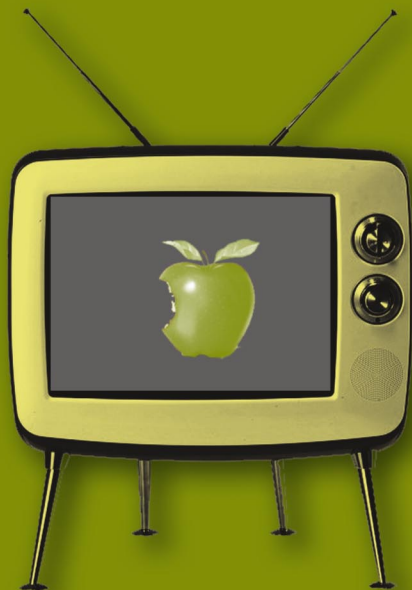


Comunicación y salud

Nuevos escenarios y tendencias

Ubaldo Cuesta - Tania Menéndez - Aitor Ugarte (coords.)



Comunicación y salud: nuevos escenarios y tendencias

UBALDO CUESTA CAMBRA

TANIA MENÉNDEZ HEVIA

AITOR UGARTE ITURRIZAGA

(coordinadores)

Esta publicación ha sido posible gracias a la colaboración de la Fundación Abbott, de Madrid Salud (organismo autónomo del Ayuntamiento de Madrid) y de la Universidad Complutense de Madrid

Todos los libros de la Editorial Complutense a partir de enero de 2007 han superado el proceso de evaluación experta

Todos los derechos reservados. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización expresa de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley

Edición a cargo de Sandra Gaspar Herrero

© 2011 by Ubaldo Cuesta Cambra, Tania Menéndez Hevia y Aitor Ugarte Iturrizaga de la coordinación y los autores de sus textos

© 2011 by Editorial Complutense, S. A.
Donoso Cortés, 63 - 4.ª planta. 28015 Madrid
Tels.: 91 394 64 60/1. Fax: 91 394 64 58
ecsa@rect.ucm.es
www.editorialcomlutense.com

Primera edición: Junio 2011

Imprime:

ISBN: 978-84-9938-088-9

Depósito legal:

Impreso en España - *Printed in Spain*

Esta editorial es miembro de la UNE, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional

Índice

PRESENTACIÓN

7 ANTONIO BAÑARES

PRÓLOGO

9 TANIA MENÉNDEZ HEVIA

I. NUEVOS ESCENARIOS EN COMUNICACIÓN Y SALUD

15 1. El imaginario social de la salud en la cultura moderna

ALEJANDRO NAVAS GARCÍA

33 2. La Comunicación para la salud desde una perspectiva relacional

HERNÁN ALFREDO DÍAZ

51 3. La responsabilidad de las instituciones públicas en la comunicación sobre salud

MARÍA YOLANDA MARTÍNEZ SOLANA

65 4. ¿Qué opinan los médicos de familia sobre la implicación de los pacientes en la toma de decisiones clínicas? Resultados de un estudio cualitativo con grupos focales

LAURA JIMÉNEZ DE GRACIA, ROGER RUIZ MORAL, ENRIQUE GAVILÁN MORAL

81 5. Algunas cuestiones sobre la representación de la salud pública en el cine argentino de la democracia

SEBASTIÁN MESCHENGIESER

II. TENDENCIAS EN EL ÁMBITO DE LA DROGADICCIÓN

- 93 6. Estrategias de comunicación para prevenir el consumo de drogas: algunos
apuntes sobre las campañas en EEUU y España
AITOR UGARTE ITURRIZAGA
- 111 7. La telefonía móvil como instrumento de comunicación para la información
y prevención del consumo de drogas
JUAN DEL POZO IRRIBARRÍA, MIGUEL FERRERAS OLEFFE
- 125 8. Estrategias de prevención respecto al consumo de sustancias adictivas a partir
del estudio de los perfiles de los consumidores
MARÍA JOSÉ CAPILLA LLISTÓ
- 143 9. Educación para la salud en jóvenes a través de los medios sociales: desarrollo de
un caso práctico sobre prevención de drogodependencias
TANIA MENÉNDEZ HEVIA, UBALDO CUESTA CAMBRA
- 167 10. Tabaco y publicidad: la eficacia persuasiva de las apelaciones al miedo
JUAN JOSÉ IGARTUA PEROSANZ
- 195 EPÍLOGO
AITOR UGARTE ITURRIZAGA

2. La comunicación para la salud desde una perspectiva relacional

HERNÁN ALFREDO DÍAZ

Director de Comunicación y RSC Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS)

Ya nadie duda que la comunicación y la salud son una pareja de hecho desde hace mucho tiempo. Mientras que en la cultura anglosajona este campo de estudio se ha constituido en torno al concepto de *health communication*, los hispanohablantes usamos diversas fórmulas (comunicación y salud, comunicación *en* salud o comunicación *para la* salud) para nombrarlo. A lo largo de este artículo usaré la denominación *comunicación para la salud* para referirme a este campo de estudio, porque entiendo que es el que mejor expresa su voluntad de intervención y cambio social. El Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos elaboró una guía para planificadores llamada “Making Health Communication Programs Work”, en la que ofrece una definición muy clarificadora en ese sentido: “El uso y el estudio de las estrategias de comunicación para informar e influir sobre decisiones individuales y colectivas que mejoran la salud” (Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, 2004: 2). En esa propuesta, la comunicación para la salud se presenta como una potente herramienta de cambio de conductas individuales y colectivas, que puede servir hasta para una decena de objetivos:

- Incrementar el conocimiento de la población sobre un tema relacionado con la salud.
- Influir sobre las percepciones, creencias y actitudes que pueden cambiar las normas sociales.
- Apoyar el aprendizaje de habilidades de salud.
- Reforzar conocimientos, actitudes y conductas.
- Mostrar los beneficios del cambio de conducta.
- Motivar para la acción.

- Abogar por una posición en un tema o política de salud.
- Incrementar la demanda y los recursos de los servicios de salud.
- Refutar mitos e ideas equivocadas.
- Fortalecer las relaciones entre organizaciones.

Con semejante potencialidad, no es raro que muchas veces se quiera ver en la comunicación aquello que es problema y a la vez solución de prácticamente todo en nuestra sociedad. Los problemas entre miembros de una familia; las dificultades para encontrar trabajo o desarrollarse profesionalmente; la incompreensión de una medida del gobierno; los traspies de un político en su carrera electoral; las dificultades para cambiar determinada conducta social vinculada con la salud..., todo lo malo que sucede en una sociedad es porque no ha habido una buena comunicación. Ante ese diagnóstico tan habitual, no queda otra alternativa que “mejorar la comunicación”, aunque esa frase encierre ideas muy distintas según quién la pronuncie.

Los que trabajamos en el campo de la comunicación para la salud sabemos que las cosas no son tan sencillas. En este artículo pretendo explicar la perspectiva teórico-práctica de comunicación para la salud que, en colaboración con un amplio y diverso colectivo de profesionales del campo socio-sanitario, venimos construyendo y aplicando en las dos organizaciones en las que he desarrollado la mayor parte de mi trayectoria profesional: el Programa de Prevención del Infarto en Argentina¹⁶ (PROPIA - Universidad Nacional de La Plata), donde comencé mi andadura en el año 1996; y la Fundación de Educación para la Salud¹⁷ (FUNDADEPS) del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, a la que me integré a finales de 2002. En una primera parte expondré la perspectiva teórica, elaborada hacia el año 2000 con motivo de la puesta en marcha del Proyecto de Demostración Nacional Balcarce (DEMOBAL)¹⁸. En la segunda parte intentaré mostrar la aplicación de esa propuesta teórica en la gestión de diversos proyectos de educación para la salud promovidos por la FUNDADEPS.

16. <http://www.propia.org.ar>

17. <http://www.fundadeps.org>

18. El Proyecto de Demostración Nacional Balcarce (DEMOBAL) es una iniciativa promovida desde el año 1999 por el Programa de Prevención del Infarto en Argentina (PROPIA) en conjunto con una amplia red de profesionales a instituciones de esa ciudad, ubicada al este de la provincia de Buenos Aires (Argentina). Siguiendo el modelo desarrollado con éxito desde hace más de tres décadas en el Proyecto Karelia del Norte (Finlandia), DEMOBAL promueve el diseño, la planificación y la gestión de intervenciones comunitarias dirigidas a reducir la incidencia de las enfermedades cardiovasculares. La base de este tipo de programas son la implicación directa de la comunidad en la gestión del cambio, así como un modelo de investigación-acción que permite evaluar todo el proceso y el impacto de las intervenciones realizadas para medir la eficacia de las acciones.

LA COMUNICACIÓN COMO PERSPECTIVA TRANSVERSAL E INTEGRADORA

Lo primero que debemos hacer es poner en su justa medida los aportes que la comunicación puede hacer a los procesos de cambio individual y colectivo. La comunicación para la salud puede servir para todo lo que se mencionó anteriormente, pero no resuelve todos los problemas ni modifica la realidad mágicamente. Puede promover en la ciudadanía conductas saludables para prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida, pero no puede garantizar que los individuos adopten efectivamente esas conductas. Puede informar a los usuarios del sistema sanitario sobre cuándo demandar atención y cómo hacer un uso adecuado de los recursos, pero no puede asegurar que así lo hagan ni compensar la atención sanitaria inadecuada o el acceso insuficiente a servicios de salud. Puede facilitar y dinamizar cambios de conductas de salud (por ejemplo, realizar más actividad física), pero difícilmente podrá hacer que sean sostenibles en el tiempo si no van acompañados por otras acciones que apoyen ese cambio (por ejemplo, la construcción de entornos urbanos amigables en los que se pueda caminar o montar en bicicleta).

Durante muchos años, la comunicación para la salud ha sido entendida como el conjunto de técnicas aplicadas por los comunicadores (o más reducido aún, los periodistas o publicistas) una vez que los expertos (sanitarios) habían definido hacia dónde querían torcer la realidad. Se trataba de una participación aislada, meramente instrumental y limitada a un momento del proceso, generalmente el de la difusión de las actividades a la población. Pero la propia práctica ha mostrado el fracaso de esa visión y demanda nuevas formas de actuar, en las que la comunicación sea valorada como una perspectiva más que se integra desde el comienzo en la (re)construcción de procesos sociales, como una forma de dar sentido y llenar de significado la forma de ser y actuar de una comunidad.

Dicho de otro modo, trabajamos con la convicción de que la comunicación no es una tarea exclusiva de los comunicadores sociales sino que compete a todos los agentes implicados en un proceso de cambio social. Está claro que somos los comunicadores los que disponemos de las herramientas específicas, muchas de ellas ciertamente vinculadas con las prácticas periodísticas y publicitarias, pero el hecho de que un equipo de trabajo comprenda desde un principio esta filosofía puede ayudar, y mucho, al diseño y la gestión de un proyecto de cambio social.

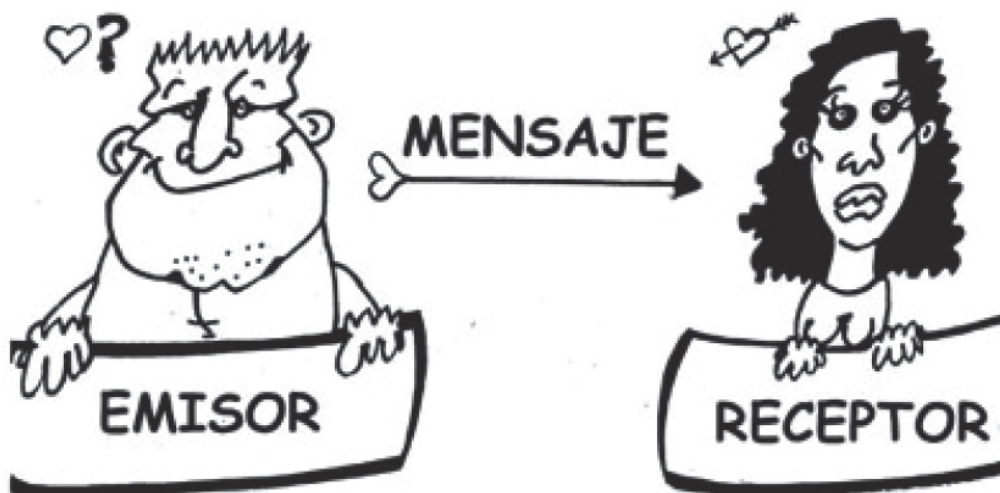
En ese sentido, la comunicación no sólo es importante a la hora de intervenir en una comunidad sino que es, sobre todas las cosas, una herramienta fundamental para el armado y la consolidación de los equipos de intervención comunitaria que se constituyen previamen-

te. Para abordar la realidad social desde la complejidad, los equipos de trabajo de los proyectos de salud suelen incorporar a profesionales de distintas disciplinas (medicina, psicología, antropología, sociología, pedagogía, comunicación, por mencionar algunas), que necesariamente deben dialogar, construirse como colectivo desde miradas diversas y conformar un guión y un marco conceptual común. Más aún, en muchos proyectos los líderes de opinión y referentes comunitarios también se incorporan al equipo de intervención, lo que permite tener vínculos directos con la población destinataria, fomentar la participación y aumentar la viabilidad y la eficacia del proceso de cambio. En esos casos, ya no se trabaja con equipos interdisciplinarios sino *transdisciplinarios*, porque los conocimientos que se ponen en juego trascienden el campo científico y entran a jugar otros saberes “vulgares” (no científicos) que tienen que ver con las formas de relacionarse de una comunidad. Como se puede comprender, la necesidad de constituir relaciones entre los diferentes actores y saberes requiere poner en juego una adecuada estrategia de comunicación.

En un análisis simplificado de las experiencias de comunicación para la salud, puede decirse que existen dos *perspectivas o modelos de abordaje de la realidad*: el modelo *informativo* de la comunicación, a nuestro modo de ver caduco y fracasado pero todavía operativo en la práctica de muchas organizaciones y profesionales, según el cual se puede cambiar la realidad con el solo recurso de poner en circulación una serie de mensajes a través de distintos soportes tecnológicos (prensa, radio, televisión, Internet); y otro modelo, que denominamos *relacional*, que entiende que la comunicación cobra real sentido cuando se incorpora de forma transversal e integradora en los proyectos de cambio social, poniendo en primer plano a los destinatarios e incorporando elementos relativos a las mediaciones sociales y a la cultura como marco de interpretación de la realidad. A continuación desarrollaremos los aspectos centrales de las dos perspectivas.

“LOS DESTINATARIOS SON ESTÚPIDOS”. EL MODELO INFORMATIVO

Este modelo de comunicación tiene un marcado carácter instrumental y encuentra su sustento teórico en las “teorías de la información”, surgidas en las primeras décadas del siglo xx. En ellas, la comunicación era concebida como un proceso de transmisión de *mensajes* (información), desde un *emisor* a un *receptor* por un determinado *canal* y con un *código* común. Es un esquema lineal muy simple de emisor-estímulo-respuesta.



El flechazo de la comunicación. El modelo informacional centra el proceso de comunicación en lo que puede hacer el emisor, que en esta perspectiva tiene amplios poderes para dirigir la conducta de los receptores. Ilustración: Cecilia Aruj.

En términos generales, las prácticas de comunicación para la salud desarrolladas desde esta perspectiva comparten un conjunto de características:

- *Conductismo*. El emisor es considerado como actor principal de la comunicación, con capacidad para modelar y dirigir a placer la conducta del receptor. Esta característica hizo que esta teoría fuera conocida con un término propio de la medicina: la “aguja hipodérmica”.
- *El saber como fuente de poder*. En esta perspectiva, las fuentes de saber, y en particular los profesionales de la medicina, detentan unos conocimientos específicos que les confieren una capacidad prácticamente ilimitada de influir sobre la sociedad para dirigir las conductas individuales y colectivas.
- *Los medios masivos como actor primordial*. Junto con los médicos, se considera que las grandes fuentes de poder con capacidad para influir en la sociedad son los medios masivos de comunicación (especialmente la televisión).

Este modelo de comunicación es el que ha mandado tradicionalmente en la relación médico-paciente, en la que el profesional sanitario ha establecido una relación desigual basada en su saber y reforzada a través de la simbología (la bata, el lenguaje inaccesible para los

pacientes, etc.). Esta relación desigual está sostenida por la práctica profesional pero también por la formación que reciben los profesionales sanitarios, en la que las habilidades de comunicación interpersonal siguen siendo una materia prácticamente ausente. Esta es también la perspectiva que primó en las primeras campañas de educación para la salud de carácter masivo, en la que se priorizaban los mensajes técnicos generados por los profesionales de la salud pública y se prestaba nula atención a las características de los destinatarios.



Los dioses de bata blanca. La relación médico-paciente representa el paradigma de lo que ha sido tradicionalmente el modelo informacional de la comunicación. Ilustración: Cecilia Aruj.

En el modelo informacional de la comunicación, lo importante sucede siempre en la instancia de emisión. Si allí se acierta en el mensaje a difundir, en los canales a utilizar y en la dosis (repetición) de los mensajes, el éxito está asegurado. Los destinatarios son los grandes olvidados, porque son considerados fácilmente influenciables. Si se puede resumir en una frase, para los emisores “los destinatarios son estúpidos”.

Se puede decir que cualquier proceso de cambio atraviesa al menos tres grandes etapas: una primera, de *información*, en la que los individuos conocen una determinada temática o realidad; la segunda, de generación y/o cambio en las *representaciones*, lo que abre la po-

sibilidad de que surja la voluntad de adoptar una nueva conducta; y, finalmente, la *acción* hacia el cambio, que además requiere de apoyo social para ser sostenible en el tiempo. Al centrarse exclusivamente en el primer elemento, la información, esta visión instrumental de la comunicación niega la complejidad de los procesos de cambio comunitario. Cambiar conductas individuales y colectivas es realmente complicado porque hay que tener en cuenta una multitud de factores socioculturales que en esta perspectiva brillan por su ausencia. Las transformaciones sociales se producen gradualmente y por eso no alcanza con aportar información a los destinatarios, sino que es necesario trabajar para cambiar sus percepciones y representaciones de la realidad, motivarles a la acción y generar un entorno social de apoyo a los cambios saludables que se proponen.

“SON LOS DESTINATARIOS, ESTÚPIDOS”. EL MODELO RELACIONAL

Las prácticas basadas en el modelo informacional permitieron que la comunicación para la salud fuera construyendo y consolidando su propio espacio, pero se mostraron inadecuadas para comprender esos múltiples factores que intervienen en un proceso de cambio de conductas. Al mismo tiempo que se conseguían conocimientos cada vez más precisos a nivel epidemiológico sobre las conductas individuales y colectivas que debían ser modificadas para tener mejores niveles de salud y una mayor calidad de vida, no se tenían en cuenta muchos elementos que tienen que ver con la posibilidad de conectar con la comunidad para generar el cambio. En resumen, se sabía *qué* había que hacer pero no se tenía tan claro *cómo* hacerlo.

Precisamente con el objetivo de responder mejor a esa cuestión, en las últimas décadas del siglo xx se empezó a desarrollar un pensamiento más complejo para el abordaje de la realidad social desde la comunicación. Los estudios culturales, las teorías del discurso y las teorías de la recepción aportaron los fundamentos conceptuales para el surgimiento de una nueva perspectiva, que puso el foco en las relaciones a través de las cuales se construye el sentido en una sociedad. En lugar del esquema lineal de emisor-estímulo-respuesta, la perspectiva relacional contempla un circuito constituido por las instancias de producción, circulación y reconocimiento. Estas instancias no son consideradas como estáticas, sino que se enmarcan en un conjunto de condiciones de tiempo, espacio y relaciones sociales que son dinámicas. En suma, condiciones de producción, circulación y reconocimiento que configuran, en la trama discursiva, una determinada realidad socio-cultural.

Uno de los cambios más profundos de esta perspectiva viene dado por considerar que se produce sentido no sólo en las instancias de producción y circulación (lo que, simplificando,

vendrían a ser el emisor y el canal en la perspectiva instrumental) sino también en la de reconocimiento. Así, todos somos productores de sentido.

A partir de los aportes de Eliseo Verón en su *Teoría de los Discursos Sociales*, se concibe la comunicación desde la semiosis social, entendida como “la dimensión significativa de los fenómenos sociales, (es decir) el estudio de los fenómenos sociales en tanto *procesos de producción de sentido* (Verón, 1996: 125. El destacado es del autor). Verón rompe con la visión vertical del poder propia de las teorías informacionales al postular el principio de indeterminación relativa del sentido: “Del sentido, materializado en un discurso que circula de un emisor a un receptor, no se puede dar cuenta con un modelo determinista. Esto quiere decir que un discurso, producido por un emisor determinado en una situación determinada, no produce jamás un efecto solo y uno solo. Un discurso genera al ser producido en un contexto social dado, lo que podemos llamar un campo de efectos de sentido posibles” (Verón y Sigal, 1986: 15).

Si la perspectiva instrumental se basaba en el poder de los emisores como difusores de información en la creencia de que “los destinatarios son estúpidos”, la propuesta relacional invierte esta visión y reprocha a quienes sostienen esas teorías el no pensar en la recepción como la instancia fundamental del proceso. “Son los destinatarios, estúpidos”, les dice a los teóricos de aquella visión.

¿Quiere decir esto que todos podemos resignificar libremente los mensajes sin ningún tipo de condicionante? Por supuesto que no, porque es de reconocer que no todos ocupamos el mismo lugar en una sociedad y que hay determinados discursos y sentidos que tienen una mayor capacidad para ser escuchados, leídos o percibidos. Lo que esta perspectiva hace es incorporar dos elementos claves que permiten entender mejor lo que sucede en los fenómenos sociales en tanto procesos de producción de sentido: las mediaciones a través de las cuales se construyen las relaciones sociales y la cultura como terreno que abona (y condiciona) estas relaciones.

MEDIACIONES TEÑIDAS DE CULTURA

Si en el modelo informacional los medios de comunicación ocupaban un lugar central, la perspectiva relacional traslada su foco a las múltiples mediaciones a través de las cuales se constituye la red social. Es lo que Jesús Martín Barbero propuso como el pasaje *de los medios a las mediaciones*: “En lugar de partir de las análisis de las *lógicas* de la producción y la recepción, para buscar *después* sus relaciones de imbricación o enfrentamiento, proponemos partir de las *mediaciones*, esto es, de los lugares de los que provienen las constricciones que delimi-

tan y configuran la materialidad social y la expresividad cultural (...). Pensar los procesos de comunicación desde ahí, desde la cultura, significa dejar de pensarlos desde las disciplinas y desde los medios. Significa romper con la seguridad que proporcionaba la reducción de la problemática de la comunicación a la de las tecnologías (Martín Barbero, 1987: 227. Los destacados son del autor).

Los medios de comunicación se conciben en esta perspectiva como mediaciones tecnológicas, que siguen teniendo un rol importante en la producción social de sentido, pero ganan peso todas las mediaciones sociales que de alguna manera intervienen en la vida cotidiana de las personas (y también en la resignificación de los productos informativos y culturales de los medios masivos de comunicación). La escuela, la familia, el grupo de amigos, los líderes vecinales, los compañeros de trabajo, los líderes de opinión y referentes comunitarios, los espacios físicos compartidos por una comunidad, todas ellas son mediaciones que, junto con los medios de comunicación, condicionan de forma variable el sentido que se atribuye a una realidad.

Es en este sentido que la cultura aparece como una condicionante de nuestra forma de entender y percibir el mundo. La cultura, entendida como “el principio organizador de la experiencia, nuestro sentido práctico de la vida” (González, 1994: 57), aparece configurando nuestras prácticas cotidianas, como elemento sustancial de las condiciones de producción y reconocimiento en que se constituye la semiosis social. En las relaciones con nuestro entorno social aprendemos a percibir e interpretar la realidad de determinada manera, y así incorporamos ciertas concepciones y evaluaciones que se convierten en el prisma a través del cual nos representamos la realidad.

Las concepciones son “la manera de entender algo, de juzgarlo” (Prieto Castillo, 1990: 312), una mezcla de conocimientos más o menos objetivos validados por la realidad (juicios) y por creencias de tipo subjetivo, en general más emotivas (prejuicios y estereotipos). Las evaluaciones son “los atributos que se le dan a algún objeto, ser o situación” (Prieto Castillo, 1990: 314), y están en la base de la aceptación y el rechazo, de las valoraciones positivas o negativas de sujetos y prácticas. En ambos casos, las mediaciones tecnológicas y sociales juegan un papel fundamental en la construcción del marco referencial a través del cual se percibe e interpreta la realidad, se le atribuye sentido.

A modo de resumen, a continuación incluimos un cuadro comparativo de los modelos instrumental y relacional.

	Modelo instrumental	Modelo relacional
Concepto de comunicación	Transmisión de información	Producción social de sentido
Actores que dan sentido a la realidad	El emisor, único productor de sentido	Diversos actores sociales productores de sentido
Instancia clave de producción de sentido	Medios masivos de comunicación	Mediaciones tecnológicas y sociales
Saberes a tener en cuenta	Saberes científicos, fuentes privilegiadas de saber-poder	Saberes científicos y “vulgares”
Perspectiva de abordaje de la realidad	Perspectiva disciplinar	Perspectiva transdisciplinar
Comunicación para la...	Dependencia	Autonomía

Si se presta atención, el último elemento del cuadro comparativo refiere al sentido que adquieren los procesos de comunicación para la salud desde una y otra perspectiva. Quienes intervenimos desde el campo de la promoción de la salud y la educación para la salud estamos convencidos de que nuestra meta es aumentar la calidad de vida de las personas pero, a la vez, hacerlo incrementando su capacidad para adoptar decisiones saludables de forma autónoma en el día a día. Estamos convencidos de que la perspectiva relacional camina en esa dirección, al poner en juego una mirada compleja de la realidad y tomar en cuenta las características socioculturales de la comunidad en la que desea producir el cambio, a diferencia de la perspectiva instrumental, que reafirma el poder (y la dependencia) de determinadas fuentes de saber a las que recurrir oportunamente para saber qué hacer en cada momento.

Como todo lo anterior puede parecer literatura fantástica si no se explica a través de situaciones concretas, a continuación vamos a recorrer los elementos de la propuesta de comunicación para la salud desde la perspectiva relacional mostrando su aplicación en distintas acciones, programas y proyectos de intervención y formación desarrollados por la Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS)¹⁹.

LOS QUE CONSTRUYEN SENTIDO

Si lo que se pretende es prevenir enfermedades y promover la salud en toda la población, no se puede dejar esta tarea en manos exclusivas de los profesionales sanitarios. Es evidente que ellos tienen mucho que decir porque son quienes mejor conocen la realidad sanitaria de nuestra sociedad, pero de ninguna manera son los únicos interlocutores válidos con capacidad para influir en los distintos grupos poblacionales para promover la adopción de hábitos y conductas más saludables. Si en una sociedad dada hay una *diversidad de actores productores de sentido*, es lógico que contemos con aquellos que tengan la mayor capacidad para influir en una población dada para que actúen como *agentes de salud*. En ese sentido, independientemente de que tengan formación científica o no, son muchos los actores sociales que pueden incidir para generar cambios saludables en la sociedad, rompiendo barreras y causando un mayor impacto en la población objetivo.

Esta filosofía se plasma en muchas acciones de FUNDADEPS: el *Programa de Agentes Jóvenes en Educación para la Salud (PAJEPS)*, en el cual jóvenes de entre 18 y 30 años se forman para intervenir entre sus iguales en materias como sexualidad, prevención de drogodependencias y alimentación saludable, entre otras; el *Programa Encesta por la Salud*²⁰, en el que los entrenadores de baloncesto se formaron para actuar como agentes de salud entre los niños y niñas que tienen a su cargo; el *Curso de Formación Continuada para Docentes en Educación para la Salud (FIDES)*, que aporta herramientas metodológicas y conceptuales al personal docente para actuar como agentes en el ámbito educativo; o el *Máster en Periodismo Sanitario* y el *Experto en Comunicación Social y Salud*, en los que periodistas, comunicadores y otros profesionales del campo socio-sanitario son formados para promover la salud de una forma especializada desde sus ámbitos de trabajo.

19. Puede encontrarse más información sobre los distintos programas, proyecciones y campañas de educación para la salud que se mencionan a continuación en la página web de la Fundación de Educación para la Salud: <http://www.fundadeps.org>

20. <http://www.encestaporlasalud.com>



Los líderes y mediadores sociales ocupan un lugar muy importante en los proyectos de promoción de la salud. El Programa de Agentes Jóvenes en Educación para la Salud (PAJEPS) promueve intervenciones de jóvenes con jóvenes, y el proyecto Encuesta por la Salud formó a entrenadores de baloncesto para actuar como agentes en la población juvenil.

LOS DESTINATARIOS COMO PUNTO DE PARTIDA

Podemos decir sin temor a equivocarnos que el éxito o fracaso de una acción de comunicación para la salud depende de la adecuada identificación de los destinatarios, sus características, sus concepciones y evaluaciones y sus formas de relacionarse con su entorno social. Umberto Eco lo planteaba en los siguientes términos en un artículo denominado *La guerrilla semiológica* (Eco, 1996): “La batalla por la supervivencia del hombre como ser responsable en la Era de la Comunicación no se gana en el lugar de donde parte la comunicación sino en el lugar a donde llega. Si he hablado de guerrilla es porque nos espera un destino paradójico y difícil, a nosotros, estudiosos y técnicos de la comunicación: precisamente en el momento en que los sistemas de comunicación prevén una sola fuente industrializada y un solo mensaje, que llegaría a una audiencia dispersa por todo el mundo, deberemos ser capaces de imaginar unos sistemas de comunicación complementarios

que nos permitan llegar a cada grupo humano en particular de la audiencia universal, para discutir el mensaje en su punto de llegada, a la luz de los códigos de llegada, confrontándolos con los códigos de partida”.

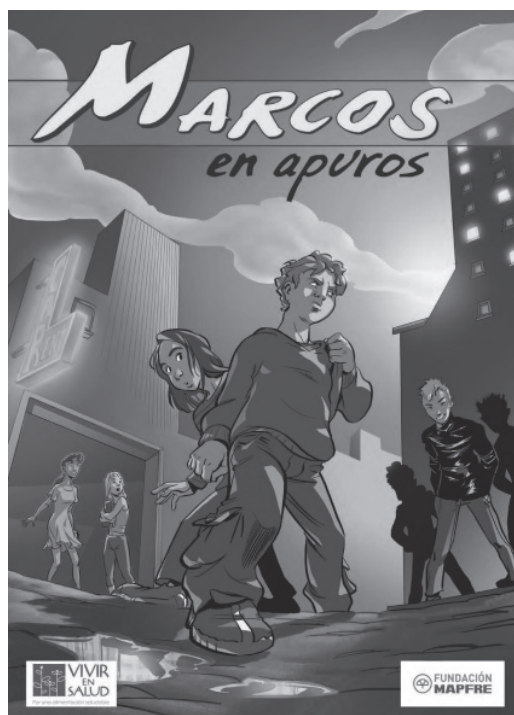
Aunque Eco hacía este alegato pensando en los peligros que encierra la comunicación de masas por la capacidad de determinados conglomerados empresariales de influir a través de sus medios masivos en la construcción de la realidad, esta propuesta bien puede ser aplicable a cualquier proceso de comunicación enfocado a captar la atención y satisfacer las necesidades de los destinatarios.

Seguramente podrán contarse de a miles las experiencias de proyectos con intenciones más que valorables que tuvieron un impacto social muy limitado y apenas produjeron cambios de conductas. Y es más que probable que el denominador común de esos proyectos sea haber identificado más o menos claramente el problema de salud pública que se quería abordar (por ejemplo, el aumento de la obesidad infantil) y las evidencias científicas sobre sus causas (siguiendo con el ejemplo, la mala alimentación y la vida sedentaria), pero luego haber planteado la intervención prestando escasa o nula atención a la forma de llegar con más impacto a la población destinataria.

Por lo anterior, hay que insistir en la necesidad de amoldar nuestras acciones al grupo social al que pretendemos llegar. Una adaptación que debe contemplar la forma de expresión de los productos y materiales, buscando un mensaje que sea accesible y cercano; los soportes más adecuados y, fundamentalmente, salir al encuentro de los destinatarios con una actitud proactiva.

Algunos ejemplos de ello podemos encontrarlos en el *Proyecto Vivir en Salud*²¹, desarrollado por FUNDADEPS y la Fundación MAPFRE con el objetivo de fomentar estilos de vida saludables en materia de alimentación y actividad física. Entre los diversos materiales que se prepararon se encuentra un CD interactivo, el *Agente F*, un juego educativo que de forma divertida permite a los niños y niñas conocer los diferentes nutrientes, aprender a elaborar un menú equilibrado y tener elementos para distinguir una alimentación correcta y saludable. También se editó un cómic dirigido a adolescentes, *Marcos en apuros*, en el que se aborda la problemática de la obesidad desde una historia cercana a ese público y en un formato que les resulta muy familiar y apetecible. La misma temática se trató de forma distinta en *Ha encogido el jersey*, un pictograma para primeros lectores.

21. <http://www.vivirensalud.com>



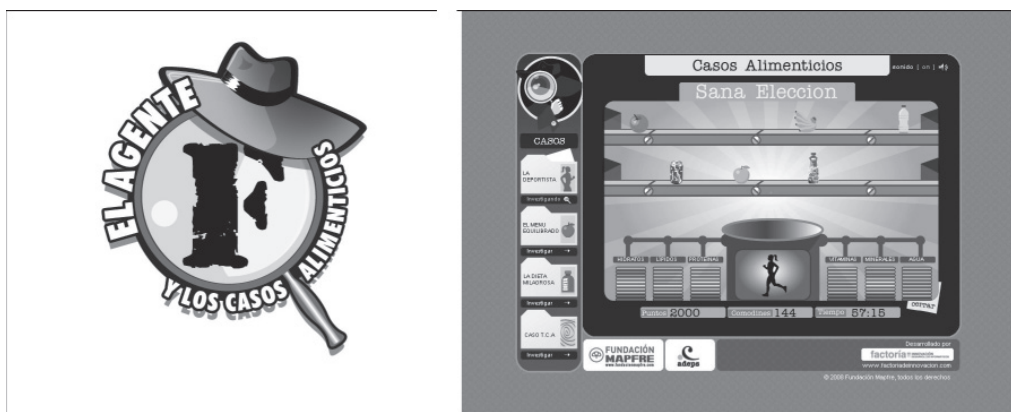
Portada de “Marcos en apuros”, cómic para la prevención de la obesidad dirigido a adolescentes.

Y atención con un elemento más: no es suficiente hacer materiales de excelente calidad, perfectamente adaptados a los destinatarios como los mencionados anteriormente, si luego no hay ningún tipo de intervención a la hora de su consumo, de su recepción y resignificación. Como se ha expresado anteriormente, tan importante como el sentido que se pretende generar en la instancia de producción es intervenir de alguna manera en la instancia de reconocimiento, cuando los destinatarios entran en contacto con los distintos materiales. Por poner un ejemplo, el cómic sobre obesidad puede repartirse entre los alumnos de un instituto y jamás enterarnos de lo que hicieron con él y si modificó en algo su percepción del problema de la obesidad y sus conductas relacionadas con la alimentación y la actividad física; otra posibilidad, mucho más recomendable, es generar alguna instancia colectiva de utilización, debate y apropiación de los conceptos allí desarrollados, tras la cual se pueden medir los cambios promovidos, si no al nivel de las conductas cuanto menos al nivel de las conocimientos y las representaciones sobre la temática.

EL ENTRAMADO SOCIAL

Si en nuestra perspectiva proponemos alejarnos de las fórmulas que valen para todas las situaciones y generar acciones adaptadas a proyectos de cambio individual y colectivo, está claro que debemos valorar en cada caso las distintas mediaciones tecnológicas y sociales que aparecen configurando la red social. Veamos algunos casos.

Nos referíamos anteriormente a la utilización de un CD interactivo como material educativo de un programa de promoción de hábitos saludables en materia de alimentación y actividad física. Vaya paradoja, podría pensarse: los ordenadores, que junto con la televisión se llevan el premio a los malos de la película cuando hablamos de inactividad física entre la población infantil, están llamados a ser una vía para abordar esa problemática. Pues sí, porque como señalamos anteriormente si no nos relacionamos con nuestros destinatarios a través de sus modalidades habituales de comunicación difícilmente tendremos alguna posibilidad de éxito. Eso no significa dejar de indagar en la utilización de otras vías y mediaciones —por ejemplo, las que ofrece el sistema educativo—, sino simplemente explorar otras vías de intervención. La evaluación de su impacto es la que debe decir en cada caso si la metodología utilizada es la adecuada, aunque por las experiencias que se van desarrollando puede adelantarse que al menos consiguen captar la atención de los destinatarios en mucha mayor medida que intervenciones tradicionales como charlas magistrales a cargo de profesionales sanitarios o la distribución de folletos informativos.



Los juegos interactivos son una propuesta novedosa para promover los hábitos saludables entre la población juvenil. Es el caso del Agente F, un juego que promueve hábitos saludables de alimentación y actividad física

Si las mediaciones tecnológicas son cada día más un camino a tener en cuenta para la promoción de la salud, es evidente que las mediaciones sociales siguen teniendo un rol primordial en muchos contextos. Es lo que sucede en *PAJEPS*, donde los centros juveniles y los centros escolares representan ámbitos directos de intervención porque allí se congregan y relaciona el público objetivo; o con el *Programa GALIA*²² de intervención en VIH/Sida, en el cual los agentes de salud trabajan de forma directa con asociaciones de jóvenes y otros colectivos en situación de riesgo, por ejemplo trabajadoras sexuales y presidiarios.

Sin lugar a dudas, una de las claves de cualquier proyecto de promoción de la salud es trabajar con los colectivos que tienen un contacto más directo con los destinatarios de la acción, porque son ellos los que desarrollan cotidianamente la labor de mediación, suelen compartir un ámbito de actuación y ofrecen posibilidades de alcanzar un mayor impacto.

NUEVAS REDES, NUEVOS ABORDAJES

Como si no fuera ya bastante complicado desarrollar una acción de comunicación para la salud siguiendo los lineamientos señalados previamente, vivimos en una sociedad que ha hecho del cambio, y en particular los referidos a la comunicación, una seña de identidad. Si establecer vínculos directos con nuestro público objetivo es uno de los desafíos a los que nos enfrentamos quienes promovemos procesos de cambio a nivel individual y comunitario, las redes sociales (Facebook, You Tube, Twitter, etc.) se han convertido en un espacio interesante para desarrollar esa guerrilla semiológica a la que se refería Eco. Las redes sociales constituyen nuevas mediaciones que pueden tener una potencialidad enorme en la promoción de cambio de conductas, porque a su carácter masivo le agregan la posibilidad de dirigirse a públicos segmentados por intereses, establecer vínculos directos y contar con su participación e implicación activa a través de las diferentes aplicaciones de la web 2.0. Su irrupción seguramente nos llevará a nuevos planteos teóricos y prácticos sobre los procesos de comunicación para la salud, porque es evidente que están motivando cambios profundos en nuestra forma de relacionarnos y, por tanto, en nuestra cultura.

22. <http://www.programagalialia.blogspot.com>

BIBLIOGRAFÍA

- CUESTA, UBALDO, UGARTE, AITOR, MÉNENDEZ, TANIA (2008): *Comunicación y Salud. Avances en modelos y estrategias de intervención*. Madrid: Editorial Complutense.
- DÍAZ, HERNÁN ALFREDO (2000): *Procesos de comunicación para la salud: criterios y acciones para la prevención del infarto en un proyecto de cambio comunitario en Argentina*. Tesina de Investigación del Magíster en Técnicas de Comunicación en Servicios Sociales. Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid.
- ECO, UMBERTO (1996): *La estrategia de la ilusión*. Barcelona: Lumen.
- INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER DE LOS ESTADOS UNIDOS (2004): *Making health communication programs work*. En línea en <http://www.cancer.gov/pinkbook>
- GONZÁLEZ, JORGE (1994): *Más (+) Cultura(s). Ensayos sobre realidades plurales*, Colección Pensar la Cultura, CNCA, México.
- MARTIN BARBERO, JESÚS (1987); *De los medios a las mediaciones*, Editorial Gustavo Gilli, Barcelona.
- MATTELART, ARMAND Y MATTELART, MICHÈLE (1997): *Historia de las teorías de la comunicación*, Paidós, Barcelona.
- PRIETO CASTILO, DANIEL (1990). *Diagnóstico de la comunicación*", CIESPAL, Quito.
- VERON, ELISEO y SIGAL, SILVIA (1986): *Perón o muerte, los fundamentos discursivos del fenómeno peronista*; Editorial Legasa, Buenos Aires.
- VERÓN, ELISEO (1996): *La semiosis social. Fragmentos de una teoría de la discursividad*; Colección El Mamífero Parlante, Editorial Gedisa, primera reimpresión, Barcelona.