cambios de conducta	La guía debe estar dirigida a orientar a los que la van a operativizar

<b>Paso 10. Fortalecer las aptitudes del personal</b>			
<b>Qué funcionó</b>	<b>Por qué</b>	<b>Qué no funcionó</b>	<b>Por qué</b>
Identificar las necesidades de capacitación desde los propios funcionarios Retroalimentación del equipo. Sistema de motivación fomentando la sana competencia entre los funcionarios	Apropiación y compromiso entre los funcionarios	El tiempo y el resto de responsabilidades Recargo de funciones La capacitación debe ser integral.	Funcionarios multifuncionales
<b>Paso 11. Establecer sistemas para administrar y compartir la información</b>			
<b>Qué funcionó</b>	<b>Por qué</b>	<b>Qué no funcionó</b>	<b>Por qué</b>
Aprovechar los sistemas o instancias existentes Tomar en cuenta a la población periódicamente en la divulgación	Se partió de lo que ya se tenía	Que no se pueda consensuar en tener una infraestructura clara en sistemas de información la incorporación de nuevos indicadores a un sistema es un tema complicado	Contar con sistemas de acopio y divulgación de información establecidos
<b>Paso 12. Estructurar su programa: Sugerimos integrarlo con el paso 13</b>			
<b>Qué funcionó</b>	<b>Por qué</b>	<b>Qué no funcionó</b>	<b>Por qué</b>
Sin reporte de información en la reunión técnica 2009	Sin reporte de información en la reunión técnica 2009	Sin reporte de información en la reunión técnica 2009	Sin reporte de información en la reunión técnica 2009
<b>Paso 13. Redactar un plan de ejecución estratégico</b>			
<b>Qué funcionó</b>	<b>Por qué</b>	<b>Qué no funcionó</b>	<b>Por qué</b>
Sistematización del proceso Integrar los pasos 7,12	Es imprescindible para orientar y evaluar las acciones. Se hace siguiendo los formatos de país	Sin reporte de información en la reunión técnica 2009	Sin reporte de información en la reunión técnica 2009
<b>Paso 14. Determinar su presupuesto</b>			
<b>Qué funcionó</b>	<b>Por qué</b>	<b>Qué no funcionó</b>	<b>Por qué</b>
Sugerimos integrarlo con el paso 13	Sin reporte de información en la reunión técnica 2009	Sin reporte de información en la reunión técnica 2009	Sin reporte de información en la reunión técnica 2009
<b>Paso 15. Realizar una prueba piloto y revisar el plan estratégico</b>			
<b>Qué funcionó</b>	<b>Por qué</b>	<b>Qué no funcionó</b>	<b>Por qué</b>
No se planifica por costos	Sin reporte de información en la reunión técnica 2009	Consideramos no hacerlo por asuntos de costos	Debe considerarse contar con análisis de costos

## ANEXO 3. PROPUESTAS PARA LOS AJUSTES A LOS PASOS COMBI

Pasos COMBI Original	Propuesta 1: Refleja todos los cambios propuestos en “Recomendaciones”, no importando si hubo diferencias de opinión.	Propuesta 2: Refleja los cambios propuestos en “Recomendaciones” donde hubo un acuerdo general pero no combinando Pasos 4 y 5	Propuesta 3: Refleja los cambios propuestos en “Recomendaciones” donde hubo un acuerdo general pero no combinando Paso 12 con los Pasos 7, 13, 14
1. Armar el equipo multidisciplinario	1. Armar el equipo multidisciplinario	1. Armar el equipo multidisciplinario	1. Armar el equipo multidisciplinario
2. Establecer objetivos conductuales preliminares	2. Establecer una metodología para la sistematización del proceso y administrar y compartir la información (incluye Paso 11)	2. Establecer una metodología para la sistematización del proceso y administrar y compartir la información (incluye Paso 11)	2. Establecer una metodología para la sistematización del proceso y administrar y compartir la información (incluye Paso 11)
3. Planificar y realizar la investigación formativa	3. Identificar los objetivos conductuales preliminares e indagar su viabilidad (incluye Paso 6)	3. Establecer y probar los objetivos conductuales preliminares (incluye Paso 6)	3. Establecer y probar los objetivos conductuales preliminares (incluye Paso 6)
4. Solicitar retroalimentación sobre la investigación formativa	4. Planificar y realizar la investigación formativa	4. Planificar y realizar la investigación formativa	4. Planificar y realizar la investigación formativa
5. Analizar y priorizar y especificar los objetivos conductuales finales	5. Socializar los resultados de la investigación formativa y finalizar los objetivos conductuales (incluye Pasos 4 y 5)	5. Socializar los resultados de la investigación formativa	5. Socializar los resultados de la investigación formativa y finalizar los objetivos conductuales (incluye Pasos 4 y 5)
6. Segmentar los grupos destinatarios	6. Probar previamente los mensajes y los materiales	6. Analizar y finalizar los objetivos conductuales	6. Probar previamente los mensajes y los materiales
7. Elaborar su estrategia	7. Establecer un sistema de monitoreo y evaluación	7. Probar previamente los mensajes y los materiales	7. Establecer un sistema de monitoreo
8. Probar previamente las conductas, los mensajes y los materiales	8. Fortalecer las aptitudes del personal	8. Establecer un sistema de monitoreo	8. Fortalecer las aptitudes del personal
9. Establecer un sistema de monitoreo	9. Elaborar un plan operativo (incluye Pasos 7, 12, 13, 14)	9. Fortalecer las aptitudes del personal	9. Estructurar su programa
10. Fortalecer las aptitudes del personal	10. Implementar el plan operativo y ajustarlo según los resultados para su réplica	10. Elaborar un plan operativo (incluye Pasos 7, 12, 13, 14)	10. Elaborar un plan operativo (incluye Pasos 7, 13, 14)
11. Establecer sistemas para administrar y compartir la información		11. Implementar el plan operativo y ajustarlo según los resultados para su réplica	11. Implementar el plan operativo y ajustarlo según los resultados para su réplica
12. Estructurar su programa			
13. Redactar un plan de ejecución estratégico			
14. Determinar su presupuesto			
15. Realizar una prueba piloto y revisar el plan estratégico			



Canadian International Development Agency