



A bilateral perspective on Mexico-U.S. migration

Harriett Romo
Carlos Alberto Garrido de la Calleja
Olivia López
Editors

A BILATERAL PERSPECTIVE ON MEXICO-U.S. MIGRATION

HARRIETT ROMO
CARLOS ALBERTO GARRIDO DE LA CALLEJA
OLIVIA LÓPEZ
EDITORS

XALAPA, VERACRUZ. MÉXICO

2012

UTSA

UTSA
MEXICO
CENTER


Universidad Veracruzana


RAEM-UV
INSTITUTO VERACRUZANO DE ESTUDIOS SOCIOECONÓMICOS


IETEC
ARANA EDITORES

A Bilateral Perspective on Mexico-U.S. Migration

Primera edición, 2012

Prohibida la reproducción parcial o total de esta obra, bajo cualquier medio, electrónico o mecánico, sin la autorización por escrito de los titulares de la misma.

DR © Universidad Veracruzana (UV) - University of Texas at San Antonio (UTSA).

© IETEC- Arana Editores
Av. Ruiz Cortines No. 511
Col. Francisco Ferrer Guardia, C.P. 91020
Xalapa, Veracruz, México
Tel. (01) 228-8-14-18-73
edimpa.arana@hotmail.com

Imagen de la portada: *La Marcha de Lupe Liberty*

Diseño de imagen de la portada: Tony Ortega

Diseño de la portada: Oscar Pérez Ábrego

ISBN: 978-607-9091-16-3

Impreso y hecho en México

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION	9
Harriett Romo, The University of Texas at San Antonio	
Olivia López, The University of Texas at San Antonio	
Carlos Alberto Garrido de la Calleja, Universidad Veracruzana	
CHAPTER 1	
An Overview of Issues Surrounding Mexican Migration to the United States	21
Harriett Romo, The University of Texas at San Antonio	
CHAPTER 2	
El Fracaso de la Política Migratoria de Estados Unidos y el Papel de los Estados: El Caso de Arizona	39
Patricia de los Ríos Lozano, Universidad Iberoamericana	
CHAPTER 3	
Security and International Migration: The Need to Re-Conceptualize U.S.-Mexico Relations from a Regional Perspective	57
Adriana Sletza Ortega Ramírez, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	
Misael González Ramírez, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	
CHAPTER 4	
NAFTA's Implications for Regional Industrial Concentration and its Collateral Effects on Migration in Mexico	77
Miguel Flores, The University of Texas at San Antonio	
Cintha Caamal, Universidad Autónoma de Nuevo León	
Nazrul Hoque, The University of Texas at San Antonio	
CHAPTER 5	
Mexican Transnational Entrepreneurs in San Antonio, Texas: A New Form of Immigrant Citizenship	93
Luis Xavier Rangel-Ortiz, The University of Texas at San Antonio	
CHAPTER 6	
Uso de la Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis en Usuarios y Prestadores de Servicios de Salud de Veracruz	113
Nesly T. Muñoz Cortés, Universidad Veracruzana	
CHAPTER 7	
Políticas Públicas: Marketing Social de Salud en Migración	131
Janet García González, Instituto Nacional de Salud Pública	

CHAPTER 8	
Border Crossing: Geographic Space and Cognitive Shifts in Adolescent Language and Literacy Practices	147
Rosalind Horowitz, The University of Texas at San Antonio	
CHAPTER 9	
Becoming Visible in Policy and Practice: College Access for Undocumented Students in the United States	165
Maricela Oliva, The University of Texas at San Antonio	
CHAPTER 10	
Women Immigrants: Labor, Gender Roles and Domestic Violence	183
Catherine Nolan-Ferrell, The University of Texas at San Antonio	
CHAPTER 11	
A Possible Guest Worker Program in a Comprehensive Immigration Reform	195
Yúriko Garcés Lee, School of Oriental and African Studies, University of London	
CHAPTER 12	
Mexican Migration to the United States: A Challenge that Requires a Bi-national Approach	209
Cecilia Imaz, Universidad Nacional Autónoma de México	
CHAPTER 13	
La Reforma Migratoria Integral en los Estados Unidos de Norteamérica: Una mirada Binacional y Reflexiones para su Diseño	217
Carlos Alberto Garrido de la Calleja, Universidad Veracruzana	
LIST OF CONTRIBUTORS	231

CHAPTER 7

POLÍTICAS PÚBLICAS: MARKETING SOCIAL DE SALUD EN MIGRACIÓN

Janet García González, Instituto Nacional de Salud Pública

El crecimiento inexorable de la población transnacional ha ocurrido en ausencia de un marco regulatorio o de una política compartida que asegure el bienestar de migrantes y sus familias, tanto en Estados Unidos como en las comunidades de origen. Lo anterior genera desafíos importantes con respecto al bienestar de las personas, sobre todo el acceso a la salud pública y a los servicios médicos, aunado a retos financieros en ambos lados de la frontera.

Ante esta situación, el Estado Mexicano, a través de sus distintas organizaciones, busca desarrollar sistemas de información para la salud a los migrantes que permitan: a) otorgar atención a la salud en las unidades médicas del lugar de origen, traslado y destino —identificadas como fases de atención—; b) realizar acciones de prevención de enfermedades en dos modalidades: dentro del programa permanente y en Semanas Nacionales de Salud; y c) establecer convenios de cooperación bilateral México-Estados Unidos (migración externa) e interestatales (migración interna).

Dado que la problemática de salud en migración en Estados Unidos y México es alarmante, la comunicación para la salud juega un papel primordial para la planeación de acciones en ambos países. El análisis del marketing social de educación en salud es indispensable, ya que ambos países comparten los mismos conflictos de salud producto de la migración; los migrantes corren riesgos de salud en las diferentes etapas de su movilización, desde el origen, durante el traslado y en el destino final. Al respecto, se han desarrollado acciones estratégicas en ambos países mediante campañas de promoción de la salud y capacitación del personal de salud, y el marketing social para el control de las enfermedades. Es importante analizar las estrategias de marketing para la educación de salud en México y Estados Unidos ya que tienen implicaciones para las iniciativas de salud binacionales. Esto es, el análisis del proceso y los elementos que se emplean en el marketing social en salud en ambos países permite hacer una evaluación inicial para dimensionar si las acciones en esta área tienen la sustentabilidad necesaria para la resolución de los problemas de salud.

Hacia el Análisis de las Estrategias de Marketing Social de Salud en Migración

En las últimas décadas el concepto de marketing ha trascendido el planteamiento de que su existencia se limita a una relación de venta de productos tangibles al consumidor, hacia la noción de marketing social.¹ Marketing social se entiende como un proceso cuyo objetivo es cambiar el comportamiento individual, utilizando principios de comercialización destinados a promover intervenciones que mejoren el bienestar social. (Tan *et al.*, 2010)

El marketing social aplicado a la salud ha emergido con fuerza en los últimos años con el objeto de incrementar la concienciación pública y promover cambios en las conductas de las personas (Beerli-Palacio, Martín-Santana, & Porta, 2008). El marketing social puede ser una herramienta eficaz para lograr objetivos de salud pública (Pirani & Reizes, 2005). Con frecuencia es un proceso viable, pero existe confusión respecto a lo que es el marketing social, lo que razonablemente se puede esperar de él, y cómo ha de instrumentarse (Neiger, Thackeray, Barnes, & McKenzie, 2003).

Ante ello, la promoción de la salud tiene cabida en este quehacer del marketing, ya que se basa en la interpretación social y cultural de la salud y la enfermedad. Su objetivo es capacitar a la gente para la adquisición de mayor control sobre su salud a través de la acción intersectorial.

La revisión efectuada por Lindenberger y Bryant (2000) sugiere que el "marketing" está involucrado en "promoción de la salud," pero sostiene que las intervenciones de promoción de ella a menudo carecen de un plan global de marketing y de una suficiente integración de sus componentes para lograr que el proceso sea verdaderamente estratégico. La reacción a esta revisión propone que, si bien el marketing social está floreciendo y tiene un impacto significativo en la promoción de la salud, el conocimiento actual y su utilización en el cambio de comportamientos no alcanza a comprender el carácter global del fenómeno.

Una vertiente comúnmente utilizada del marketing social en salud es la administrativa, llamada "marketing de servicios de salud." Su estrategia es orientar la organización provisor de los servicios de salud hacia al mercado, por lo que los servicios han de conceptualizarse como productos que se suministran a los pacientes, tomando en cuenta la perspectiva de éstos respecto de aquéllos.

Se pretende que a través de enfoques multidisciplinarios se pongan en marcha estrategias que permitan desvincular el concepto de salud del de enfermedad. Más que depender de la medicina, la salud se cifra en condiciones decorosas de vida y de trabajo, educación libre y medios adecuados de reposo y recreación, así como en acceso universal a los servicios de salud, misión primordial de la salud pública. Por tanto, la política de prevención (que implica la educación de la gente para que cuide su salud) es de suma importancia. La política de curación debe situarse en el último lugar pues debería aplicarse únicamente en caso de fallar la política de prevención (García González, 2007).

Un grupo que podría beneficiarse con este tipo de políticas de salud es la población migrante, ya que se caracteriza por tener los más bajos niveles de cobertura de seguridad médica. Lo anterior obstaculiza el monitoreo regular de su estado de salud. El alto nivel de desprotección de la población mexicana en Estados Unidos se relaciona con su elevada concentración en actividades poco calificadas y de baja remuneración, las cuales, en general, no incluyen la prestación de beneficios por parte del empleador. Al mismo tiempo, en México se requiere redoblar esfuerzos para atender las necesidades de salud de la población migrante y sus familias en todas las etapas del proceso migratorio. Si bien ya se llevan a cabo programas orientados a mejorar el acceso de los migrantes mexicanos a los servicios de salud, resulta crucial implementar una política integral de provisión de salud (Leite & Castañeda, 2009).

Desarrollo de la Investigación

Se llevó a cabo un estudio cualitativo con entrevistas semiestructuradas como instrumento de levantamiento de información. Se entrevistó a un total de 17 informantes clave de instituciones de salud públicas y privadas mexicanas y de E.U. (ver Tabla no. 1) con el objetivo de explorar la conceptualización del marketing social, así como el desarrollo y descripción de las campañas relacionadas en programas de salud para migrantes.

Los informantes de México laboraban dentro de programas de salud como: "Vete Sano, Regresa Sano" de la Secretaría de Salud, del programa "Bienvenido Paisano," y de las regidurías de salud de algunos municipios pertenecientes a los estados de mayor saldo migratorio hasta el 2004, como Baja California, Distrito Federal, México, Puebla y Veracruz. Un informante provenía de la Secretaría de Salud a nivel federal, y uno más era oficial internacional en promoción de la salud de la oficina de la frontera México-E.U. de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Para el caso de EUA, los informantes participaban en la conducción de campañas de marketing social de forma activa en las agencias del estado de California, del condado de San Diego, y de una agencia privada (ver Tabla 1).

Tabla 1. Características de los Entrevistados y Campañas de Marketing Social de México y EUA

	México	EUA
Grado Académico	3 Maestrías en salud pública 1 Maestro en ciencias médicas 1 Maestro en ciencias 1 Maestro en administración pública 1 Lic. en derecho 1 Lic. en psicología 1 Lic. en nutrición	1 BA / BS ² 4 MA / MS / MPH ^{3&4} 3 Doctoral (marketing social)
Puesto	Coordinadores internacionales, estatales, jurisdiccionales y municipales	Coordinadores de campañas de marketing Social
Programa	Promoción de la salud Prog. "Vete Sano, Regresa Sano" Salud Municipal.	3 Estado de California (CDPH) 4 Condado 1 Privada
Tiempo de afiliación (años Promedio)	5 años promedio (Rango de 0 a 5 años)	10 años (Rango de 5 a 20 años)
Experiencia en el área (porcentaje)	50% No tiene 50% Sí tiene	100 % Sí tiene

Tipo de entrenamiento	2 Maestría en marketing 1 Lic. en comunicación	6 En el trabajo 7 Formal 4 Ambos
No. de personal (promedio)	5 personas (Rango de 1 - 8)	16 personas (Rango de 1 - 118)
Presupuesto para actividades del último año (rango)	Nivel Internacional 100,000 dólares Nivel Estatal 800,000 pesos a 1,200,000 Nivel Jurisdiccional 50,000 Nivel Municipal 800,000	107 millones de dólares por la agencia
Tipo de campaña en MS últimos 3 años	Campañas binacionales Prevención de accidentes VIH Sida	Siete de las ocho organizaciones indicaron dirigirse a los latinos, tanto en sus campañas actuales como en las anteriores.
Campañas de difusión	Radio Televisión Comunicación alternativa	

Fuente: Elaboración propia

La guía de entrevista se basó en tres campos semánticos: salud, migración y marketing; la construcción de las categorías de análisis se definieron por los equipos binacionales de investigación durante dos estancias de investigación (Ver Tabla 2).

Tabla 2 Categorías Más Representativas del Estudio

CATEGORIAS	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TÓPICOS
Causa social	Objetivo social que los agentes de cambio consideran que ofrecerá una respuesta acertada a un problema social.	Expectativas que tiene el Marketing social (MS) para la resolución de problemas de salud dentro de las actividades de promoción de la salud. Procesos de la organización para priorizar o aplicar las campañas de MS en temas de salud. Criterios en su organización para la planificación del desarrollo de campañas de MS. Campañas de MS que se aplican actualmente.
Estrategia de cambio	La dirección y el programa adoptados por un agente de cambio para llevar a cabo la transformación en las actitudes y conducta de los destinatarios.	Campaña (elementos, proceso de planeación, barreras en la implementación de las campañas de MS). Cambios estructurales comunitarios que se han detectado a consecuencia de la implementación de campañas de MS.

Marketing social
para migrantes

Segmenta en grupos
homogéneos que
representan el blanco
de los mensajes
desarrollados a la medida
de sus cualidades
compartidas

Experiencia en el desarrollo de campañas de MS
con migrantes.
Objetivo del MS en poblaciones migrantes
Vínculo con organizaciones binacionales.

Fuente: Elaboración propia

Resultados

Para los informantes mexicanos, el concepto de marketing social no arroja un significado familiar explícito, posiblemente porque el Sistema de Salud no tiene definidas actividades de marketing social en su estructura orgánica. Sin embargo, los entrevistados ligan la idea de marketing social con la actividad de promoción de la salud, que sí se encuentra contenida en la organización, y que se explica como una herramienta para la prevención de enfermedades. Incluye acciones de difusión y uso de materiales de comunicación educativa dirigidos a una población objetivo, tanto a nivel individual como comunitario.

La evaluación del impacto de las actividades de promoción se mide con indicadores cuantitativos que son reportados al nivel superior correspondiente. El único indicador cualitativo utilizado se basa en el nivel de conocimiento del migrante sobre temas de salud. Para los entrevistados en el estado de California, el Marketing Social se determina por actividades de *mixed marketing*.

El Marketing Social y La Promoción de la Salud

Un punto de acuerdo entre los funcionarios de ambos países es que ambos grupos consideran tanto el marketing social como la promoción de la salud como herramientas que ayudan a motivar el auto cuidado y permiten la adopción de estilos de vida saludables entre la población objetivo. Las herramientas de comunicación incluyen conceptos que se relacionan con los programas y campañas, tales como: a) educación para la salud, b) medios masivos de comunicación, c) promoción, y d) comportamientos saludables. Sin embargo, se considera que el uso de las herramientas de promoción y marketing es sólo una parte de la estrategia para obtener resultados.

Desarrollo de Campañas

En ambos países se identifican dos factores que obstaculizan la realización de campañas. El primero es la falta de capacitación y el segundo la insuficiencia de fondos. Mientras que México cuenta con un rango de recursos de entre \$50,000 a \$1,200,000 pesos, en el estado de California se otorgan \$107 millones de dólares por agencia o institución. Por otro lado, los funcionarios de México apuntan que la mayor parte de los recursos se utilizan para

la difusión de información, dejando con muy poco presupuesto otras actividades que se relacionan con las campañas de marketing social.

Los Procesos de Aplicación y Priorización de las Campañas

En México las campañas se instrumentan mediante vinculación interinstitucional; esto es, se desarrolla la estrategia a nivel federal y se envía por niveles estatal, jurisdiccional y operativo. Se asignan prioridades al diagnóstico epidemiológico para focalizar acciones, con los niveles de mortalidad como factor definitivo. Los mecanismos de evaluación se fundamentan en parámetros ya establecidos, como el logro de metas cuantitativas. El desarrollo de las campañas se realiza en dos etapas; primero, con la elección de la población objetivo y, segundo, con la selección de las estrategias adecuadas orientadas hacia la educación y prevención para la salud.

En contraste, en el estado de California se determinan metas para campañas específicas a partir del análisis de la población objetivo. Identifican y segmentan la población objetivo por grupo étnico, edad, ubicación geográfica, región, tipo de la comunidad, sensibilidad cultural, creencias y comportamientos.

Desarrollo de Mensajes

En México, el área de promoción de la salud construye y desarrolla mensajes de manera unidireccional por departamentos administrativos (federal, jurisdiccional y centros de salud). Cada uno de ellos cuenta con infraestructura, recursos materiales y humanos para llevar a cabo las actividades de promoción. Sin embargo, los entrevistados coinciden en la insuficiencia de recursos y reconocen algunas inconsistencias en la visión y capacitación profesional. La difusión de los mensajes es la tarea más común y se realiza por medio de materiales gráficos y mensajes radiofónicos.

En el estado de California, el mensaje es interactivo o construido a partir de información recibida de la población. Para otorgar legitimidad a los mensajes, no se ejecuta una campaña hasta que se comprueba mediante el uso de metodologías cualitativas y cuantitativas, como grupos focales, sondeos de opinión y pruebas piloto, que los contenidos son aprobados por la misma comunidad. Estas herramientas de marketing sirven para garantizar que la campaña sea culturalmente apropiada en el contenido y objetivos. La campaña se difunde a través de las nuevas tecnologías electrónicas y mensajes radiofónicos.

Instrumentación del Marketing Social

Se reporta que en México no existe planificación para la elaboración de este tipo de campañas y que, al contrario, éstas se improvisan de acuerdo con las contingencias que se van presentando. Sin embargo, sí se fomenta la colaboración interinstitucional y la participación de la población, procesos que requieren de planificación y que comparten las campañas californianas.

En México se instrumentan campañas en temporadas de retorno de los migrantes (fiestas culturales, familiares y periodos vacacionales), mientras que en el estado de California estas actividades se llevan a cabo en forma continua.

Para la implementación de campañas de marketing social, en el estado de California se realiza una planificación previa al lanzamiento de cualquier programa nuevo. Por ejemplo, mencionan la necesidad de identificar a líderes comunitarios que proveen servicios (de salud y sociales) a la comunidad latina. De esta manera, se puede obtener la confianza de la comunidad e incrementar la probabilidad de éxito de la campaña de marketing social puesto que la comunidad de migrantes puede dar retroalimentación a los coordinadores.

Por otra parte, el uso de medios tradicionales de comunicación masiva para difundir el mensaje de salud a los migrantes es recurrente en ambos países. Por ejemplo, los carteles con información de nutrición son efectivos en sitios como los supermercados. Actualmente en el estado de California se están implementando estrategias no tradicionales, llamadas marketing "guerrilla", para la difusión de mensajes de salud. Algunos ejemplos de este marketing "guerrilla" son las calcomanías en los baños y bares/antros, mensajes escritos en las banquetas, o anuncios macros (es decir, que forran) en los autobuses.

En México se practica un uso excesivo de herramientas gráficas (carteles, trípticos, etc.) desarrollados a nivel federal. En el estado de California sería difícil utilizar y difundir materiales que no tomen en cuenta el perfil socioeconómico y demográfico de los migrantes ya que las características de este grupo difieren de las de otros grupos de población. La diversidad étnica y lingüística es una barrera en el desarrollo de campañas tanto en México como en el estado de California.

Existen varios obstáculos que México enfrenta en la implementación de campañas de marketing social. Por una parte, la falta de fondos para elaborar y difundir campañas de mercadotecnia social resulta ser un gran reto en la aplicación de esta metodología; por otra, la escasez de recursos económicos se traduce en baja calidad y diversidad de materiales de difusión, así como en reducida distribución de los mismos.

En el estado de California se experimentan otras barreras. Por ejemplo, los errores en la coordinación del personal de las compañías que reciben contratos para diseñar ciertos aspectos de las campañas, la desvinculación con instituciones no gubernamentales, y el manejo inadecuado de los materiales que forman parte de las campañas. En México se identifican como barreras la falta de reconocimiento de la población migrante, lo que impide identificar las necesidades de salud de ésta.

Continuidad y Actualización de Campañas

En California, la carencia de fondos a largo plazo significa que no existe continuidad o compatibilidad entre las distintas campañas que se implementan en los diferentes condados que forman la base de este estudio.

Evaluación

Tanto en California como en México es difícil realizar la evaluación final de las campañas de marketing social, es decir, la medición del impacto. México reporta nula actividad de evaluación, en parte debido a la falta de parámetros de medición que permitan deducir el éxito que pudiera tener algún programa de promoción. Sin embargo, se considera que es importante el uso de los medios masivos de comunicación para que este tipo de campañas sean exitosas. Además, ambos países reportan escasez de personal calificado para llevar a cabo un programa de evaluación de las diferentes campañas que se inician, traduciéndose esto en una barrera compartida.

En el estado de California se reconoce la importancia del proceso de evaluación y se reportan varias estrategias, algunas más rigurosas que otras, dependiendo de los datos recopilados. Las metas principales de la evaluación incluyen examinar cambios en comportamientos y conocimientos de los migrantes. Las barreras con que se enfrentaron al desarrollar la evaluación fue la pobre calidad de los datos recopilados, falta de recursos económicos para desarrollar un plan de evaluación minucioso, y cambios en las políticas públicas que impactan directamente a los migrantes y los latinos que residen en E.U. y en el estado de California. Dado que los presupuestos para campañas de marketing social tienden a ser pequeños, la falta de datos que apoyen su desarrollo en el futuro también perjudica la probabilidad de obtener financiamiento para estas actividades por parte de fundaciones privadas.

Definición del Migrante

Existe una diferencia de perspectiva en cuanto a la definición de migrante en México y California. Se considera que los migrantes pueden describirse en función de cuatro cualidades: (1) su perfil laboral, (2) sus antecedentes familiares como migrantes, (3) sus características sociales y morales y, por último, (4) su forma de inmigración a los Estados Unidos. Es necesario además notar que la falta de claridad en la definición de migrante podría influir en las políticas públicas que se desarrollan e implementan en cada país para proteger la salud de estas personas.

Discusión

El marketing social ha sido una herramienta utilizada de manera estratégica con la finalidad de generar cambios conductuales y de comportamiento en salud en la población objetivo. California y México comparten el mismo público meta, los migrantes. Se determinó la situación en la que se encuentran las campañas de marketing social, analizando, entre otras cosas, su conceptualización, proceso, elementos que la integran, e identificando las necesidades y barreras sociales para lograr su cometido. El marketing social y la promoción de la salud pertenecen a las disciplinas que conforman las ciencias de la comunicación. El marketing social se compone de técnicas y herramientas que mediante la investigación arrojan un ideal de toma de decisiones y acciones que motiven el cambio en actitudes.

comportamientos o ideas hacia estilos de vida saludables y de auto cuidado. La promoción de la salud es una actividad que se liga con la difusión de información a través de canales de comunicación a nivel interpersonal, grupal o masivo.

La implementación de actividades de promoción de la salud y de marketing es hasta el momento aislada. El uso de otras disciplinas podría ayudar a enfocar el problema desde una variedad de puntos de vista, para así dar cabida a la unificación de conceptos, tareas y metas, de modo que la población objetivo, en este caso los migrantes, sea más susceptible a la modificación de actitudes, intereses, sentimientos y creencias. Lo anterior se reflejaría en una serie de beneficios a mediano y largo plazo para toda la sociedad.

Respecto a la unificación de conceptos, se nota en México una mayor identificación de la idea de promoción de la salud con la de marketing social; se maneja marketing social igual que promoción de la salud. Independientemente del uso de términos, en ambos países se busca alentar el cambio de comportamiento mediante la instrumentación de campañas de promoción de la salud.

La salud es un campo multidimensional. La salud de las personas depende de lo que cada una pueda realizar a nivel individual, pero también de los apoyos que encuentren en sus relaciones personales cercanas (nivel grupal), de las interacciones sociales y comunicativas con las que cuenten (nivel organizacional), así como de los servicios a los que tengan acceso en la comunidad y de las políticas de Estado. Por ello se requieren cambios en múltiples niveles; es necesario que las intervenciones en el ámbito de la cultura (de los discursos, los conocimientos, las formas de entender, de sentir) se produzcan junto con cambios en las políticas, en las condiciones de vida de la población y en la calidad de la prestación de servicios. Es importante hacer notar que los cambios de comportamiento no son suficientes para asegurar que la salud mejore; al igual que la comunicación, la información y el marketing social tampoco son suficientes por sí mismos para que se generen cambios de comportamiento.

La complejidad de los retos en el terreno de la salud provoca que sea prioritario un trabajo concertado y multidisciplinario, capaz de identificar los múltiples aspectos en los que es necesario intervenir. Por ello parece conveniente unificar criterios y ampliar el ámbito de cabida de conceptos ampliamente utilizados en la esfera de la salud, como promoción de la salud, marketing social y educación para la salud. La propuesta es utilizar "Comunicación para la Salud", ya que en su significado se incluyen desde la visión tradicional de difusión de información hasta la implementación de acciones de marketing social (estrategias de ventas de productos o ideas). La comunicación es esto y más. La comunicación afecta la forma en que nos relacionamos (la interacción social) y cómo nos ponemos de acuerdo (lo que hace posible que vivamos juntos). Se encarga de la convivencia y de la manera en que ésta se va generando a través de la construcción de consensos, de entendimientos y de valoraciones.

En este mismo tenor, el marketing social se centra en la aplicación de técnicas con el objetivo de cambiar comportamientos con metas sociales y, en salud, con fines saludables. Este enfoque trata de transformar sistemas de salud y de promover actitudes de salud. Se basa en conocer el entorno, las identidades y necesidades de la población objetivo con el fin de desarrollar intervenciones y mensajes relevantes para suscitar cambios de comportamientos

nocivos. El beneficio del cambio de comportamiento es de suma importancia, por lo que resulta crucial la evaluación a través de la medición de indicadores de morbilidad y mortalidad durante todo el proceso del marketing social.

Se deben desarrollar intervenciones y mensajes promoviendo los beneficios de los comportamientos saludables acordes con la población meta. Generalmente la información no es suficiente para cambiar el comportamiento. Es necesario propiciar una internalización de la información a un nivel más afectivo y emocional mediante mensajes repetitivos, de tal forma que las normas sociales refuercen el nuevo comportamiento y éste se pueda poner en práctica regularmente.

Es importante contar con personal capacitado en la comunicación para la salud, así como incluir entrenamientos que garanticen la adecuada promoción de la salud y el éxito de campañas y aplicación de técnicas propias del marketing social. Para ello se requieren modificaciones curriculares de los programas de formación de recursos humanos. Se necesita formar personal en múltiples competencias: a) teorías de la comunicación, b) cambio de comportamiento, c) psicología, d) métodos de investigación cuantitativos y cualitativos, e) percepción y aprendizaje, f) movilización social, g) cambios de sistemas de salud, h) epidemiología, i) salud y comunicación, j) evaluación de proyectos de salud y comunicación, k) cambio social y cambio en salud, l) identidad y cambio de normas, y m) prácticas de comunicación e investigación en comunicaciones de salud. La propuesta es, entonces, considerar a la comunicación como los procesos de relación y de diálogo a través de los cuales las personas se informan, opinan, debaten, se cuestionan, aprenden, deciden cambiar, se hacen visibles, procesan sus conflictos y llegan a consensos, y se ponen de acuerdo en cuanto al sistema de significados de sus acciones y motivos. La comunicación es diálogo y está íntimamente vinculada con los procesos educativos (porque para educar hay que convencer), y con el fortalecimiento de la democracia (porque la participación y la deliberación es un componente central de ésta).

Políticas Públicas: La Comunicación en los Programas de Salud Pública

Tanto en México como en Estados Unidos se necesita que se afiance, se profundice, y que se haga realidad la democracia. Uno de los campos que requiere ser transformado es el de la salud. Es necesario un modelo de salud que responda a ciertos valores éticos mínimos como el respeto a la vida, la equidad, el respeto a la pluralidad y a la identidad de cada persona y de cada comunidad. Los lineamientos generales del sistema de salud, los planes nacionales, los planes regionales y locales, y la distribución de los recursos deberían ser materia de deliberación, de forma tal que se vayan generando consensos que permitan que se trabaje coordinadamente.

La comunicación en salud debe ser responsable de que las políticas de salud sean visibles para el conjunto de la población. Los diagnósticos y estudios que sustentan la generación de políticas públicas tienen que incluir componentes de comunicación de salud para que la población adquiera información sobre las políticas de salud y para que pueda acceder a

ellas; para que se escuchen las distintas opiniones y que se delibere; para que la salud sea visible de forma tal que se pueda vigilar.

Por lo anterior es necesario incorporar a la comunicación como un eje central que renueve la promoción de la salud en migración y a los profesionales de la salud. Su inclusión debe traducirse en quehaceres y acciones concretas y no sólo en capacitaciones e intenciones. Es necesario renovar la reflexión académica, los marcos conceptuales, hipótesis y aspiraciones, aprovechando los distintos campos en los que la comunicación para el desarrollo y la salud han avanzado. Se requiere que las propuestas dialoguen con teorías de la comunicación, de la psicología social y de la sociología, entre otras. Finalmente, la comunicación en salud tiene un propósito clave, el desarrollar procesos comunicativos sostenibles que promuevan políticas públicas y procesos sociales (que articulen actores) que contribuyan a lograr una sociedad migrante equitativa con personas y comunidades saludables.

Las funciones clave de la comunicación en salud son: a) determinar la interacción comunicativa, simbólica y social de los individuos; b) promover el empoderamiento individual y comunitario para la gestión y acción de salud mediante la implementación de estrategias integrales de comunicación para la autovaloración y auto eficacia de personas y comunidades; y c) implementar estrategias de comunicación para facilitar la coparticipación de la comunidad en los procesos de diagnóstico, planeamiento, gestión, control social y evaluación de las intervenciones locales en salud.

Otra función es la de propiciar diálogos y concertaciones entre los actores sociales y las instituciones del Estado para a) facilitar la gestión social y promover comportamientos saludables a partir del diagnóstico de las situaciones y la caracterización de los actores involucrados, b) construir y propiciar mecanismos de diálogo y concertación, c) facilitar el diseño y la implementación de estrategias de comunicación de consenso, d) abogar por políticas públicas favorables a la salud por medio de la identificación de problemas en salud, sus causas, actores y responsabilidades, e) utilizar estrategias de comunicación y de negociación para colocar en la agenda pública los temas de salud; y f) facilitar la discusión pública para promover y monitorear políticas de salud.

También habría que a) desarrollar intervenciones de comunicación que proporcionen condiciones favorables para la adopción individual y colectiva de comportamientos saludables, b) identificar y priorizar situaciones que afectan la salud y el bienestar colectivo susceptibles de mejora a través de procesos comunicacionales, c) diseñar planes efectivos de comunicación que incluyan indicadores que faciliten la cogestión y la evaluación, d) implementar intervenciones en comunicación que abarquen una diversidad de medios, canales y niveles de actuación sin olvidar el dar seguimiento a las intervenciones de comunicación, monitoreando, evaluando y socializando resultados.

A partir de la utilización de la información e instrumentos epidemiológicos básicos para determinar factores de riesgo y protección, y priorizar acciones, sería necesario a) reconocer y analizar los determinantes de salud y enfermedad y la diversidad de respuestas en una realidad concreta con el fin de orientar estratégicamente las intervenciones de comunicación en salud, b) identificar las racionalidades de las respuestas culturales de la población a los procesos de salud y enfermedad y actuar en consecuencia, c) analizar las características

esenciales de los principales problemas de salud pública y sus medios de detección, diagnóstico y tratamiento, y d) contribuir al acceso y uso de los servicios de salud a través de un análisis crítico de la dinámica de los sistemas de salud públicos y privados.

No se debe olvidar que México y los E.U. comparten una población transnacional que equivale al 12% de la población de México y que experimenta este tipo de políticas establecidas de salud. Es momento de implementar estrategias integrales para generar un marco regulatorio y una política de prevención compartida que asegure beneficios mutuos y el bienestar de los migrantes y de sus familias, tanto en Estados Unidos como en las comunidades de origen.

Notas

¹ Se señala el año 1971 como fecha de acuñación del término *marketing social*, cuando Philip Kotler y Gerald Zaltman publicaron en *The Journal of Marketing* el artículo denominado *Social Marketing: An Approach to Planned Social Change*, refiriéndose al uso de principios y técnicas para hacer progresar una idea o conducta social.

² El grado de *bachelor*, ya sea en ciencias (BS) o en artes (BA), es aquel en el que el alumno adquiere experiencia universitaria en un programa de cuatro años, pero no tiene una especialización tan acentuada como un “licenciado” en México.

³ Maestría en administración, ciencias y salud pública.

REFERENCIAS

- Berli-Palacio, Asunción, Martín-Santana, Josefa D., & Porta, Miguel. (2008). El marketing como herramienta para incrementar la eficacia de los planes de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 22 (Suplemento 1), 27-36.
- García González, Janet. (2007). Interacción y comunicación para la salud, fundamento para la implementación de programas de sexualidad y HIV/SIDA. *Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación*, Año IV (6), 46-54.
- Leite, Paula & Castañeda, Xóchitl. (2009). Mexicanos en Estados Unidos: (falta de) acceso a la salud. *La Situación Demográfica de México 2008*, 117-128. Retrieved from <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2008/08.pdf>
- Lindenberg, James H., & Bryant, Carol A. (2000). Promoting breastfeeding in the WIC program: A social marketing case study. *American Journal of Health Behavior*, 24 (1), 53-60.
- Neiger, Brad L., Thackeray, Rosemary, Barnes, Michael, & McKenzie, James F. (2003). Positioning social marketing as a planning process for health education. *American Journal of Health Studies*, 18 (2/3), 75-81.
- Pirani, Sylvia. & Reizes, Tom. (2005). The turning point social marketing national excellence collaborative integrating social marketing into routine public health practice. *Journal of Public Health Management and Practice*, 11 (2), 131-138.
- Tan, Erwin J., Tanner, Elizabeth K., Seeman, Teresa E., Xue, Qian-Li, Rebok, George W., Frick, Kevin D., Fried, Linda P. (2010). Marketing public health through older adult volunteering: Experience corps as social marketing intervention. *American Journal of Public Health*, 100 (4), 727-734.

OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Alfaro, Rosa María. (1993). *Una Comunicación para otro Desarrollo*. Lima: Calandria.
- Álvarez Alva, Rafael. (1998). *Salud Pública y Medicina Preventiva*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Álvarez, Javier. (2002). *Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad*. México: Trillas.
- Barona de Infante, Nohemy. (1991). *Sociedad y Salud*. Cali, Colombia: Formas Precisas.
- Bateson, Gregory, y Ruesch, Jurgen. (1984). *Comunicación: La Matriz Social de la Psiquiatría*. Barcelona: Paidós.
- Beltrán Salmón, Luis Ramiro y Fox de Cardona, Elizabeth. (1981). *Comunicación Dominada: Estados Unidos en los Medios de América Latina*. México: Nueva Imagen.

- Beltrán, Miguel. (1991). *La Realidad Social*. Madrid: Tecnos.
- Benavides, Julio, Bonilla, Jorge I., y Pereira, José M. (1998). La comunicación en contextos de desarrollo: balance y perspectivas. *Revista Signo y Pensamiento*, 32.
- Berriain, Josetxo. (1998). *Las Consecuencias Perversas de la Modernidad: Modernidad, Contingencia y Riesgo*. Barcelona: Anthropos.
- Bougnoux, Daniel. (1999). *Introducción a las Ciencias de la Comunicación*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Brunner, José Joaquín. (1999). *América Latina frente a los desafíos de la comunicación y el conocimiento*. Retrieved from http://archivos.brunner.cl/jjbrunner/archives/enc_comunicadores_medellin.pdf
- Castillo, Manuel Ángel. y Fonte Avalos, Cristina. (2004). *Nuevas tendencias y nuevos desafíos de la migración internacional: Memorias del Seminario Permanente sobre Migración Internacional*, Volumen 2, México: El Colegio de México, El Colegio de la Frontera Norte.
- Colomer Revuelta, Concha, y Alvarez-Dardet Díaz, Carlos (2000) *Promoción de la Salud y Cambio Social*. Barcelona: Masson.
- Consejo Nacional de Población. (2004). *Encuesta sobre migración en la frontera norte de México: Serie anualizada 1995 y 1999-2000*. Retrieved from the Instituto Nacional de Migración website: <http://www.inm.gob.mx/index.php/page/Publicaciones>
- Delgado Wise, Raúl. (2004). *Nuevas Tendencias y Desafíos de la Migración Internacional México-Estados Unidos*. México: UNAM.
- Donati, Pierpaolo. (1994). *Manual de Sociología de la Salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- Doyal, Len y Gough, Ian. (1994). *Teoría de las Necesidades Humanas*. Barcelona: FUHEM/Icaria.
- Drucker, Peter F. (1990). *Las Nuevas Realidades*. México: Editorial Hermes.
- Exeni, José Luis. (1988). *Políticas de Comunicación*. Bolivia: Plural.
- Fagen, Richard R. (1969). *Política y Comunicación*. Buenos Aires: Paidós.
- Freire, Paulo. (1976) *¿Extensión o Comunicación?* México: Siglo XXI editores.
- Fuentes Navarro, Raúl. (1988). *La Investigación de Comunicación en México. Sistematización Documental 1956-1986*. México: Ediciones de Comunicación.
- García Ferrando, Manuel, Ibáñez, Jesús. y Alvira Martín, Francisco. (1996). *El Análisis de la Realidad Social*. Madrid: Alianza.
- Garduño Estrada, León, Salinas Amescua, Bertha, y Rojas Herrera, Mariano. (2008). *Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo en México*, México: Plaza y Valdés Editores.

Giménez, Gilberto. (1981). *Poder, Estado y Discurso. Perspectivas Sociológicas y Semiológicas del Discurso Político-Jurídico*. México: Universidad Autónoma de México.

Giménez, Gilberto. (1996). Territorio y cultura. *Estudios Sobre las Culturas Contemporáneas*, II. (004), 9-30. Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/316/31600402.pdf>

Held, David. y Thompson, John. (1989). *Social Theory of Modern Societies*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ibarra Mateos, Marcela. y Guarnizo, Luis. (2007). *Migración: Reconfiguración Transnacional y Flujos de Población*. Puebla, México: Universidad Iberoamericana de Puebla.

Mosquera, Mario. (2003). *Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias*. Retrieved from http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf

Mucchielli, Alex. (1998). *Psicología de la Comunicación*. Barcelona: Paidós.

Neiger, Brad L., Thackeray, Rosemary, Barnes, Michael D., McKenzie, James F. (2003). Positioning social marketing as a planning process for health education. *American Journal of Health Studies*, 18 (2/3), 75-81.

Organización Panamericana de la Salud. (1993). *Aplicación de la estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud

Park, Robert E. (1952). *Human Communities: The City and Human Ecology*. New York, NY: Free Press.

Pérez Romero, Luis Alfonso. (2004). *Marketing Social: Teoría y Práctica*. México: Prentice Hall.

Pimienta Lastra, R. (2002). *Análisis Demográfico de la Migración Interna en México: 1930-1990*. México: Editorial Plaza y Valdés.

Polaino Lorente, Aquilino. (1987). *Educación para la Salud*. Barcelona: Herder.

Wolf, Mauro. (1992). *La Investigación de la Comunicación de Masas*. México: Paidós.

Wolf, Mauro. (1994). *Los Efectos Sociales de los Media*. Barcelona: Editorial Paidós.

Wundt, Wilhem Max. (1998). *Elementos de Psicología de los Pueblos: Bosquejo de una Historia de la Evolución Psicológica de la Humanidad*. Madrid: Cátedra.

Zúñiga Herrera, Elena, Arroyo Alejandro, Jesús. (2006). *Migración México-Estados Unidos: Implicaciones y Retos para Ambos Países*. México: CIESAS.