

COMUNICACIONES Y SALUD: PARADIGMAS RIVALES



Lise Renaud

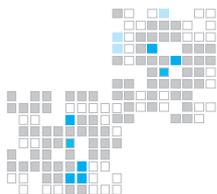
■ Socióloga de formación y Ph.D. en ciencias de la educación de la Universidad de Montreal. Profesora de comunicación y salud en el Departamento de comunicación social y pública, Universidad de Québec en Montreal (UQAM). Trabaja desde hace 20 años en el área de salud pública en la Dirección de salud pública de Montreal, centro afiliado a la Universidad McGill. Investigadora asociada del departamento de Medicina social y preventiva de la facultad de Medicina de la Universidad de Montreal. Directora, Grupo de investigación medios de comunicación y salud.

■ E-mail: renaud.lise@uqam.ca

Carmen Rico de Sotelo

■ Socióloga, doctorada en ciencias de la información por la Universidad de la Laguna, España. Desde 2002 es profesora de comunicación internacional y desarrollo en la Universidad de Québec en Montreal (UQAM). Miembro de la red ORBICOM de cátedras UNESCO de Comunicación. Dirige el OBSCOMMII, Observatorio de la comunicación internacional e intercultural de la UQAM. Directora del grupo COMAL (comité/comunicación América Latina).

■ E-mail: rico.carmen@uqam.ca



RESUMEN

Este artículo relata la evolución de los enfoques de la comunicación en lo tocante a la salud: 1) enfoque de la modernización o modelo lineal de cambio de comportamiento; 2) enfoque de la dependencia o concienciación y atribución de poder; y 3) enfoque del nuevo desarrollo o la participación y el co-desarrollo. ¿Por qué, tras el despliegue de tantos programas que utilizan las comunicaciones para la salud, persisten los problemas sociosanitarios? El artículo destaca una coexistencia de enfoques teóricos diferentes y a veces opuestos según las escuelas. Resulta que la comunicación como vector de cambio de comportamiento parece perdurar como eje teórico dominante en el campo de la salud.

PALABRAS CLAVES: COMUNICACIÓN, ENFOQUE TEÓRICO, PARADIGMA, SALUD PÚBLICA

ABSTRACT

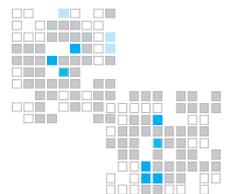
This article describes the evolution of communication approaches in health related matters: 1) the approach of modernization, also known as the linear model of behavioural change; 2) the approach of dependency, also known as awareness-raising or empowerment; 3) the approach of the new development also known as participation and co-development. It discusses why problems persist in the field of public health, after the introduction of so many programmes utilising communication for health. The article underlines the co-existence of various often antagonistic theoretical approaches, depending on the school of thought. Communication as a vector of behavioural change seems to remain the prevailing theoretical axis in the health field.

KEYWORDS: COMMUNICATION; THEORETICAL APPROACH; PARADIGM; PUBLIC HEALTH

RESUMO

Este artigo relata a evolução das perspectivas da comunicação no tocante às questões da saúde: 1) perspectiva da modernização, também conhecido como modelo linear; 2) perspectiva da dependência ou conscientização e atribuição de poder; 3) perspectiva do novo desenvolvimento ou a participação e o co-desenvolvimento. Questiona-se: por que persistem os problemas no campo da saúde, mesmo depois de se utilizar programas de comunicação para a saúde? Este artigo destaca a co-existência de várias perspectivas teóricas distintas e vezes opostas, dependendo a escola de pensamento. Consta-se que a comunicação como um vetor de mudança comportamental é o que prevalece teoricamente no campo da comunicação.

PALAVRAS-CHAVE: COMUNICAÇÃO; PERSPECTIVA TEÓRICA; PARADIGMA; SAÚDE PÚBLICA.



1. Introducción

La salud sigue siendo más que nunca una preocupación para el conjunto de los gobiernos del planeta: multiplicación de epidemias (SRAS, gripe aviar, etc.), aumento de la obesidad, recrudecimiento de las ETS-SIDA, tantos problemas de salud que afectan regiones enteras y que, a veces, alcanzan proporciones pandémicas. Entre las estrategias para superar estos problemas de salud, los medios de comunicación son ampliamente utilizados por las agencias y organismos gubernamentales, las agencias internacionales y los organismos con fines no lucrativos para inducir a la población, ya sea local, regional, nacional o internacional, a llegar a un estado de bienestar físico, mental y social.

La comunicación para la salud se define como el estudio y la utilización de estrategias de comunicación interpersonales, organizativas y mediáticas que pretenden informar e influir en las decisiones individuales y colectivas propicias a la mejora de la salud. La comunicación para la salud se ejerce en múltiples contextos: la relación paciente-suministrador de servicios; la búsqueda de informaciones sobre la salud por un individuo o un grupo; la adhesión de un individuo o de un grupo a un tratamiento o a recomendaciones específicas; la elaboración de campañas de sensibilización destinadas al público en general; la concienciación de los riesgos para la salud asociados a prácticas o a comportamientos específicos; la difusión entre la población de una cierta imagen de la salud; la difusión de la información relativa a la accesibilidad a la asistencia sanitaria; la comunicación dirigiéndose a los responsables con el fin de que modifiquen el medio ambiente, etc.

Al principio de su utilización, la difusión de la información era considerada suficiente para alcanzar estos objetivos. Muy rápido, los gobiernos admitieron sus límites, reconociendo que las comunicaciones son potentes motores de pro-

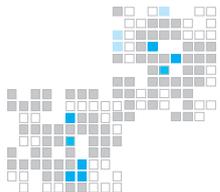
moción de la salud. Las comunicaciones para la salud no son un fin en sí mismas; participan del contexto global en el que la salud se vuelve un asunto de todos. Así, las comunicaciones para la salud son necesarias pero no suficientes para engendrar los cambios sociosanitarios para los que las agencias de salud las utilizan.

Este artículo relata la evolución de los enfoques de la comunicación en lo tocante a la salud. ¿Por qué, tras el despliegue de tantos programas que utilizan las comunicaciones para la salud, persisten los problemas sociosanitarios? El artículo destaca una coexistencia de enfoques teóricos diferentes y a veces opuestos según las escuelas. Resulta que la comunicación como vector de cambio de comportamiento parece perdurar como eje teórico dominante en el campo de la salud.

2. Las comunicaciones: una prioridad gubernamental para la puesta en práctica de la salud para todos

La Conferencia Internacional sobre la Asistencia Sanitaria Primaria que tuvo lugar en Alma Ata en Kazajstán en 1978, fue decisiva para la problemática “Comunicación y salud”. La declaración de Alma Ata señaló la información y la educación para la salud como las primeras entre las ocho prioridades en materia de asistencia sanitaria primaria. Según esta declaración, el enfoque en asistencia sanitaria primaria implica 1 – **el derecho de las poblaciones** a conocer sus principales problemas de salud y a participar en su solución; y 2 – **el deber de los gobiernos:**

De favorecer y asegurar la participación de las comunidades en pleno en esta acción (asistencia sanitaria primaria,) mediante la difusión eficaz de informaciones pertinentes, la alfabetización y la puesta en marcha de las estructuras institucionales necesarias para que los individuos, las familias y las comunidades



la comunicación para la salud se define como el estudio y la utilización de estrategias de comunicación interpersonales, organizativas y mediáticas que pretenden informar e influir en las decisiones individuales y colectivas propicias a la mejora de la salud.

puedan asumir la responsabilidad de su salud y bienestar. (Conferencia de Alma Ata, 1978, p.25)

Además, en 1986, la *Carta de Ottawa* (OMS, 1986) sobre la Promoción de la Salud afirmaba la importancia de las comunicaciones como una de las cinco estrategias complementarias y esenciales que permiten confiar a las colectividades y a los individuos el cuidado de mejorar su propia salud. Hay que señalar que en agosto del 2005, los principios de la Carta de Ottawa fueron reiterados en la *Carta de Bangkok* (OMS, 2005), que retoma y completa los valores, principios y estrategias de acción establecidos por la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. En torno a la mitad de la Carta de Bangkok se encuentra así ratificada la preocupación por que las comunidades se doten de los medios de acción que les permitan actuar y mejorar la salud de sus poblaciones. Entre las estrategias posibles, los participantes dieron prioridad a la educación para la salud, la comunicación para la salud y la acción política. En consecuencia, desde los años 80, numerosos países se han inscrito en un proceso activo de utilización de las comunicaciones en el dominio de la salud pública.

En el contexto del desarrollo, las agencias internacionales de la ONU, particularmente las que intervienen en el dominio de la salud como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), unieron sus fuerzas para implicarse en la puesta en marcha de medios para realizar las prioridades de la *Declaración de Alma Ata* de 1978 o de la *Carta de Ottawa* de 1987. Estas cartas desarro-

llaron particularmente campañas de educación sanitaria en las que los protagonistas son los gobiernos nacionales.

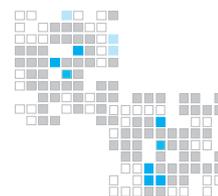
3. La comunicación para la salud: coexistencia de varios enfoques

3.1 El enfoque de la modernización: un modelo lineal de cambio de actitud y de comportamiento

Todos los países signatarios desarrollaron campañas de comunicación y de educación para la salud que dirigen sus esfuerzos a los cambios de actitudes y de comportamiento (Caron-Bouchard y Renaud, 2001). El vocablo Información-Educación-Comunicación (IEC) designa una manera de desarrollar a nivel internacional campañas de educación que estaban implantadas a nivel nacional e incluso local. Waisbord (2001) define el IEC como:

El conjunto de intervenciones que utilizan de manera planificada e integrada los enfoques, técnicas y recursos de la información, de la educación y de la comunicación para facilitar, a nivel de un individuo, de un grupo o de una comunidad dados, la adopción, el cambio o la consolidación de comportamientos favorables al bienestar individual y colectivo. (Hogue, 2004, p.10)

Éste es el caso por ejemplo de una campaña televisiva sobre el SIDA en Nicaragua (ver cuadro), donde una ONG nicaragüense realizó de 1994 a 1996 campañas mediáticas (radio, carteles, periódicos, televisión) con el fin de sensibilizar a los jóvenes adultos de 15 a 29 años sobre la problemática del SIDA.



La campaña televisiva contra el SIDA, Nicaragua

(Gomez Zamudio, 1998)

Dentro de su plan de acción de desarrollo comunitario, el *Centro de Información y Servicios de Asesoría en Salud* (CISAS), una ONG nicaragüense, realizó de 1994 a 1996 campañas mediáticas (radio, carteles, periódicos, televisión) con el fin de sensibilizar a los jóvenes adultos de 15 a 29 años sobre la problemática del SIDA.

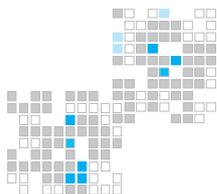
Los anuncios publicitarios televisivos fueron objeto de una evaluación de impacto ante 367 jóvenes adultos de Managua. Más específicamente, la evaluación consistía en analizar los conocimientos adquiridos, medir la notoriedad de la campaña ante el público al que se dirigía y examinar si el mensaje inducía a una reflexión sobre el problema y provocaba los cambios de comportamientos sexuales deseados.

Los resultados de esta evaluación muestran que 98% de los entrevistados afirman que la televisión es una buena estrategia para llegar a ellos y aproximadamente el 23% se acuerdan del contenido del mensaje publicitario. Las recomendaciones de esta evaluación son que : 1) los contenidos de los mensajes deberían ser más cercanos a las preguntas y a las preocupaciones de los jóvenes adultos; 2) la campaña debería ser más amplia y conllevar acciones de relevo sobre el terreno, especialmente mediante una estrategia de educación sexual para difundir en la escuela, actividades municipales, movimientos religiosos y clubes deportivos; 3) el objetivo mediático debería incluir a los preadolescentes y adolescentes, los cuales inician su vida sexual; 4) las comunicaciones mediáticas para ser eficaces deben planificarse en el marco de un conjunto de estrategias como: la formación de promotores, la movilización y la coordinación de acciones comunitarias.

A nivel más general, esta voluntad de influir sobre los comportamientos de los actores sociales con la intención de hacer que se acepte una innovación social o tecnológica corresponde, a nivel internacional, a lo que se ha llamado el paradigma de la modernización (Servaes y Patchanee, 2004). Desarrollado entre el final de la Segunda Guerra Mundial y los años 70, este enfoque, que se basa en el modelo de difusión, examina las especificidades culturales como obstáculos que hay que superar en vista de la adopción de los comportamientos deseados.

Ante los fracasos repetidos en la implantación de un cierto número de programas de salud, las organizaciones internacionales que trabajan en este campo identificaron un cierto número de factores endógenos que explican según su opinión, los resultados mitigados constatados durante las fases de evaluación. Las agencias internacionales especializadas que trabajan en el terreno de la salud identifican como causas internas de los fracasos los factores siguientes (OMS, 1987):

- 1) una ausencia de reglamentaciones políticas de los países a favor de la utilización de las comunicaciones para la promoción de la salud;
- 2) una mala coordinación entre el sector de la salud y el de las comunicaciones, de ahí la necesidad de establecer mecanismos funcionales entre el sector de la salud y el de los medios de comunicación.
- 3) la denigración de los medios tradicionales de comunicación;
- 4) el lugar reservado a la información para la salud sigue siendo ínfimo en comparación a la publicidad de las grandes multinacionales;
- 5) una estrategia puntual de las acciones de información y no una visión integrada y a largo plazo;
- 6) la necesidad de una formación apropiada del personal de los sectores de la salud y de la comunicación.



El proyecto del consorcio de las universidades latinoamericanas, a título de ejemplo, muestra los esfuerzos de reflexión y de intervención que cuestionan la concepción de la comunicación vertical (...)

En este mismo sentido, el Proyecto del Consorcio de las Universidades de América Latina (2005) para el desarrollo de las competencias comunicacionales de los trabajadores de los sectores de la salud y las comunicaciones permitió constatar que las múltiples acciones de comunicación en salud se traducían sobre todo en campañas de alcance reducido y en una inmensa producción de material informativo y educativo utilizado después para reforzar las actividades de los servicios de salud (talleres, consejos) o para promover la presencia institucional por medio de productos publicitarios y de marketing.

3.2 El enfoque de la dependencia: concienciación y atribución de poder

Estas constataciones vuelven a poner en duda el hecho de enfrentarse únicamente a los comportamientos individuales de la gente, ya que los problemas persisten todavía y son atribuibles a factores externos, especialmente a las desigual-

dades e injusticias estructurales. Son ellas las que han acarreado progresivamente otros enfoques como la atribución de poder (o *empowerment*), la concienciación de grupos y la educación popular que se vuelven los conceptos clave sobre los que se apoyan ciertos proyectos de comunicación en salud pública. Esta orientación más política se sitúa en la reacción a las desigualdades macroestructurales denunciadas en el marco del paradigma de la dependencia. Comienzan a aparecer programas de comunicaciones en los que los profesionales de la salud dialogan con las poblaciones desfavorecidas, con el fin de que éstas últimas adquieran poder sobre sus vidas por medio del desarrollo de las capacidades individuales y comunitarias para tomar las riendas. Es el caso del programa: *Nacer iguales, crecer sanos* (ver cuadro) implantado por todo Québec (las mujeres embarazadas sin recursos) y apoyado por la red del sistema de salud.

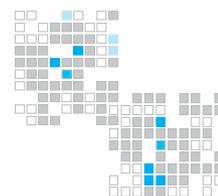
NACER IGUALES, CRECER SANOS (Brodeur y al., 2004)

El programa quebequés “Nacer iguales, crecer sanos” es un programa que se dirige a las mujeres embarazadas con menos de once años de escolaridad y cuyos ingresos familiares están por debajo del umbral de pobreza. El programa iniciado en 1994 fue concebido con el fin de mejorar la salud y la calidad de vida de los recién nacidos y de sus padres. Los objetivos aspiraban particularmente a 1) el aumento de los índices de natalidad en los que el peso del bebé sea superior a 2500 gramos; 2) la disminución de los niños que presentan retrasos de crecimiento intrauterino; 3) la dismi-

nución del número de nacimientos prematuros; 4) la reducción de la incidencia de los abusos y de la negligencia sobre los niños.

El programa preconiza un enfoque de atribución de poder (*empowerment*) y preconiza igualmente tres estrategias de intervención: el refuerzo del potencial individual de las personas, el refuerzo del medio y la influencia mediática y política.

La articulación de estas tres estrategias pasa por un seguimiento profesional individual, integrado al acompañamiento comunitario y a un enfoque



local de acción intersectorial. En la prolongación de los controles individuales, los interventores siguen unos pasos para comprender de forma colectiva las dificultades de estas familias, determinar sus puntos fuertes y encontrar soluciones con el medio. Unos acuerdos de colaboración son definidos con el fin de que estas familias sean acompañadas hacia grupos comunitarios diversos (cocinas colectivas, guarderías infantiles, etc.); estos recursos interpretan un papel determinante en materia de integración social. Los interventores de los recursos comunitarios, de los centros locales de servicios comunitarios (CLSC), de los jardines de infancia, de ciertos organismos municipales como los de ocio o la policía, de la Dirección de Salud Pública, etc. se implican en reagrupaciones locales de acción intersectorial. Éstas permiten coordinar los esfuerzos de todos estos actores para crear o consolidar recursos comunitarios, llegar a las familias más aisladas, mejorar las condiciones de vida de estas familias, volver más accesibles los recursos de apoyo paterno o de estimulación infantil y hacer el *lobbying* mediático o político correspondiente.

La evaluación del programa basada en los datos recogidos entre 1994 y 1998, de 1340 mujeres desfavorecidas y repartidas al azar entre un grupo de control que recibió solamente suplementos dietéticos y las mujeres experimentales

bajo seguimiento personalizado como ha sido precisado anteriormente, muestra que los resultados no permiten constatar ninguna diferencia significativa entre el grupo experimental y el grupo de control tanto en lo que se refiere a la insuficiencia de peso de nacimiento, al retraso de crecimiento intrauterino o a la prematuridad. En cambio, el programa tuvo un efecto positivo y significativo sobre el nivel medio de síntomas depresivos perinatales de las nuevas madres. También se señaló una fuerte tendencia a padecer menos anemia perinatal en las mujeres que beneficiaron del programa así como una mayor frecuencia de lactancia materna después del parto entre las madres de origen canadiense. Finalmente, desde el punto de vista del apoyo social, las mujeres del grupo experimental recibieron más ayuda material y tuvieron más posibilidades para confiarse a alguien. Sin embargo el estudio de Judith Lapierre muestra que el reparto de poder entre los profesionales de la salud y las mujeres es un auténtico desafío.

El conjunto de resultados de este programa interpela directamente a la red de salud y servicios sociales para que la reducción de las desigualdades sea considerada un verdadero desafío de salud pública. Sin ninguna duda, hay que actuar primero de forma preventiva, antes de que las mujeres desfavorecidas se queden embarazadas.

El enfoque preconizado es del estilo de la atribución de poder. El profesional de la salud acompaña a la mujer con el fin de que ella retome el control de su vida. Sin embargo, la evaluación de este programa muestra, en efecto, una incidencia positiva sobre la salud de las madres, particularmente respecto a la reducción de los síntomas depresivos perinatales, pero permanece sin mejora del peso del recién nacido. Además, la evaluación muestra que la voluntad política está presente pero que la aplicación de un reparto real de poder entre los

profesionales de la salud y los desfavorecidos todavía no se ha puesto totalmente en práctica, es decir, que no se aplica ni en todas partes ni en todas las instancias de trabajo.

3.3 El enfoque del nuevo desarrollo: la participación y el co-desarrollo

Por último, en lugar del modelo centrado en los cambios de comportamiento, el paradigma del nuevo desarrollo se preocupa de la recepción de los programas por las poblaciones locales y de

la toma en consideración de lo que está en juego en las perspectivas más amplias. Este paradigma hace llamamiento a una participación activa de las poblaciones y pone al individuo en el centro del dispositivo comunicacional, para que el cambio se vuelva permanente. Esto implica superar la concepción de la salud omnipresente en los modelos de difusión y en el del cambio de comportamientos/IEC, etc, para llegar a entender la salud como el conjunto de procesos y de relaciones que se tejen entre las personas, como participación, acuerdo, negociación de conocimientos y de prácticas. En resumen, se pasa de una posición individual (yo-tú) a un enfoque relacional (nosotros). Esta perspectiva dinámica renovada es la resultante de una

reflexión y de una investigación sobre los procesos de comunicación en salud, donde se constató que los productos comunicacionales se habían convertido en el núcleo de las estrategias en detrimento del público al que van dirigidos, es decir, una estrategia centrada exclusivamente en el **producto** por realizar. La logística y los recursos comunicacionales pasaban al primer plano para dejar en segundo plano los **procesos** que apoyan los cambios individuales y colectivos. Éste es el caso del programa de *Comunicación participativa de los jóvenes de un municipio desfavorecido de Cali* (ver cuadro) que, para combatir la violencia, promulgaba los principios de ciudadanía con la colaboración de los jóvenes de un barrio empobrecido.

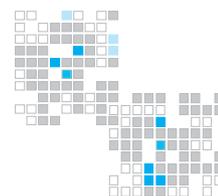
Comunicación participativa de los jóvenes de un municipio desfavorecido de Cali (Gutierrez, 2003)

Para superar los problemas de violencia y promover los principios de ciudadanía con la colaboración de los jóvenes de un barrio empobrecido de Cali en Colombia (comuna 18), el proyecto de la “Corporación El Parche” fue implantado en 1999 y terminó en 2002. Se trata de una organización de jóvenes, que agrupa alrededor de 30 adolescentes y se propone como objetivo principal la promoción del desarrollo social y dirige sus esfuerzos a la integración comunitaria a través de actividades artísticas y culturales. Las actividades organizadas por el grupo El Parche abordaban los cuatro campos siguientes: la educación, la cultura, la comunicación y la formación de redes sociales. Beneficiaron a los niños, a los preadolescentes y a los adolescentes de estatus socioeconómico bajo de la comuna 18.

Las actividades de comunicación incluyen talleres de producción fotográfica, de elaboración de videos y de documentales sobre la comuna 18, con el fin de promover la participación social de

los jóvenes. Para el grupo de niños, el grupo El Parche aspiraba a la promoción de la « concordia ciudadana » así como al trabajo en equipo por medio de juegos, de talleres de Artes Plásticas y de teatro, y de la presentación de películas seguidas de grupos de debate. Por otro lado, el proceso de participación social se extendió hacia otras comunas por medio de actividades musicales. El grupo *El Parche* ofreció numerosos talleres de *rap* a los jóvenes afrocolombianos que venían de otros barrios desfavorecidos. Varias grabaciones de trabajos musicales fueron producidas integrando así a más de 15 grupos de *rap* de la ciudad de Cali. La demo fue presentada a varias cadenas de radio de la ciudad. Además, el grupo El Parche organizó festivales de arte en el seno de la comuna 18 con el fin de reunir niños, adolescentes y adultos.

Un estudio exploratorio y evaluativo fue llevado a cabo en 2002 con el propósito de examinar, en los jóvenes, las repercusiones de su participa-



ción en una organización juvenil. Los resultados de la evaluación muestran que los puntos fuertes del proyecto fueron las repercusiones positivas en la salud y el bienestar de los jóvenes que participaban, así como la adquisición de competencias útiles para la vida (*life skills*). En cambio, las insuficiencias del proyecto atañen a la participa-

ción social difícil de los miembros del grupo *El Parche* en los consejos locales de la comuna 18. En efecto, el medio comunitario no era muy receptivo a los nuevos interlocutores (los jóvenes) y los consejos consultivos locales acordaban más bien pocos votos a los jóvenes participantes del grupo *El Parche*.

Los resultados más visibles del proyecto fueron las repercusiones positivas sobre la salud y el bienestar de los jóvenes participantes, así como la adquisición de competencias útiles para la vida (*life skills*); en cambio, se deplora la participación social difícil de los miembros del grupo en los consejos locales de la comuna. En efecto, el medio comunitario no era muy receptivo a los nuevos interlocutores (los jóvenes) y los consejos consultivos locales acordaban pocos votos a los jóvenes participantes.

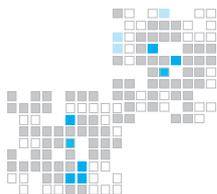
Este cambio cualitativo es de talla considerable: el marco teórico actual sería el del paso progresivo del paciente al usuario y después al ciudadano.

El proyecto del Consorcio de Universidades Latinoamericanas (2005) se incluye en esta perspectiva y definió así una hoja de ruta en comunicación para la salud que prioriza los puntos siguientes: 1) la descentralización que da prioridad a los espacios locales (barrio, ciudad, plaza pública, etc.); 2) la utilización de nuevas estrategias comunicativas: debate público, animación cultural, informe, etc.; 3) la comunicación como un proceso y no como un conjunto de materiales de promoción; 4) la construcción de indicadores de comunicación basados en los aspectos culturales y de promoción de la salud.

4. Conclusión

Hemos identificado los grandes enfoques que han influido sobre las comunicaciones en el campo de la salud: el enfoque de la modernización

(comunicación lineal para el cambio de comportamiento, IEC), el enfoque de la dependencia (atribución de poder y concienciación) y el del nuevo desarrollo (comunicación de participación o co-desarrollo). Aunque estos enfoques coexistan, y las organizaciones hayan constatado los límites del enfoque basado en el cambio de comportamiento, sin embargo este último sigue siendo el que constituye todavía el paradigma dominante en materia de salud pública. Este enfoque ofrece campañas de salud con una fuerte tendencia a homogeneizar en sus definiciones estratégicas y en espera *cua-sí* mágica de resultados unidos a los cambios de comportamientos, como si fuera una operación simple. ¿Por qué los planes de comunicación en salud se parecen tanto, mientras que las poblaciones, los problemas, la cultura y la experiencia de vida concreta son tan diferentes? ¿Por qué se realizan las mismas campañas cuando se dirigen a una población rural o urbana, a jóvenes o a personas mayores, a mujeres autónomas o dependientes, en sectores de pobreza extrema o media, a etnias con modelos culturales diferentes? Es evidente que el modelo seguido está basado en una intervención de campaña publicitaria estereotipada. Este modelo de campaña predeterminada es totalmente detectable en los enfoques de difusión, pero subsiste igualmente en ciertas variantes del IEC. La comunicación se concentra así, de forma errónea, en la relación anunciadores consumidores, concepto extraído de la ley del mercado que se aplica mecánicamente en todo lugar y momento. Por esta



razón se niegan las diferencias y las complejidades. Desde esta perspectiva, la comunicación es un conjunto de recetas de las etapas a atravesar; con la evaluación del impacto alcanzado. Así “el otro” no constituye un enigma por descifrar o por descubrir, sino un desconocido al que hay que convencer para que modifique o cambie su actitud. No se le considera tampoco como un sujeto social o comunitario, imbricado en una espesura a la vez social, cultural, económica y psicológica.

El proyecto del Consorcio de las Universidades Latinoamericanas, a título de ejemplo, muestra los esfuerzos de reflexión y de intervención que cuestionan la concepción de la comunicación vertical; prescriptible y descendente desde los agentes de las instituciones de salud y de los medios de comunicación hacia la población considerada homogénea, o lo que es igual, intercambiable. Por el contrario, en el enfoque comunicacional basado en la participación y el codesarrollo, el individuo es considerado como el actor principal, en posición de diálogo con el Estado y sus representantes a través de un proceso de comunicación cívica que permite reconocer problemas identificados conjuntamente por la población y por las autoridades. Este enfoque parece prometedor pero es necesario que todos los actores se ofrezcan mutuamente un espacio de diálogo; en efecto, deben darse ciertas condiciones para que exista esta reciprocidad: democracia, paz, reparto de la riqueza, implicación de las organizaciones a favor de las condiciones

sociales, posicionamiento igualitario de los profesionales de la salud, etc.

Ahora bien, no es suficiente formular proyectos y elaborar campañas de salud, aún más es necesaria una voluntad política real para la puesta en marcha efectiva de los diversos programas desarrollados con una perspectiva de participación y de implicación ciudadana. En Canadá y en Quebec, los ministerios de la salud tienen ahora secciones de comunicación especializadas en salud pública. Esta voluntad política permite trabajar de común acuerdo con todas las instancias y grupos interpelados por diversas temáticas de salud, así como desarrollar programas que tienen en cuenta diversas realidades económicas, étnicas o religiosas. Sin embargo, hay todavía cierta distancia entre esta voluntad política y la puesta en práctica de los programas sobre el terreno. En los países de América Latina o de África especialmente, donde la falta de vigor de la economía está sometida a un cierto control de las políticas de salud pública por las agencias internacionales como la OMS, el mayor desafío es el de desarrollar iniciativas conjuntas de comunicación y de salud que estén realmente adaptadas a los múltiples contextos de la región. Para llevarlas a cabo, los responsables locales de diversos países tanto del sector de la salud como del de las comunicaciones deberían comprender el interés de comunicar sobre el tema de la salud y de reforzar las iniciativas de participación en curso.

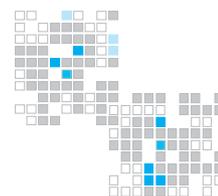
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRODEUR, Jean-Marc; BOYER, Ginette; SEGUIN, Louise; PERREAU, Michel; COLIN, Christine; THEORET, B.; XU, Q.; BEAUREGARD, Daniel; y DE BLOIS, Suzanne. Le programme Québécois Naître égaux – Grandir en santé: Étude des effets sur la santé des mères et des nouveau-nés. *Santé, Société et Solidarité*, v. 1, p. 119-127, 2004.

CARON-BOUCHARD, Monique; RENAUD, Lise. *Pour mieux réussir vos communications médiatiques*. 2ª ed. Montreal: Instituto Nacional de Salud Pública de Quebec, 2001.

CONFERENCIA DE ALMA ATA SOBRE LA ASISTENCIA SANITARIA PRIMARIA, del 6 al 12 de septiembre de 1978, pág. 25.

GUTIÉRREZ, Natalia. *Étude exploratoire et évaluative des répercussions*



du projet El Parche sur le développement optimal des jeunes participants, Cali, Colombie, 81 p., Montreal: Universidad de Montreal, 2003.

GÓMEZ ZAMUDIO, Mauricio. *Teoría y Guía Práctica para la Promoción de la Salud*, Universidad de Montreal, Unidad de Salud Internacional, Montreal, 1998.

HOGUE, Manon. *Cadre de référence en matière de communication pour le développement*, Montréal: Cahier de la Chaire Unesco-BELL, 2004.

OMS. *Informe de la Conferencia-Taller Medios de Comunicación y Salud en Saly-Sénegal, África (1987)*, Disponible en: <http://www.who.AFR_IEH_6>. Acceso en: junio 2005.

_____. *La Carta de Bangkok* fue adoptada el 11 de agosto del 2005 por los participantes en la sexta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (2005). Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf> <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf>. Acceso en: 21 diciembre 2005.

PROYECTO DEL CONSORCIO DE LAS UNIVERSIDADES. *La Iniciativa de Comunicación*. Proyecto de Fortalecimiento de las Capacidades Nacionales en Comunicación en Salud. Disponible en: <<http://www.comminit.com/la/teoriasdecambio/Consortio-Universidades/lasld-2689.html>> Acceso en: 2005.

RENAUD, Lise; RICO DE SOTELO, Carmen; KANE, O. Commu-

nicación internacional et Santé : homologie des Approches. In : MONGEAU, Pierre y SAINT-CHARLES, Johanne (dir.) *Communication: horizons de pratiques et de recherche*. Vol. II, Québec: PUQ, p. 212, 2006.

RENAUD, Lise; RICO DE SOTELO, Carmen; Communication pour la santé: des multiples approches théoriques. In : LAFRANCE Jean-Paul, LAULAN Anne-Marie y RICO DE SOTELO, Carmen (dir.) *Place et rôle de la communication dans le développement international*, Québec: PUQ, p. 168, 2006.

SERVAES, Jan; PATCHANEE, Malikhao. *Communication et développement durable*. Documento de trabajo de la 9ª mesa redonda sobre la comunicación para el desarrollo, Organización de las Naciones Unidas (ONU), Roma, Italia, del 6 al 9 de septiembre del 2004, Disponible en: <http://www.fao.org/sd/dim_kn1/docs/kn1_040701a1_fr.doc>.

WAISBORD, Silvio. Nuevas Tendencias y Escenarios Futuros en el Periodismo: Oportunidades para el Periodismo en Salud, *Revista Diálogos de la Comunicación*, Lima: FELAFACS, n° 6, 2001.

WAISBORD, Silvio; COE, Gloria. Comunicación, periodismo, salud y desafíos para el nuevo milenio. In: *Iniciativa de la Comunicación*, p. 23-184. Disponible en: <<http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/logos/antiores/n26/swaisbord.html>> Acceso en: 2004.

