



# Salud pública y comunicación social<sup>1</sup>

Public Health and Social Communication

Luis Ramiro Beltrán<sup>2</sup>

Los profesionales del sector de la salud no han recibido formación para la gigantesca tarea de movilización hacia la participación democrática en la lucha por el desarrollo. Por ello, deben asociar sus capacidades y esfuerzos a los de especialistas en comunicación, educación e información. Y estos tendrán que empeñarse a fondo y sin demora en familiarizarse con la naturaleza del sector para poder servirlo bien. Es una alianza lógica y loable.

Numerosos estudios demostraron, a fines de los cincuenta, que existe una correlación estrecha entre la comunicación social y el desarrollo nacional, entendido como la transición de la sociedad tradicional a la moderna, sobre las bases del crecimiento económico y el avance material de un país.

A partir de esa comprobación, se planteó la idea de que el papel de la comunicación, como agente propiciador de desarrollo, podía ser robustecido para ayudar a los países rezagados a alcanzar el pleno desarrollo. De ahí nació la teorización sobre el fenómeno de la "comunicación para el desarrollo", como proceso de intervención para el cambio social y como una nueva especialidad en el campo de la comunicación social, entendida como actividad profesional.

## Origen de la comunicación para el desarrollo

Como proceso social y disciplina profesional se originó en los Estados Unidos, al término de la Segunda Guerra Mundial, y comenzó a practicarse en Latinoamérica a partir del último tercio de la década de 1940. La contienda mundial obligó a aquel país a desarrollar técnicas de comunicación, tanto para contrarrestar la propaganda enemiga como para capacitar a reemplazantes de los soldados en el desempeño de puestos de agricultura, industria y servicios civiles.

Luego, ese aprendizaje fue transferido a otras partes del mundo. En América Latina, Estados Unidos instituyó servicios cooperativos con varios gobiernos para programas de desarrollo en agricultura, salud y educación; estos crearon los primeros órganos de comunicación para educación no formal y técnica en la región, o sea, las primeras unidades de comunicación para el desarrollo.

1 Agradecemos a la revista *Chasqui. Revista Latinoamericana de Comunicación* por permitir la publicación de este artículo, cuyo original aparece en su número 51, de julio de 1995, y se encuentra disponible en <<https://revistachasqui.org/index.php/chasqui/article/view/2260>>. La selección del material fue realizada por Claudia Ramírez Cisneros y la transcripción, por Yara Iricea Silva López.

2 Comunicólogo latinoamericano (1930-2015), cuyo trabajo crítico en diferentes organizaciones y países de América Latina lo condujo a ocupar puestos en varias organizaciones internacionales, tales como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación (UNESCO) y el Centro Internacional de Estudios Superiores de Comunicación para América Latina (CIESPAL).

Más tarde se establecieron centros de producción audiovisual y programas de capacitación para comunicadores al servicio del desarrollo, además de ofrecer becas de perfeccionamiento en su propio terreno.

Así, surgieron paralelamente tres subdisciplinas: información de extensión agrícola, educación audiovisual y educación sanitaria.

Sustentados por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación (UNESCO), la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); programas de las dos primeras se difundieron crecientemente en los años cincuenta, alcanzaron su auge en los sesenta, fueron declinando en los setenta, hasta desaparecer casi del todo en los ochenta.

### Tres conceptos de comunicación para el desarrollo en América Latina

**Comunicación de desarrollo** es el uso de los medios masivos para crear en el público una atmósfera favorable al cambio de comportamiento, que se considera indispensable para que las sociedades tradicionales y atrasadas se conviertan en modernas y adelantadas, por medio de la innovación tecnológica y del crecimiento económico.

**Comunicación en apoyo al desarrollo** es el empleo planificado y organizado de medios masivos, interpersonales y mixtos como instrumentos claves para el logro de las metas de programas y proyectos institucionales en favor del desarrollo nacional.

**Comunicación alternativa para el desarrollo democrático** es la expansión del acceso del pueblo al proceso de comunicación y su participación equitativa en este, no solo como receptor de mensajes, sino también como emisor de ellos, por medios masivos y de grupo, y con el fin de lograr, además de la prosperidad material, la justicia social, la libertad para todos y el gobierno de la mayoría.

La afinidad y la concordancia que hay entre las primeras y la segunda de estas definiciones han hecho que a menudo se involucre a ambas bajo el solo rótulo genérico de *comunicación para el desarrollo*. De esta manera, la tercera definición quedaría en un rubro aparte que podría entenderse como *comunicación para el desarrollo democrático*.

## Comunicación para la salud

La educación sanitaria, por lo menos en Latinoamérica, no alcanzó avances significativos, pero logró, en unos cuantos países, establecerse como una especialización de la carrera de pedagogía e institucionalizarse en algunos de los ministerios de salud. Sin embargo, a pesar de ser apuntalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta subdisciplina pareció irse debilitando, desde los setenta, debido, en parte, a su confinamiento a ambientes intramurales.

A principios de los ochenta, la educación sanitaria comenzó a ser superada por una nueva subdisciplina similar que cobró importancia en la presente década. Ella es la comunicación para la salud, que muestra, por lo menos, tres ventajas principales sobre su predecesora:

- El mayor y mejor empleo de medios masivos, sin desmedro de los interpersonales;

- la tendencia a someter la producción de mensajes a un régimen de continua y rigurosa programación que va desde la investigación del público hasta la evaluación de los efectos de los mensajes en la conducta de este, y
- la facilidad de acceder a formatos de participación derivados de la praxis ganada por décadas en Latinoamérica, en cuanto a comunicación dialógica y democratizante.

## Mecanismo de intervención

En un sentido general, la comunicación para la salud consiste en la aplicación planificada y sistemática de medios de comunicación al logro de comportamientos activos de la comunidad, compatibles con las aspiraciones expresadas en políticas, estrategias y planes de salud pública.

Vista como proceso social, es un mecanismo de intervención para generar, a escala multitudinaria, influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública.

Como ejercicio profesional, la comunicación para la salud es el empleo sistemático de medios de comunicación individuales, de grupo, masivos y mixtos, así como tradicionales y modernos, como herramientas de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales al cumplimiento de los objetivos de los programas de salud pública.

Esos objetivos para la acción son enunciados en instrumentos básicos de programación institucional. Ellos son: las políticas, las estrategias y los planes que buscan normar el desempeño de los organismos públicos y privados y, por su intermedio, lograr que la población adopte conductas propicias al cuidado eficaz de su salud.

Es evidente, por tanto, que para poder servir instrumentalmente a esos objetivos de salud, el comunicador tiene que familiarizarse con las políticas, las estrategias y los planes de salud pública en los que se suscribe la entidad en la que él trabaja.

## Políticas de salud

Una política nacional de salud es un conjunto de principios, normas y aspiraciones institucionales sobre el comportamiento de la población, en materia del cuidado de la salud pública.

Las políticas nacionales (en el sentido de ser generales o globales) de salud solo existen en América Latina a partir de los setenta. En la mayoría de los casos, ellas han sido enunciadas por acuerdos internacionales multigubernamentales y transferidas para su aplicación, a veces con adaptaciones, a la esfera de acción en cada país signatario de esos entendimientos.

Las principales políticas de salud actualmente vigentes para América Latina, y sus planteamientos esenciales, son:

- Declaración de Alma-Ata, patrocinada por la OMS y la UNICEF en 1978. Universalización de la salud como un derecho fundamental.
- *Carta de Ottawa*, de 1986. Promoción habilitadora de la comunidad para la conducción de programas de salud.
- Declaración y Plan de Acción de la Cumbre Mundial de la Infancia, Nueva York, auspiciada por la UNICEF en 1990. Priorización máxima de la salud de la infancia.

- Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Bogotá, patrocinada por la Organización Panamericana de la Salud (ops), de 1993. Eliminación de la inequidad determinante de la mala salud de las mayorías.

## La promoción: una innovación revolucionaria

La posibilidad de aplicar estas políticas depende, en grado significativo, de la capacidad de los países en materia de comunicación para la salud. Esto es particularmente cierto en el caso de la política de promoción porque ella plantea un complejo cuadro de profundos cambios de comportamiento, tanto del público al que deben llegar los servicios, cuanto de los propios proveedores de estos.

Las raíces de la actual política de promoción de la salud se remontan a la primera mitad de la década de 1940. En Estados Unidos, el doctor Henry Sigerist planteó la precursora idea de que, más que depender de la medicina, la salud del pueblo está cifrada en: condiciones decorosas de vida y de trabajo, educación libre y medios adecuados de reposo y recreación.

A la tarea de lograr el acceso de toda la gente a estos tres beneficios básicos, Sigerist la llamó "promoción de la salud" y la consideró la misión primordial de la medicina. Por tanto, reconoció a la política de prevención (que implica la educación de la gente para que cuide su salud) el segundo lugar de importancia y situó a la política de curación en el último lugar, pues, en su criterio, solo debía aplicarse en el caso de fallar la política de prevención.

Esta filosofía proponía lo contrario de lo que hasta entonces se entendía por salud: la ausencia de enfermedad (la cual era percibida como un problema de orígenes puramente físico-biológicos), cuya responsabilidad era solo de los profesionales en medicina y sus auxiliares técnicos, en relación únicamente individual con los enfermos, a quienes se llamaría "pacientes" y de quienes los médicos esperaban solo pasiva obediencia.

Ya en 1947, la oms pareció recoger el espíritu innovador, arriba anotado, al formular esta definición: "[l]a salud es un bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades".

Pero con pocas y modestas excepciones, hasta la fecha, esa tendencia parece más tolerada que propiciada. Anclada en el hábito de muchos años y en la conveniencia mercantil, la política curativa sigue prevaleciendo. La formación profesional médica, la orientación de los funcionarios del sector salud, la asignación de recursos y los programas de servicio siguen obedeciendo a esa mentalidad tradicional. Y ello se refleja en los gastos. En Estados Unidos, por ejemplo, del gasto anual de trescientos mil millones de dólares se aplicaba a lo curativo el 98 %, hasta hace diez años.

## Concepciones innovadoras

Fue en la propia Norteamérica, sin embargo, donde surgieron planteamientos en favor de la prevención que contribuirían y forjarían la política de promoción como se la conoce hoy.

En 1974, se publicó en Canadá el *Informe Lalonde* que trazó una nueva perspectiva sobre la salud pública en ese país. Abandonando la noción de la medicina como única fuente de protección de la salud, el estudio propuso en su reemplazo el concepto más amplio de "campo de salud",

integrado por la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la atención médica. Recomendó la promoción de la salud, especialmente por medio de la educación y la recreación.

En 1979, se publicó en Estados Unidos el informe del Director General de Salud sobre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Este documento trasuntó la desusada posición que adoptara, a partir de entonces, el gobierno de ese país en favor de la promoción de la salud, definida principalmente en términos de cambios en los estilos de vida, prevención de enfermedades y protección contra amenazas del medio ambiente.

<b>Política–estrategia–plan</b>		
La planificación es la aplicación de una teoría a la realidad con el fin de decidir qué hacer, cuándo y cómo. Tiene tres instrumentos primordiales: las políticas, las estrategias y los planes. Estas son herramientas para trazar comportamientos conducentes al logro de determinados propósitos. Es decir, son artefactos normativos para forjar convicciones y moldear conductas. Existe una categoría híbrida: el plan estratégico, instrumento que, sin provenir de una política, combina la estrategia con el plan.		
<b>Política</b>	<b>Estrategia</b>	<b>Plan</b>
Es un conjunto de principios, normas y aspiraciones.	Es un conjunto de previsiones sobre fines y procedimientos.	Es un conjunto de prescripciones para regir operaciones.
Es un mandato.	Es un diseño.	Es un aparato.
Es raigal.	Es troncal.	Es ramal.
Es doctrinaria: traza objetivos generales, amplios y de largo aliento.	Es metodológica: plantea procedimientos específicos.	Es ejecutivo: estipula en detalle metas y métodos.
Tiende a ser más profunda que amplia, se expresa en enunciados cortos.	Tiende a ser más amplia que profunda, se expresa en enunciados de mediana longitud.	Tiende a ser tan profundo como amplio, se expresa en enunciados extensos.
Se enuncia por medio de un discurso, una declaración, un acuerdo o una ley.	Se enuncia por manifestación introductoria al plan o mediante un decreto o resolución institucional.	Se enuncia como documento técnico, administrativo y financiero.

Pocos años después, este tipo de planteamientos sería albergado también por organismos internacionales. En 1986, se firmó la Carta de Ottawa, mediante la cual se adoptó la política de promoción de la salud que fue descrita en ese año por el Ministro de Salud y Bienestar del Canadá, Jake Epp, en estos términos: “la promoción de la salud implica un compromiso para lidiar con los retos de reducir inequidades, ampliar el alcance de la prevención y ayudar a la gente a enfrentarse a sus circunstancias”.

El Director general de la oms, el Dr. H. Nakajima, corroborando el espíritu de la declaración de Ottawa, sostuvo públicamente, en 1988, la convicción de que “[...] la salud es el producto de la acción social y no un mero resultado de la atención médica [...]”.

Por eso, la política de promoción de la salud demanda el apoyo de la comunicación social para ser aplicada. Y es que, sin recurrir a la comunicación, no pueden lograrse esos cambios.

En 1991, la ops estableció un programa regional de promoción de la salud planificada y sistemática de medios de comunicación para el logro de comportamientos activos de la comunidad, compatibles con las aspiraciones expresadas en políticas, estrategias y planes de salud pública para fomentar estilos de vida saludables, estimulando la participación social en el manejo de los programas de salud pública y dando énfasis en estos a la orientación preventiva. Consciente de la importancia instrumental de la comunicación para alcanzar tal propósito, la ops se propuso también ayudar a fortalecer la capacidad comunicativa de aquellos programas.

### **Prioridades programáticas**

Para intensificar la aplicación de la política de promoción, la ops formuló un Plan de Acción para 1992-1995 que dio primera prioridad a la farmacodependencia, la salud de los ancianos y la salud mental. Prioridad menor fue asignada a las enfermedades crónicas no transmisibles (las cardiovasculares y las cancerosas), el tabaquismo, las muertes por accidentes y la ceguera.

En 1990, el UNICEF patrocinó un encuentro de líderes (152 entre presidentes, reyes, primeros ministros y altos delegados) que representaban el 90 % de la población mundial. La llamada Cumbre Mundial por la Infancia produjo una declaración, e instrumental a ella, un Plan de Acción para el último decenio del presente siglo. Entre las metas que marca ese plan, para ser alcanzadas hasta el año 2000, sobresalen estas:

- Reducir, en comparación a 1990, la tasa de mortalidad de niños, menores de un año, en una tercera parte o a un nivel de 70 setenta por mil nacidos vivos, si esto representa una mayor reducción;
- reducir la tasa de mortalidad materna en un 50 %, respecto del nivel de 1990;
- reducir la tasa de malnutrición grave y moderada entre los niños menores de 5 cinco años en 50 %, respecto del nivel de 1990;
- dar dar acceso a todos al agua apta para el consumo y a los servicios de eliminación de excrementos.

Luego, en marzo de 1993, en Bogotá, el UNICEF precisó 12 doce metas para América Latina. Además, subrayó —para la meta de planificación familiar— las siguientes acciones en comunicación:

1. Asegurar información y educación para la población a fin de que conozca lo que es la salud reproductiva;
2. intensificar tales acciones en estos grupos prioritarios: varones, adolescentes, parejas jóvenes, gente de áreas rurales dispersas, gente de áreas urbano-marginales y mujeres bajo control prenatal y en estado de posparto;

3. utilizar información relevante para proporcionar mejores análisis de causas y de recursos, y para estimular la toma de mejores decisiones por parejas y familias; y
4. fomentar esa toma de decisiones en un marco de comunicación participativa orientada a la acción.

Metas como estas involucran cambios de comportamiento multitudinarios y a corto plazo. Ellos solo serán posibles si los programas de salud desarrollan una alta capacidad de comunicación social eficiente. Aunque parece darse ahora una admisión de esto, por gobiernos y organismos internacionales, en la práctica, la comunicación para la salud se ve aún lejana de lograr aquella capacidad crucial. De ahí que hallar maneras, creativamente, para lograrlo constituye un gran desafío para los comunicadores en salud en Latinoamérica.

<b>Esquema de modelación de conductas por medio de información, educación y comunicación</b>				
<b>Funciones</b>	<b>Propósitos principales a los que sirven</b>	<b>Canales que usualmente emplean</b>	<b>Públicos a los que se dirigen</b>	<b>Principales competencias requeridas<sup>3</sup></b>
<b>Información<sup>4</sup></b>	Crear un clima general propicio.  Divulgar conocimientos.  Forjar actitudes.	Medios de contacto impersonal, masivo y a distancia.  Teléfonos.  Correo.	General.  Líderes de opinión.  Forjadores de decisiones sobre asuntos de interés colectivo.	Periodismo.  Publicidad.  Relaciones públicas.  Encuestas de opinión.  Mercado social.
<b>Educación</b>	Impartir orientaciones y destrezas.	Recursos de contacto interpersonal, formal y presencial en aula.	Maestros.  Estudiantes de primaria y secundaria.  Estudiantes de universidades e institutos de salud.  Funcionarios del sector salud (médicos, enfermeras, etcétera).	Pedagogía.  Psicología educativa.  Técnicas de contacto individual.  Dinámicas de grupo.

3 Una competencia debe ser exigible por igual para especialistas a cargo de cada una de las tres funciones: la de programación, entendida como el conjunto de destrezas de investigación, planeamiento, prueba, fiscalización, evaluación y ajuste para la producción y distribución de mensajes.

4 Este término también se aplica en instituciones y empresas al control de documentos científicos y al procesamiento electrónico de datos. Sin duda esas son otras funciones comunicativas, pero no corresponden —sino acaso como apoyo logístico— al proceso de IEC.