

La comunicación para la salud en programas comunitarios de prevención de enfermedades crónicas

Por Hernán Alfredo Díaz. Director de Comunicación de la Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS). Miembro del equipo coordinador del Experto en Comunicación Social y Salud (Universidad Complutense de Madrid). Asesor del Programa de Prevención del Infarto en Argentina (PROPIA-UNLP).

1. Presentación

Este apunte ha sido elaborado como material de consulta para las personas participantes en el Curso de Intervención Comunitaria en la Prevención de Enfermedades Crónicas, organizado por el organismo autónomo Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid) en los centros municipales de salud de San Blas, Arganzuela y Villa de Vallecas en marzo de 2010.

Este apunte pretende ser una herramienta de apoyo a los conceptos desarrollados en la sesión presencial del curso, y tiene varios objetivos:

- Señalar la pertinencia y relevancia de la comunicación como perspectiva en los programas comunitarios Promoción de la Salud y Educación para la Salud.
- Conocer los aportes y limitaciones de la comunicación para la salud como perspectiva de abordaje integrada en las estrategias y acciones de Promoción de la Salud y Educación para la Salud.
- Desarrollar los diferentes modelos de comunicación para la salud que se aplican en acciones de Promoción de la Salud y Educación para la Salud.
- Precisar criterios generales y recomendaciones prácticas a tener en cuenta para incorporar la perspectiva comunicacional a la hora de diseñar, planificar e implementar programas comunitarios de Promoción de la Salud y Educación para la Salud.

En este apunte se desarrollan los conceptos fundamentales de la comunicación para la salud, entendida como una perspectiva de abordaje de la realidad que puede aportar herramientas teóricas y prácticas para un mejor desarrollo de los programas y acciones de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Se realizará un recorrido desde los conceptos más generales, referidos a los alcances y limitaciones de la comunicación para la salud, hasta aspectos más concretos referidos a la integración de la perspectiva comunicacional en programas de cambio de conductas individuales y colectivas. La idea no es conseguir que los alumnos y las alumnas se conviertan en expertos/as en comunicación, sino que reflexionen sobre la utilidad de la comunicación para la salud en su práctica profesional, tomen conciencia del rol que todos (voluntaria o involuntariamente) desempeñamos como comunicadores, y puedan utilizar esos elementos de forma razonada para hacer mejor las cosas desde el lugar que les toque ocupar.

Los contenidos se estructuran en tres grandes apartados:

1- La comunicación para la salud: aportes y limitaciones. En este apartado inicial se realizará una definición de la comunicación para la salud, señalando las razones por las que es necesaria su incorporación como perspectiva de abordaje en los procesos de cambio de conductas individuales y colectivas relacionadas con la salud. La comunicación para la salud puede aportar muchas cosas pero no soluciona las cosas ni cambia la realidad mágicamente, por lo que también se intentará delimitar su campo de acción señalando los aportes y limitaciones de esta perspectiva.

2- Modelos de comunicación aplicados a la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud. En esta parte se describirán los dos grandes modelos de comunicación desde los cuales se estructuran las prácticas de comunicación para la salud: el modelo informacional y el modelo relacional. En el primer caso, por tratarse de la perspectiva más tradicional, se analizarán algunas situaciones características, como la relación médico-paciente, las campañas de Educación para la Salud y el Periodismo Sanitario. En el segundo caso, se analizará su aplicación desde una serie de ejemplos de acciones y programas puestos en marcha por la Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS).

3- Criterios y recomendaciones para incorporar la perspectiva comunicacional en programas y acciones de Promoción de la Salud. En esta última parte se hacen una serie

de recomendaciones prácticas, algunas de carácter general sobre el proceso de diagnóstico comunitario y otras más específicas sobre elementos de la comunicación interna y externa de los equipos promotores de salud en la comunidad. Se mostrará la aplicación de esos criterios, principalmente con ejemplos del Proyecto de Demostración Nacional Balcarce (DEMOBAL), puesto en marcha por el Programa de Prevención del Infarto en Argentina (PROPIA) en el año 1999.

Primera Parte

La comunicación para la salud: aportes y limitaciones.

1. Introducción

Podemos decir sin temor a equivocarnos que hoy en día *Salud y Comunicación* constituyen una pareja de hecho consolidada, con mucho presente y con expectativas de mejorar su relación a futuro. Pero: ¿cuándo surgió esa relación?

En la práctica, la relación entre *salud y comunicación* es tan vieja como la historia misma de la Humanidad, simplemente porque la comunicación es una de las facetas constitutivas de la especie humana como seres simbólicos que somos. Pero en materia conceptual, y en particular en lo que se refiere a la comunicación como un campo de análisis e intervención en las estrategias y programas de salud pública, la relación nació a partir de los cambios en la definición de salud que se produjeron a mediados del siglo XX. De los primeros planteamientos que, desde una perspectiva biomédica, definieron a la salud simplemente como la *ausencia de enfermedad*, se evolucionó hacia la definición actual que la concibe como *el estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de enfermedad*, un abordaje desde una perspectiva bio-psico-social. Esta definición trajo consigo una profunda transformación en las perspectivas y en las formas de abordar la Salud Pública, y fue el germen de las políticas de Promoción de la Salud y Educación para la Salud que tomaron fuerza hasta constituirse como campo de actuación en el último cuarto del siglo XX.

Si hubiera que atribuir a alguien la paternidad de las políticas de Promoción de la Salud, seguramente uno de los que acumuló más méritos fue Marc Lalonde, ministro de Salud y Bienestar de Canadá allá por 1974. En aquel entonces, Lalonde y su equipo presentaron un polémico informe, denominado *A new perspective on the Health of Canadians*, en el que señalaban que el sistema sanitario por sí solo no podía garantizar la salud de la población. Es más, señalaban la incongruencia de que el sistema sanitario se llevara gran parte de los presupuestos destinados a salud pero su influencia en el estado de salud de la población era mucho menor que la de otros determinantes, como los estilos de vida y el medio ambiente. Dos determinantes sobre los que puede incidir claramente a través de la Promoción de la Salud.

Fue precisamente en Canadá, más precisamente en la ciudad de Ottawa, donde doce años después se produjo la primera Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud. Las conclusiones de aquél cónclave se plasmaron en la *Carta de Ottawa*, un documento que definió a la Promoción de la Salud como “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre los determinantes de la salud, para que la mejoren” (UIPES, 2003). Sin lugar a dudas que el concepto central en este planteamiento es el de *control*: dar las capacidades a las personas y colectivos para que puedan tomar decisiones autónomas y saludables.

Para ello, la Carta de Ottawa estableció cinco estrategias, que desde entonces guiaron buena parte de las políticas de Promoción de la Salud:

- Creación de una política pública saludable.
- Creación de entornos que apoyen la salud.
- Fortalecimiento de la acción comunitaria.
- Desarrollo de habilidades personales.
- Reorientación de los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud, más allá de prestar servicios asistenciales.

Como veremos a lo largo de este apunte, este planteamiento estratégico de la Promoción de la Salud fue el que abrió la puerta a sumar a la perspectiva comunicacional en los programas y acciones de salud.

Volvamos entonces sobre la comunicación. Decíamos anteriormente que el concepto de salud evolucionó desde una perspectiva biomédica a una perspectiva bio-psico-social. En el caso de la comunicación, la evolución del concepto transitó caminos similares: de las primeras teorías, sustentadas en los conocimientos de la ingeniería y en perspectivas sistémicas y funcionalistas, que la definieron como *transmisión de información*, se evolucionó hacia una definición de la comunicación como *proceso de producción social de sentidos en el marco de un contexto social y cultural*.

Visto lo visto, podría decirse que *salud* y *comunicación* han vivido vidas paralelas y, por tanto, estaban y están condenadas a entenderse. Como puede apreciarse en los párrafos anteriores, las primeras definiciones de ambos conceptos ponían el énfasis en las cuestiones más instrumentales (curar la enfermedad en un caso, hacer llegar la información a un destinatario en otro), centradas en los aspectos “técnicos”, pero luego evolucionaron hacia concepciones más complejas que toman en cuenta los múltiples factores que inciden y condicionan la realidad. Es decir, ni la sanidad explica todo lo referido a la salud, ni la información por sí sola da cuenta de la complejidad de la comunicación. En ese sentido, puede decirse que la *sanidad* es a la *salud* lo que la *información* es a la *comunicación*: una parte muy importante del fenómeno, pero insuficiente para comprenderlo en toda su complejidad.

Y como salud y comunicación venían transitando caminos paralelos, era evidente que tarde o temprano tenían que encontrarse. Dependiendo del lugar del mundo en que se encontraron, esa unión de hecho recibió diferentes denominaciones. Mientras que en la cultura anglosajona este campo de estudio se constituyó 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. En nuestro caso, hemos preferido utilizar la denominación *comunicación para la salud* para referirnos a este campo de estudio, porque entendemos que es el que mejor expresa su voluntad de intervención y cambio social.

2. El control de las conductas

Antes de avanzar en las definiciones de la comunicación para la salud, queremos volver sobre una idea que señalábamos un poco más arriba: la Promoción de la Salud tiene como objetivo dar capacidades para controlar las conductas, es decir, nos interesa obtener un resultado positivo en forma de adopción de hábitos y comportamientos más saludables. Cabe preguntarnos entonces: ¿Son controlables las conductas humanas? ¿Hasta que punto los seres humanos estamos condicionados e influenciados por nuestro entorno social y ambiental? ¿Qué capacidades tenemos para aprender y cambiar? ¿Pretendemos controlar las conductas de la población o desarrollar en los individuos y los grupos conocimientos y habilidades para el auto-control?

Está bastante claro que influir en las conductas de los individuos y los grupos para que adopten conductas saludables es bastante complejo. Como bien ejemplificaba el *Informe sobre la Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud* (UIPES, 2003): “Si alguien deja de fumar. ¿Lo hace porque ha visto un anuncio, ha hablado con un amigo, sus amigos le han presionado, como resultado de iniciativas especiales, o ha tenido un pariente que ha muerto de cáncer de pulmón? El hecho es que es muy difícil saberlo. Sin embargo, lo importante es que esa persona ha dejado realmente de fumar”. Esto nos obliga a tener presente la necesidad de acciones y estrategias diversas para generar un cambio de conductas, buscando identificar las diversas motivaciones que pueden tener las personas y los grupos para adoptar nuevos hábitos. No hay una receta válida para todo y para todos.

La irrupción de la comunicación para la salud está íntimamente ligada con el desarrollo de la Promoción de la Salud, y en concreto con la idea de controlar las conductas. En ese sentido, la comunicación ofrece una perspectiva teórica y técnicas específicas para intentar influir en las conductas individuales y colectivas, aunque debemos ser muy prudentes y medidos en cuanto a la relación causa-efecto entre las acciones de comunicación y los cambios de conducta. Como veremos luego, podemos afirmar que la comunicación para la salud puede hacer sus aportes siempre y cuando vaya integrada en el marco de programas más amplios que garanticen la sostenibilidad de los cambios.

3. La comunicación para la salud

Decíamos que la incorporación de la mirada comunicacional en las estrategias y acciones de salud estuvo vinculada con el desarrollo de las políticas de Promoción de la Salud. Para ello

mucho tuvo que ver el diagnóstico que desde el ámbito científico y político se realizó sobre los elementos que estaban fallando en los programas de cambio comunitario. La pregunta que se hacían era: ¿Por qué si día a día tenemos conocimientos cada vez más precisos a nivel epidemiológico sobre las conductas individuales y colectivas que deben ser modificadas para disfrutar de mejores niveles de salud y una mayor calidad de vida, no somos capaces de controlar las conductas individuales y colectivas? La conclusión a la que se llegó fue que no se tenían conocimientos suficientes sobre aspectos relacionados con las conductas sociales y la forma de relacionarse en la comunidad, y que eso suponía la necesidad de incorporar otras perspectivas profesionales en el análisis y la intervención social. En síntesis, se sabía *qué* había que hacer pero no se tenía tan claro *cómo* hacerlo.

Fue en esa búsqueda del *cómo* hacerlo es que la comunicación para la salud fue ganando terreno en el marco de las estrategias y programas de Promoción de la Salud. En una primera etapa, la comunicación para la salud se incorporó de forma instrumental: los comunicadores (o más reducido aún, los periodistas o publicistas) éramos llamados a aplicar nuestras técnicas una vez que los expertos en Epidemiología y Salud Pública habían definido hacia dónde querían torcer la realidad. Se trataba de una participación meramente instrumental, porque tenía el simple objetivo de difundir las actividades de determinada programa de salud entre la población a través de los medios masivos de comunicación, y que se limitaba al momento de implementación de las acciones. Esa perspectiva de trabajo era inadecuada, por varias razones: primero, porque se basaba en la ilusión de que el emisor es capaz de controlar casi hipnóticamente las conductas de los receptores, algo que las experiencias se han encargado de mostrar como falso; segundo, porque esa visión conductista impedía sacar provecho de las potencialidades que la comunicación sí ofrece como herramienta para facilitar y motorizar el cambio, de forma gradual e integrada en proyectos más amplios que tomen en cuenta la complejidad social.

En las últimas dos décadas ha cobrado fuerza y entidad una nueva forma de entender la comunicación para la salud, ya no como un mero instrumento de difusión sino como una *perspectiva integral e integradora*.

Integral porque la comunicación está presente en todo el proceso. Durante mucho tiempo se pensó que la comunicación sólo tenía cosas que aportar al final de los procesos de cambio, cuando ya se había planificado todo y llegaba la hora de difundir determinados mensajes en la comunidad. Pero ese tiempo ya pasó y ahora se tiene claro que la comunicación es importante en todos los momentos del proceso: en la conformación de los equipos; en el diagnóstico de los problemas y necesidades de salud de una comunidad; en la definición de las acciones a desarrollar (y las formas de hacerlo) para promover el cambio de conductas; en la ejecución de esas acciones; e incluso en la misma evaluación, que al fin y al cabo no es más que un nuevo diagnóstico.

La comunicación es un elemento transversal por todo lo anterior, pero también por otro aspecto fundamental: “es imposible no comunicarse”, como señaló Watzlawitz. Como seres sociales y simbólicos, todos estamos comunicando todo el tiempo, de forma intencionada o involuntaria; con nuestras palabras, nuestros gestos y nuestros silencios; con nuestra forma de relacionarnos con los demás... Como ya dijimos, es importante asumir que todos somos comunicadores y que, por tanto, si queremos hacerlo bien, si queremos que nuestras iniciativas de Promoción de la Salud prosperen y tengan éxito, también deberemos prestar mucha atención a esta faceta.

Debemos asumir 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 vinculadas con las prácticas periodísticas y publicitarias, pero el hecho de que un equipo de trabajo comprenda desde un principio que todos estamos comunicando puede ayudar mucho en el diseño y la gestión de un proyecto de cambio social. Básicamente, porque queramos o no, lo planifiquemos o no, siempre estaremos comunicando algo.

Integral sí, *integradora* también. Tal y como la entendemos, la comunicación juega un papel fundamental como articuladora de la red social. Una de las señas de identidad de los programas y acciones de Promoción de la Salud en la actualidad es la mirada multidisciplinar, que intenta intervenir desde la realidad social desde la complejidad. Por ello, los equipos de trabajo de los proyectos de salud suelen incorporar a profesionales de distintas disciplinas (Medicina, Educación, Psicología, Antropología, Sociología, Pedagogía, Comunicación, por mencionar algunas), que necesariamente deben dialogar para construirse como colectivo y

conformar un guión y un marco conceptual común. Y en muchos casos, para tener un mayor vínculo con la comunidad, los líderes comunitarios o formadores de opinión se integran en las intervenciones, y así se constituyen *equipos transdisciplinares*, que relacionan y mezclan los saberes científicos con los comunitarios.

La necesidad de constituir relaciones entre los diferentes actores y saberes requiere poner en juego una adecuada estrategia de comunicación. Por un lado, la comunicación facilita la constitución de equipos de trabajo multi y transdisciplinares. Por otro lado, a nivel de la comunidad, permite interactuar con los destinatarios para ofrecer los mensajes más adecuados, a través de las vías más adecuadas y con el apoyo y la participación de los actores sociales más adecuados. En este último sentido, ya no se trata sólo de enviar información y difundir el mensaje que se quiere transmitir, sino de interactuar con los destinatarios, para ofrecer los mensajes más adecuados, a través de las vías más directas y accesibles, y con el apoyo de los actores sociales más influyentes.

En definitiva, este cambio en la perspectiva comunicacional se centra no en la capacidad de controlar las conductas de los individuos desde una instancia superior (llámese, Estado o cualquier otra entidad promotora de una acción de salud), sino de que sean los propios individuos los que adquieran conocimientos y habilidades para adoptar decisiones más saludables. En resumen, pasamos de una idea de *control* a la de *auto-control*, de la *dependencia* a la *autonomía*.

3.1. Definición

Como todo campo de estudio que se encuentra en permanente evolución, es difícil encontrar una sola definición del concepto de comunicación para la salud.

Gloria A. Coe, asesora de la Organización Panamericana de la Salud, la definió en los siguientes términos:

"La modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño" (...) Un proceso de presentar y evaluar información educativa persuasiva, interesante y atractiva que dé por resultado comportamientos individuales y sociales sanos" (Coe, 1998).

Más recientemente, en 2004, el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos elaboró una guía para planificadores llamada *Making Health Communication Programs Work*, en la que ofrece otra definición de la Comunicación para la Salud, a nuestro modo de ver más precisa e integral:

"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).

3.2. Aportes. Lo que puede hacer la comunicación para la salud.

En nuestra sociedad de principios de siglo XXI, esa que se ha dado en llamar la Sociedad de la Información y la Comunicación, se produce una situación muy llamativa: no son pocos los que consideran que la (mala) comunicación es la explicación de prácticamente todos los problemas y, a la vez, proponen que la (buena) comunicación es la solución de esos problemas. Veamos algunos ejemplos:

- Si las relaciones entre los miembros de una familia no son muy buenas es porque no se comunican adecuadamente;
- Si una persona encuentra dificultades para conseguir trabajo o desarrollarse profesionalmente es porque no sabe "venderse" o, lo que es lo mismo, comunicar adecuadamente sus atributos y valores ante potenciales empleadores;
- Si una medida del gobierno genera el rechazo social, enseguida el dirigente político de turno lo justifica diciendo que "no hemos sabido comunicar a la sociedad en qué consiste la medida y cuáles son sus beneficios";
- Si un político sufre un traspí en su carrera electoral, la culpa no es de que carezca de un proyecto sólido sino que no ha sabido transmitirlo al electorado;

- Si una ambiciosa campaña de salud no logra cambiar determinada conducta social en la magnitud que lo esperaba, seguramente se dirá que no se ha acertado con el mensaje transmitido...

La comunicación aparece cargada siempre de una enorme potencialidad y, a fuerza de ser sinceros, es algo razonable pensando en el tipo de sociedad en que vivimos. Aún así, debe quedarnos clara una idea: la buena o la mala comunicación solo explica parte de la realidad, porque la comunicación es solo una perspectiva desde la cual analizar e intervenir en esa realidad.

En el caso concreto de la comunicación para la salud, se presenta como una potente herramienta de cambio de conductas individuales y colectivas, que puede ayudarnos a conseguir una amplia variedad de objetivos. Los describimos a continuación.

3.2.1. Fortalecer las relaciones entre organizaciones.

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 con ese fin. 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, educación, 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, referentes y organizaciones de la comunidad también se incorporan al equipo de intervención. Esto permite tener vínculos más directos con la población destinataria, fomentar la participación y aumentar la viabilidad y la eficacia del proceso de cambio, pero supone también un esfuerzo añadido de organización. 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.

3.2.2. Incrementar el conocimiento de la población sobre un tema relacionado con la salud.

La información es la materia prima fundamental a partir de la cual se pueden poner en marcha procesos de cambio de conducta, por lo que es necesario aumentar el conocimiento de las personas. Son numerosos los estudios que muestran con claridad la relación directa entre nivel educativo y capacidades y habilidades de salud, de forma que se puede decir que una persona más informada es en la gran mayoría de los casos una persona más sana o, cuanto menos, con más herramientas para disfrutar de un mejor estado de salud. Si asumimos como verdadero aquello de que información es poder, en el caso de la salud disponer de información nos da capacidades para controlar nuestra salud.

Ejemplos sobran en este sentido. Por tomar uno reciente, en la reciente campaña informativa sobre el virus de la gripe A se incidió en señalar las vías de contagio y las actitudes preventivas que debíamos asumir individualmente en nuestro día a día (<http://www.informaciongripe.es>). Un objetivo similar se persigue en las campañas que regularmente desarrollan las autoridades sanitarias con el objetivo de informar a los más jóvenes sobre las infecciones de transmisión sexual, sus vías de contagio y las formas de prevenirlas a través del uso del preservativo (<http://www.yopongocondon.es>).

3.2.3. Influir sobre las percepciones, creencias y actitudes, para reforzar o cambiar las normas sociales.

La información es la base sobre la que se construyen las conductas, pero esa información está condicionada por nuestras creencias y concepciones del mundo y, sobre todo, por las normas y acuerdos sociales que nos damos como sociedad. Una información puede ser interpretada de muy distinta manera por diferentes personas, porque le afecta individualmente de forma diversa, porque tienen posicionamientos políticos o religiosos diferentes, porque pertenecen a

grupos de edad distintos... Lo importante es tener claro que las percepciones, creencias y actitudes no son inamovibles, sino que se pueden transformar.

Veamos el ejemplo de las drogas. Si uno pregunta a un grupo de personas qué es una droga, lo más habitual es que se relacione con drogas como la marihuana, la cocaína o la heroína, que en términos generales tienen una valoración negativa; sin embargo, otras drogas, como el alcohol, el tabaco o los medicamentos, no suelen ser reconocidas como tales ni tienen tan mala prensa como las anteriores. Esto tiene una enorme trascendencia en las políticas de promoción de la salud, porque si algo no se percibe como riesgo no se asume la necesidad de un cambio de conducta. Justamente con la idea de cambiar la percepción del problema, en los últimos años se han desarrollado intensas campañas de concienciación sobre el tabaquismo impulsadas por la sociedad civil y las autoridades sanitarias, que junto con los cambios legislativos están permitiendo cambiar la percepción sobre su consumo. Un ejemplo de esas campañas es *Por qué nosotros no?*, una iniciativa promovida por el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) que busca impulsar cambios en la Ley del Tabaco para prohibir fumar a lugares de ocio y restaurantes (<http://www.porquenosotrosno.org>).

3.2.4. Apoyar el aprendizaje de habilidades de salud.

La información por si sola no basta, es necesario aportar herramientas y consejos para que las personas puedan traducir ese conocimiento en conductas concretas. Muchas veces podemos tener disposición a cambiar nuestras conductas, pero nos sentimos incapaces de llevar a la práctica ese cambio y que se nos ofrezcan alternativas para poner en marcha el cambio y, lo que es más importante, a mantenerlo en el tiempo.

Por ejemplo, si a una persona que realiza un tratamiento contra la obesidad le decimos que debe reducir las grasas de su dieta a menos del 30% de la ingesta energética, será necesario traducir eso de alguna manera para que sepa qué tipo de alimentos puede comer, en qué cantidades y cómo prepararlos; también puede ser muy útil enseñarle a leer las etiquetas de los alimentos, para que pueda hacer una compra más saludable; y, sobre todas las cosas, será importante insistir en que no hay dietas milagrosas sino que el único “milagro” es adoptar una dieta equilibrada y mantenerla en el tiempo. En el caso de la actividad física, si a una persona que no tiene tiempo para llevar adelante un plan sistemático le decimos que intente incorporar el ejercicio en su vida cotidiana, deberemos sugerirle formas concretas para hacerlo; por ejemplo, bajando del autobús dos paradas antes de su trabajo para andar el resto del camino, subiendo a su oficina por las escaleras en lugar de hacerlo por el ascensor o haciendo ejercicios de relajación y elongación mientras trabaja frente al ordenador.

3.2.5. Mostrar los beneficios del cambio de conducta.

Está claro que los seres humanos hacemos lo que hacemos porque esa conducta nos da placer y seguridad, o simplemente porque siempre hemos actuado así y desconocemos los beneficios de actuar de otra manera. Y muchas veces, consciente o inconscientemente, ponemos en la balanza los costes y beneficios (no sólo económicos) de adoptar una u otra actitud.

Por ejemplo, a una persona que se plantea dejar de fumar se le puede asegurar que podrá volver a sentir el sabor de los alimentos, que sus dientes podrán recuperar su blancura, que cuando salga a caminar o a hacer ejercicio sentirá que respira mejor, que podrá tener relaciones sexuales más placenteras y que podrá vivir más años y con mejor calidad de vida. ¿No son beneficios suficientes? Ah, en este caso también hará un interesante ahorro económico, un argumento que también suma en estos tiempos de crisis.

3.2.6. Motivar para la acción.

Hemos dicho que la promoción de la salud está enfocada a la búsqueda de un resultado, que es la adopción de la conducta más saludable. En ese sentido, tenemos que trabajar sobre las razones y motivaciones (no siempre racionales) que pueden llevar a una persona a plantearse un cambio de conducta.

Por ejemplo, una persona puede querer iniciar un plan de actividad física porque percibe un deterioro corporal y siente que va perdiendo capacidades; porque ha sufrido un infarto, se lo ha recomendado su médico pero además le ha quedado el miedo a la muerte metido en el cuerpo; porque vive una etapa mística de la vida y quiere prepararse para hacer el Camino de

Santiago; porque le trae buenos recuerdos de cuando hacía deporte en la juventud; porque tiene un espíritu competitivo que satisface practicando deportes... y muchas razones más.

Recientemente, la campaña de seguridad vial de la Dirección General de Tráfico difundió un spot publicitario en el que promovía el uso del cinturón de seguridad utilizando esta idea de las múltiples motivaciones: “hazlo por tu familia, para no perder los puntos del carné, para evitar la multa... pero hazlo”, esgrimía entre las razones (<http://www.nopodemosconducirporti.es>).

En una primera instancia, lo importante es que la persona se sienta motivada para adoptar una conducta más saludable, y no tanto el tipo de razón que le llevan a hacerlo. Los argumentos científicos pueden valer en muchos casos, pero en otros pueden ser útiles argumentos emocionales o de pertenencia a un grupo social o comunidad.

3.2.7. Abogar por una posición en un tema o política de salud.

Alcanzar cambios importantes en las conductas de salud a nivel comunitario requiere muchas veces trabajar primero para convencer a los gestores y tomadores de decisiones sobre la necesidad de ese cambio. La mayoría de las veces esos cambios vienen promovidos por plataformas ciudadanas, organizaciones no gubernamentales o universidades y centros de estudios, que después de mucho trabajar logran instalar el tema en la agenda pública (que se hable de ello en los medios de comunicación, en los bares, en las reuniones con amigos) y que los responsables públicos aborden cambios legislativos y de gestión.

Por ejemplo, es lo que sucedió en los últimos años con las políticas de igualdad entre el hombre y a mujer y la prevención de la violencia de género: después de muchos años de movilización y demanda por parte de los colectivos feministas, en los últimos años ese discurso ha tomado cuerpo en la clase política y poco a poco se van produciendo cambios legislativos y están poniendo en marcha programas educativos y campañas de concienciación que trabajan a favor de esos objetivos de igualdad (<http://www.migualdad.es>).

3.2.8. Incrementar la demanda y los recursos de los servicios de salud.

Aunque los servicios de salud públicos suelen tener siempre una demanda que excede sus capacidades, la comunicación para la salud también tiene que servir para utilizarlos cuando son necesarios para adoptar conductas preventivas. Por ejemplo, durante años se ha estado insistiendo a través de campañas y otras acciones en que a partir de determinada edad o circunstancias todas las mujeres deben hacerse una mamografía cada cierto tiempo para prevenir el cáncer de mama.

La comunicación para la salud también puede incrementar los recursos disponibles. Por ejemplo, ofreciendo información que permita a los usuarios del sistema sanitario tener un mayor criterio para saber en qué situaciones debe acudir a la urgencia de un hospital (casi siempre abarrotadas) y en cuáles otras puede esperar a ser atendido en su centro de salud de atención primaria.

3.2.9. Refutar mitos e ideas equivocadas.

Decíamos antes que las conductas individuales y colectivas están siempre basadas en algún tipo de idea o concepción, que puede estar en línea con el conocimiento científico y epidemiológico existente o estar sustentadas en mitos o prejuicios infundados transmitidos socialmente.

Es el caso de las ideas asociadas con la actividad física: durante mucho tiempo cada vez que se nos habló de actividad física hemos pensado casi instintivamente en deporte, que aunque ciertamente es una de las expresiones más claras y más atractivas del ejercicio físico no lo es todo. El crecimiento sin freno de la prevalencia de enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes y la obesidad, relacionadas directamente con dietas inadecuadas y estilos de vida sedentarios, nos han llevado a poner los esfuerzos en romper con ese prejuicio tan arraigado de que la actividad física es igual a deporte y sólo a deporte. Paulatinamente se va abriendo camino en la sociedad la idea de que la actividad física está relacionada sobre todo con el moverse, hacer ejercicio, gastar energía, y que en principio no importa si esa actividad física la realizamos como parte de nuestro trabajo, en nuestras labores del hogar, en los ratos de ocio y esparcimiento o dentro de la tradicional práctica deportiva (<http://www.rafapana.org>).

3.3. Limitaciones. Lo que no puede hacer la Comunicación para la Salud.

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 es de resaltar precisamente que no puede con todo ni siempre. La comunicación no resuelve todos los problemas ni modifica la realidad mágicamente, como veremos con algunos ejemplos.

3.3.1. 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.

¿Cuántas campañas de prevención del tabaquismo se llevan realizadas, y aún así casi un tercio de la población aún fuma? ¿Cuántas campañas de prevención de enfermedades de transmisión sexual se llevan realizadas, y aún hoy sigue siendo una problemática sin resolución? ¿Cuánta información tenemos sobre las causas de la obesidad, y sin embargo esta no deja de crecer? Asumiendo que muchas de esas campañas puedan haber tenido un efecto limitado por estar mal planteadas, no conectar con el mensaje adecuado a la población destinataria o haberse concretado por vías y medios inadecuados, lo cierto es que las razones que llevan a las personas y los grupos a actuar de determinada manera son muy complejas de abordar.

También hay que tener en cuenta que en la sociedad hay otras fuerzas que, por sus propios intereses, pueden facilitar u obstaculizar nuestras acciones en materia de Promoción de la Salud; por ejemplo, las acciones de prevención del tabaquismo se enfrentan a las múltiples, atractivas y muy efectivas campañas publicitarias de la industria tabacalera, que pelea a brazo partido por mantener su clientela; en el sentido contrario, las campañas por el uso del preservativo y de métodos anticonceptivos tienen como aliados a las empresas que comercializar esos productos.

3.3.2. Puede aportarnos herramientas para informar a los usuarios del sistema sanitario sobre cuándo demandar atención y cómo hacer un uso adecuado de los recursos, pero no puede cubrir la carencia de esos recursos.

Por ejemplo, desde una actitud preventiva insistimos en la necesidad de que todas las personas, independientemente de su edad, se realicen una revisión médica antes de comenzar un programa de actividad física o una actividad deportiva. Pero eso muchas veces choca con obstáculos en los mismos centros de salud públicos, donde se indica que los pediatras y médicos de cabecera no extienden certificados de aptitud física para la práctica deportiva. En este ejemplo, la comunicación para la salud nos ayuda a generar esa conciencia preventiva y genera una demanda de servicio sanitario, pero el sistema no es capaz de satisfacer esa demanda; a ese problema de no responder adecuadamente a la demanda se agregará que ahora la persona afectada deberá convivir con la incertidumbre sobre si está apto o no para la práctica de actividad física.

3.3.3. Puede facilitar y dinamizar cambios de conductas de salud pero difícilmente podrá hacer que sean sostenibles en el tiempo si no van acompañados por otras acciones que apoyen ese cambio.

Como hemos mostrado en los alcances de la Comunicación para la Salud, esta es una potente herramienta para aportar información, cambiar percepciones, desarrollar habilidades de salud, motivar para la acción y fortalecer las redes comunitarias, entre otras cosas. Pero, si se aplica de forma aislada y como única estrategia de intervención social, podrá tener un impacto inmediato (siempre limitado) pero será un fracaso seguro en el medio y largo plazo.

Ejemplos de ese tipo de campañas aisladas los tenemos todos los días, en materias tan diversas como las drogas, la educación sexual o la alimentación, donde se gastan ingentes recursos sin resultados a la vista. En cambio si tenemos un ejemplo reciente de estrategia integral y sostenida que ha dado excelentes resultados: las campañas de seguridad vial desarrolladas en España por la Dirección General de Tráfico, que han permitido reducir prácticamente a la mitad las víctimas por accidentes de tráfico. Estas campañas han abordado con acierto los diferentes aspectos que pueden condicionar las conductas de las personas al

volante y producir accidentes (cinturón de seguridad, consumo de alcohol, uso del teléfono móvil, velocidad de desplazamiento, etc.), pero no habrían conseguido esos resultados si no hubieran estado acompañados por cambios legislativos y normativos (carné por puntos, penas de cárcel para infractores); la mejora en las carreteras con eliminación de puntos negros y una señalización más adecuada; y el aumento de los controles en las vías públicas (radares, controles de alcoholemia, etc.).

De la misma forma, si nuestro objetivo es conseguir que la población adulta de nuestra ciudad practique más actividad física no basta con lanzar una campaña en los medios que lo promueva, sino que deberá ir acompañado de la construcción de entornos urbanos amigables en los que se pueda caminar o montar en bicicleta; habrá que articular iniciativas para que las empresas y organizaciones promuevan la actividad física en el lugar de trabajo e incluso deberán ponerse en marcha iniciativas motivadoras, como eventos masivos o competiciones que incentiven a la participación de ese grupo poblacional.

En síntesis, lo que queremos decir es que la Comunicación para la Salud puede facilitar y motorizar determinados procesos de cambio, pero ese potencial de ninguna manera es suficiente para transformar mágicamente la realidad. Más aún: la comunicación no inventa realidades, porque como veremos luego la realidad es una construcción social que los sujetos construimos en nuestro día a día, a través de la experiencia, de las percepciones, de la forma de ver e interpretar lo que nos sucede a nivel individual y colectivo.

Segunda Parte: Modelos de comunicación aplicados a la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud

1. Introducción

Aunque a lo largo de la primera parte hemos dejado algunos rastros claros de cuál es la filosofía desde la que abordamos el campo de la comunicación para la salud, no hemos respondido todavía a una de las preguntas fundamentales: ¿De qué hablamos cuando hablamos de comunicación?

En este apartado nos adentraremos en ese terreno. Inicialmente vamos a describir los principales conceptos y perspectivas asociados con los dos grandes modelos de comunicación: el modelo informacional y el modelo relacional. No se trata de dos teorías como tales, sino de dos grandes cuerpos teóricos en los que conviven un conjunto de teorías que comparten una visión general de lo que es la comunicación y por eso las hemos agrupado. De esta forma podemos comprender con mayor facilidad las diferentes perspectivas de análisis e intervención social aplicadas en el campo de la Comunicación para la Salud.

A lo largo de este apartado desarrollaremos 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 Argentina (PROPIA - Universidad Nacional de La Plata); y la Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS) del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Expondremos aquí la perspectiva teórica elaborada en el año 2000, con motivo de la puesta en marcha del Proyecto de Demostración Nacional Balcarce (DEMOBAL). Esta perspectiva de trabajo quedó plasmada en la tesina de investigación *Procesos de comunicación para la salud: criterios y acciones para la prevención del infarto en un proyecto de cambio comunitario en Argentina* (Magíster en Técnicas de Comunicación en Servicios Sociales. Facultad de Ciencias de la Información, Universidad Complutense de Madrid. 2000), y posteriormente fue ampliada y precisada gracias a las experiencias acumuladas a lo largo de la última década en los diferentes programas y acciones de Promoción de la Salud y Educación para la Salud desarrollados como parte de los equipos de intervención social de PROPIA y de FUNDADEPS.

Paralelamente, al analizar los distintos modelos de comunicación, expondré un conjunto de ejemplos y experiencias que nos permitirán visualizar las diferencias prácticas de ambos planteamientos. Hacia el final analizaremos la aplicación práctica del modelo relacional en la gestión de diversos proyectos de Educación para la Salud promovidos por la FUNDADEPS, de los cuales se pueden obtener mayores referencias en su Portal de EpS: www.fundadeps.org.

2. Algunas preguntas sobre las prácticas de comunicación para la salud

Antes de entrar en el desarrollo de los modelos teóricos queremos plantear algunas preguntas que nos ayudarán a reflexionar sobre las prácticas de comunicación para la salud. Estamos convencidos de que la teoría surge de la reflexión y el debate sobre las prácticas sociales, y no al revés. No queremos formular un modelo conceptual para después intentar cuadrar la realidad dentro suyo; al contrario, queremos que de la reflexión sobre los desafíos que nos pone la realidad y la forma en que los vamos sorteando podamos construir un modelo efectivo y complejo de intervención social.

Creemos que la mejor manera de iniciar la reflexión es preguntarnos sobre la realidad. Y para ello lo haremos planteando algunas inquietudes e interrogantes sobre los tres elementos constitutivos de toda situación de comunicación:

- Los actores sociales (individuos, grupos sociales, colectivos);
- Los discursos (mensajes o contenidos);
- Los medios o mediaciones (canales, ámbitos, soportes).

Empezamos por las preguntas sobre los *actores sociales* intervinientes en los procesos de comunicación para la salud:

¿Cómo se han configurado en cada momento histórico los procesos de comunicación para la salud?

¿Quiénes han tenido y tienen la palabra y la posibilidad de participar en esos procesos?

¿Qué grado de participación han tenido los diferentes actores en las distintas prácticas de comunicación para la salud?

¿Quiénes han actuado como emisores, mediadores y receptores en esos procesos?

¿Quiénes han sido los actores privilegiados?

¿Qué relación se ha establecido entre los diversos actores?

¿Qué actitudes y valores se han generado con las diferentes prácticas?

Los *discursos* sobre salud también van acompañados de unos cuantos interrogantes:

¿Qué tipo de discursos han formado parte de las prácticas de comunicación para la salud?

¿Qué discursos han estado más legitimados a lo largo de la historia?

¿Cómo se producen esos discursos?

¿Qué relaciones de poder y saber se plasman en los discursos?

Los especialistas en salud: ¿Comunican para sus pares o para sus beneficiarios?

Los medios de comunicación: ¿Hacen divulgación científica o mediación pedagógica de los temas relacionados con la salud?

¿Qué representaciones sociales emergen en los discursos?

¿Qué relación tienen esos discursos con las prácticas y procesos políticos, económicos, psicológicos, sociales y culturales, a partir de los cuales los diferentes actores perciben la realidad?

En cuanto a los *medios y mediaciones* en los cuales se han desarrollado los procesos de comunicación para la salud:

¿Cuáles han sido los ámbitos, institucionalizados o no, privilegiados a lo largo de historia?

¿Cuáles son esos espacios sociales?

¿Qué canales o mediaciones se han utilizado en la comunicación para la salud?

¿Qué trascendencia se atribuye a las mediaciones tecnológicas y sociales?

¿Qué transformaciones se han producido en las últimas décadas en las estrategias y prácticas de comunicación para la salud?

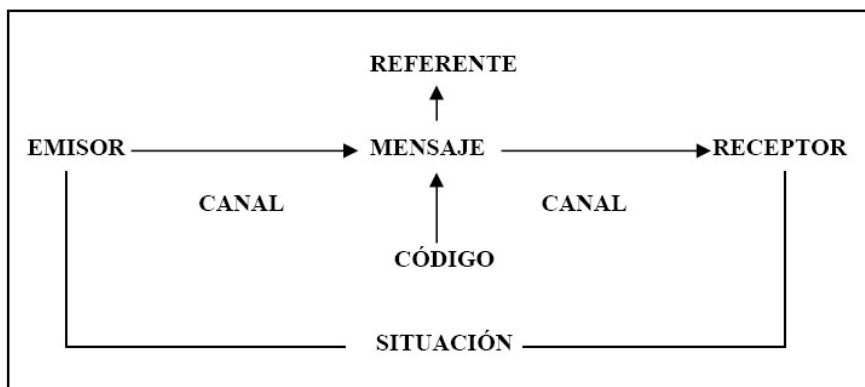
¿Qué transformaciones están generando en estas prácticas fenómenos nuevos de la comunicación como las redes sociales del tipo Facebook, Twitter y similares?

Hechas las preguntas, una aclaración. En estos interrogantes aparecen mezclados conceptos pertenecientes a los dos grandes modelos de comunicación: el informacional y el relacional. Hemos considerado pertinente incluir las preguntas como punto de partida, para comenzar ahora la descripción detallada de ambos planteamientos conceptuales y de las prácticas que traen aparejadas.

3. El modelo informacional

Este modelo tiene su sustento teórico en las *teorías de la información*, surgidas en las primeras décadas del siglo XX a partir de teorías de las telecomunicaciones y de perspectivas funcionalistas de análisis social. Harold Lasswell, uno de los teóricos fundamentales de este modelo, lo resumía en una pregunta: ¿Quién dijo qué, a través de qué canal, a quién y con qué efectos o resultados?

En el planteamiento de Lasswell aparecían ya los elementos principales del modelo: emisor (quién), mensaje (qué), canal, receptor (a quién) y respuesta (efectos). Ese modelo se fue enriqueciendo a partir de planteamientos posteriores, en los que se agregaron nuevos elementos como el código (que se asume que es común a emisor y receptor) y un contexto o situación en la que se produce la comunicación.



Como puede apreciarse, este modelo se sustenta en un esquema lineal muy simple de emisor-estímulo-respuesta. La comunicación es concebida como un proceso de transmisión de información (mensaje), desde un *emisor* a un *receptor* (audiencia) por un determinado *canal* y con un *código* común a ambos interlocutores. 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 el canal 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.



Este modelo de comunicación tiene un marcado carácter instrumental y conductista. Debe tenerse en cuenta que el desarrollo de esta teoría estuvo alimentado por el desarrollo de los medios masivos de comunicación, especialmente la televisión, un marco en el que la gran pregunta era cómo utilizar esos medios para controlar o dirigir las conductas individuales y colectivas. De allí que muchos asocien a los medios de comunicación como instrumentos de agitación y propaganda.

En la práctica, los defensores de este modelo están convencidos de que cuando intervenimos como emisores podemos torcer la realidad y controlar las conductas de determinado grupo social en el sentido que nos propongamos, prácticamente con el solo recurso de poner en circulación de forma reiterada una serie de mensajes a través de distintos soportes tecnológicos (prensa, radio, televisión, Internet).

Pongamos un ejemplo. Desde esta perspectiva, si ponemos en marcha una campaña en los medios masivos para que la gente deje de fumar y la repetimos adecuadamente durante un tiempo, tarde o temprano tendremos una legión de ex fumadores persuadidos por los discursos saludables. La historia prueba que esto no es tan sencillo: de hecho, los fumadores suelen ser las personas que posiblemente tengan más claro lo perjudicial que resulta el hábito de fumar, y sin embargo... allí siguen, vivitos y fumando. Los devotos del modelo informacional dirán como coartada que la dificultad para conseguir cambios de conducta en las personas fumadoras no se debe a que esta teoría de la comunicación es demasiado optimista sobre los efectos, por no decir directamente que es errónea; por el contrario, muchos de ellos se refuerzan en sus convicciones y justifican esa dificultad para el cambio en la eficacia de las campañas publicitarias de la industria tabacalera a las que se enfrentan los mensajes que promocionan la cesación del tabaquismo. Ciertamente es un elemento a tener en cuenta, pero hay muchos más, como los relacionados con la historia personal de la persona fumadora; el contexto en el que habitualmente practica ese hábito; la existencia de un entorno de apoyo a la dejación del hábito, o por el contrario un entorno familiar y social de fumadores; la posibilidad de solicitar apoyo terapéutico de programas de cesación del tabaquismo; etc.

Visto desde la mirada comunicacional, se puede decir que cualquier proceso de cambio atraviesa al menos tres grandes etapas:

- La 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 posibilidad de que surja la voluntad de adoptar una nueva conducta;
- Y, tercero, la **acción** hacia el cambio, que además requiere de apoyo social para ser sostenible en el tiempo.

Al centrarse exclusivamente en el primer elemento, el modelo informacional niega la complejidad inherente a los procesos de cambio comunitario. Como veremos con mayor detalle en el modelo relacional, modificar conductas individuales y colectivas es realmente complicado porque hay que tener en cuenta una multitud de factores socioculturales. Además, 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.

3.1. Las prácticas de comunicación para la salud desde el modelo informacional

Aunque un modelo de carácter instrumental y conductista como el informacional puede ser calificado de anticuado y obsoleto, lo cierto es que todavía hoy se aplica con mucha frecuencia al análisis de nuestra realidad y, más preocupante aún, en intervenciones que tienen por objeto el cambio de conductas. Por ejemplo, es bastante común atribuir de forma simplista la culpa de determinada conducta de los jóvenes a que ven determinado programa de televisión, aislándolo de su contexto social, sus relaciones personales familiares y sociales, sus formas de ver e interpretar la vida, sus expectativas, sus modelos y referentes...

En el terreno de la comunicación para la salud, hay tres prácticas en las que históricamente el modelo informacional ha tenido mucha influencia:

- La relación médico-paciente;
- Las campañas de educación para la salud;
- El periodismo científico.

Es cierto que, afortunadamente, en los últimos años se han producido evoluciones teóricas y prácticas que permiten matizar algunas de las críticas que desarrollaremos a continuación. Pero todavía estas prácticas conservan una matriz de actuación que no pocas veces les han llevado al fracaso en su objetivo de transformación social.

3.1.1. La relación médico-paciente

La institucionalización de los sistemas de salud amplió progresivamente el espectro de atención sanitaria a buena parte de la ciudadanía en las sociedades modernas. En ese proceso, los centros de salud y los hospitales se convirtieron en los ámbitos fundamentales de provisión de salud, enfocados inicialmente a la cura y recuperación de enfermos. Los profesionales sanitarios asumieron el rol central del proceso, como portadores de los saberes científicos, unos conocimientos específicos muy valorados socialmente por su capacidad para salvar vidas. Precisamente la posesión de ese saber específico, el de las técnicas y procedimientos adecuados para curar las enfermedades y evitar la muerte, magnificó la posición de los profesionales de la salud en relación con sus pacientes. Puede que allí encontremos el origen de la denominación de los médicos como *Dioses de bata blanca*.



Como consecuencia, la relación entre médicos y pacientes se constituyó en el marco de una profunda asimetría en la comunicación. Esta asimetría se manifestó de muy diversas formas:

- **La terminología utilizada por los médicos en las interlocuciones con sus pacientes.** Históricamente, los profesionales de la Medicina utilizan en su relación con los pacientes términos que forman parte de su jerga profesional. Esto ha sido visto por los analistas como un elemento diferenciados, que establecía una desigualdad entre médico y paciente, y que en la práctica no sólo provocaba dificultades de comprensión del problema sino que muchas veces resultaba un elemento distorsionador que impedía que esos pacientes realizaran el tratamiento de forma adecuada. Exceptuando alguna especialidad médica que por propia definición busca una comunicación directa y llana con los pacientes, como los médicos de familia, todavía esta situación sigue siendo relativamente frecuente.
- **La receta como instrumento de comunicación entre profesionales sanitarios, que excluye a los pacientes.** Hasta la llegada de los ordenadores, los médicos escribían la receta de puño y letra y resultaba prácticamente imposible para cualquier paciente comprender lo que

allí se decía. Esto no parecía ser demasiado importante para los profesionales de la salud, porque sus interlocutores no eran los afectados, sus pacientes, sino los farmacéuticos que proveen el remedio prescripto. Este argumento puede ser válido, pero lo preocupante es que las indicaciones que se le daban a los pacientes sobre el tratamiento a seguir también tenía esas dificultades de comprensión.

- La incapacidad para transmitir mala noticias contemplando los aspectos emocionales.

Por características propias de la labor que desarrolla, el profesional médico tiene que transmitir frecuentemente malas noticias, como la detección de una enfermedad de muy difícil curación o el empeoramiento de la salud de una persona. Sin embargo, los profesionales sanitarios no han tenido las habilidades de comunicación necesarias para transmitir esa información.

Hay quienes señalan que esta situación de desigualdad en la relación entre médicos y pacientes se explica antropológicamente: el origen de los médicos debería rastrearse en la casta de los yamanes, dueños de la vida y de la muerte. Puede que sea así, pero la historia posterior se ha encargado de reforzar esta situación. Por un lado está la formación académica que reciben los médicos, en la todavía hoy es prácticamente inexistente la formación en materia de comunicación interpersonal, lo que obliga a quienes realmente están interesados en entablar otro tipo de relación con sus pacientes a aprender en la práctica por ensayo y error o a buscar formación específica por fuera de la universidad. Por otro lado, es evidente que esta desigualdad se ha visto reforzada por siglos de prácticas sociales en las que los médicos se constituyeron en fuentes exclusivas de saber, en el marco de estrategias de producción de salud limitadas a la recuperación del enfermo.

3.1.2. Campañas de Educación para la Salud

Las campañas de Educación para la Salud surgieron como estrategia complementaria a los servicios de salud institucionalizados. En su origen, estas campañas se plantearon con un objetivo pedagógico de transmisión de hábitos preventivos a la población en general, y a determinados grupos prioritarios en particular, bajo el paraguas de lo que entonces se conocía como Educación Sanitaria. El objetivo era complementar el accionar del sistema sanitario a través de prácticas preventivas, que tenían como meta *informar* a la población y *persuadirla* de adoptar determinadas conductas saludables.

La puesta en marcha de estas campañas implicó una serie de transformaciones importantes en el abordaje de la salud. En primer lugar, la irrupción del concepto de prevención, con una fuerte vocación educativa, de transmisión de valores y comportamientos saludables. Al mismo tiempo, los centros de salud dejaron de ser los ámbitos únicos de producción de salud: los espacios predilectos de estas campañas fueron los *medios masivos de comunicación*, con un predominio de la *perspectiva publicitaria* sobre la variante informativa.

Aunque puede decirse que estas acciones tienen en su génesis buena parte de los ideales que luego se integrarían en las políticas de Promoción de la Salud, en materia de comunicación no distaban mucho de las características de la relación médico-paciente. Por un lado, porque se siguió concibiendo como una transmisión de saberes desde unos emisores cualificados (el médico y los organismos oficiales de salud) a un destinatario considerado ignorante, sin posibilidad de opinar, sólo llamado a asimilar la información sin tener en cuenta su contexto socio-cultural. Además, muchas de las campañas tuvieron una ambición de universalidad, de llegar a toda la población, sin tener en cuenta las características de los diferentes grupos que forman una sociedad a través de sus diferentes variables (edad, sexo, nivel socioeconómico).

Otra dificultad fue que en muchos casos se primaron los aspectos técnicos y los mensajes fueron producidos en clave científica, alejados del lenguaje e incluso con contenidos confusos para los destinatarios. Lo único que parecía importar a los productores de esos materiales era generar una serie de mensajes persuasivos con contenidos que supuestamente eran de *calidad científica*, convencidos de que eso aseguraría que los destinatarios reaccionarían al *estímulo* adoptando el *comportamiento deseado*.

Son muchos los ejemplos que se tienen de la aplicación de este modelo. Uno paradigmático se evidenció ante la epidemia del cólera que afectó a la Argentina, a principios de la década de 1990. Los organismos oficiales de salud difundieron rápidamente un *spot* publicitario en los canales de televisión abierta, en el que después de explicar las formas en que se propaga la enfermedad se culminaba con un consejo preventivo: "Si usted bebe agua de la canilla (grifo), póngale lavandina (lejía)". ¿Se imaginan cuál fue el resultado de esa campaña? Básicamente, que en las semanas siguientes comenzó a aparecer una importante cantidad de casos de

intoxicación con lavandina; al no señalarse la cantidad en que debía mezclarse con el agua, algunas personas utilizaban esa sustancia en proporciones desmedidas bajo el supuesto de que eso disminuiría aún más la posibilidad de contagio. Era más que evidente que no sólo se había difundido un mensaje ambiguo, sino que además no se había tenido en cuenta a los receptores: el cólera se propaga en ambientes donde las condiciones sanitarias no son las adecuadas, básicamente en poblaciones de bajos recursos, que además suelen ser los sectores que no tienen posibilidades de completar su paso por el sistema educativo. Un mensaje mal elaborado y la transmisión de una idea errónea de unas personas a otras hicieron lo demás. Reconocido el error, el segundo *spot* difundido dio una indicación mucho más precisa: “Eche dos gotas de lavandina, y sólo dos gotas, por cada litro de agua”.

3.1.3. Periodismo Sanitario

Los medios de comunicación fueron adquiriendo a lo largo del siglo XX un lugar cada vez más trascendente en la estructura social. En ese marco, pronto se buscó aprovechar la legitimidad creciente de los medios masivos (sobre todo, de la radio y la televisión) para convertirlos en canales para la difusión de información sobre temas vinculados a la salud, con un papel formativo complementario al de las campañas de educación.

Mientras en esas campañas los medios masivos asumieron un rol más bien publicitario, en su variante periodística los medios adoptaron un papel informativo, en particular de divulgación de los desarrollos científicos del campo de la medicina. Más allá de los roles diferentes, persistió una concepción de la comunicación basada en un esquema lineal de transmisión vertical de conocimientos, bajo la convicción de que la clave de todo el proceso estaba en la instancia de emisión. En lugar de pensar en cómo conseguir la comprensión y reflexión de los destinatarios para convertirlos en agentes activos en los procesos de producción de salud, se actuaba bajo el supuesto de que un mensaje de calidad científica hablaría por sí solo y generaría conductas correctas en los receptores, al dejar de ignorar los avances de la ciencia.

Los discursos sobre temas de la salud han sido analizados en numerosas oportunidades en el marco del periodismo científico (CALVO HERNANDO, 1997). En esos análisis se indicaron una serie de características que han dificultado la comprensión de esos discursos por parte de la comunidad:

- Utilización de terminología científica, que tiñe los mensajes de cierto oscurantismo;
- Divulgación de información descontextualizada, focalizada en resultados de investigaciones pero sin referirse a su anclaje y trascendencia en la vida cotidiana;
- Privilegio de los contenidos de los mensajes sobre las formas de comunicarlos, descuidando su comunicabilidad y la necesaria mediación para que el aprendizaje deseado de los destinatarios fuera posible.

En lo que se refiere a los actores fundamentales del proceso, las prácticas del periodismo sanitario dieron muestras de la continuidad del modelo conductista presente en las campañas de educación para la salud. La responsabilidad de informar recayó en *doctores mediáticos* más que en comunicadores especializados en temas de salud, con algunas excepciones destacables como fue el caso en España del periodista Ramón Sánchez-Ocaña y su reconocido “Más vale prevenir”. Esta preeminencia de los profesionales sanitarios como locutores legítimos también en los medios de comunicación es perfectamente comprensible: en procesos en los que a la fuente de saber se le atribuye una alta cuota de poder, es evidente que la condición para emitir un mensaje creíble es que su transmisor sea un locutor legítimo. Y ya hemos visto que en la perspectiva de la salud centrada en la enfermedad y no en la calidad de vida el único que tiene algo que decir es el médico.

Afortunadamente, en los últimos años se ha evidenciado una tendencia a la especialización periodística en el terreno de la salud, tanto en la propia práctica de las empresas como en la formación académica. Ejemplos de esto es el surgimiento en los últimos dentro de la universidad española de cursos de postgrado que abordan esta temática, como el Máster en Periodismo Sanitario, título propio de la Universidad Complutense gestionado por FUNDADEPS; el curso de Experto en Información Sanitaria de la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS) o el Experto en Comunicación Social y Salud que organizan conjuntamente la UCM, el organismo público Madrid Salud y FUNDADEPS con el apoyo de Fundación Abbott.

3.1.4. Características de la comunicación para la salud desde el modelo informacional

En síntesis, podemos decir que 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. Las prácticas de comunicación se desarrollaron bajo la creencia en la omnipotencia de la instancia de producción (en su concepción, emisores), con los argumentos dados por las teorías conductistas con su esquema *emisor* (especialista en salud) - *estímulo* (mensaje científico) - *respuesta* (asimilación del comportamiento correcto). Esta característica hizo que esta teoría fuera conocida con un término propio de la Medicina: la “aguja hipodérmica”.

- **El saber como fuente de poder ilimitado.** 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. Se desconocía la capacidad productora de sentido de los interlocutores y destinatarios, a quienes se les atribuyó un rol de recepción pasiva de los significados emanados por las fuentes de saber-poder. Si las estrategias de salud dominantes se focalizaban en la enfermedad, era evidente que de esa manera se limitaba profundamente la capacidad de acción de la comunidad, condenando a los individuos a convertirse en pacientes de los que no se espera más que la adopción de comportamientos sugeridos por la fuente de saber, los especialistas. Los saberes de los pacientes del sistema de salud y de los destinatarios de las campañas de educación para la salud y de la divulgación científica se presentaron como *saberes sometidos*; esto es, *saberes descalificados como no competentes o insuficientemente elaborados; saberes ingenuos, jerárquicamente inferiores, por debajo del nivel de conocimiento o científicidad requerido* (Foucault, 1992: 21). Procesos como estos, en los que se magnifica la importancia de la instancia de producción, se construyen no sobre el reconocimiento de los interlocutores sino sobre su des-conocimiento.

- **Los medios masivos como actores primordiales.** Junto con los médicos, se considera que los medios masivos de comunicación (especialmente la televisión) son las grandes fuentes de poder con capacidad para influir en la sociedad para provocar cambios de conductas. El desarrollo de los *mass media* ha hecho perder la noción de la trascendencia que tienen las relaciones de comunicación interpersonal y comunitaria. En las situaciones analizadas, pasamos por casos en los que la voluntad de interacción comunicativa es escasa o nula (relación médico-paciente) y por otros en que lo fundamental es la transmisión de información, sin importar quienes son los actores que participan en el proceso como mediadores y destinatarios ni su contexto socio-cultural (campañas educativas y divulgación científica). Este tipo de prácticas, en las cuales lo comunicacional se asocia exclusivamente a las mediaciones tecnológicas, se asienta en el supuesto de su poder para producir determinados efectos de sentido por el sólo hecho de comunicar, de poner mensajes en circulación. Como si un comunicador pudiera cambiar la realidad de un día para otro y en el sentido que desee por el solo hecho de proponérselo.

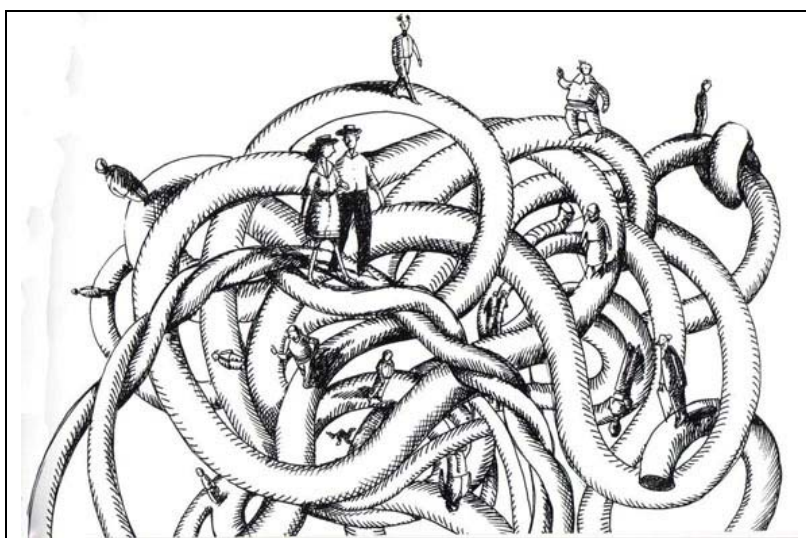
- **Un imaginario en el que la salud se asocia a la enfermedad (resultado de un proceso) y no a las prácticas sociales (el proceso mismo) que la generan o la previenen.** Tanto las estrategias de salud basadas en el modelo biomédico de recuperación del enfermo como las posteriores fundamentadas en la prevención, se constituyeron sobre un cuerpo de discursos que se sustentaron en los valores negativos del proceso (la enfermedad) y no en los positivos (la calidad de vida). Esto dificultó sobremanera el desarrollo de procesos comunitarios de salud, porque si de lo que se trata es de evitar las enfermedades y su consecuencia más temida, la muerte, los únicos que tienen algo que decir y hacer son las fuentes de saber asociadas a las ciencias médicas. Como ya se señaló, el diagnóstico sobre esa realidad generó un cambio conceptual que se plasmó en las políticas de Promoción de la Salud, en las que tienen un papel central los enfoques dirigidos a la adopción de hábitos saludables, destacando los beneficios de los cambios de conductas; el acceso a información fácil de comprender, que además aporte consejos prácticos que puedan trasladarse a las prácticas cotidianas; y el desarrollo de habilidades de salud, en el marco de entornos motivadores y con apoyo social.

4. El modelo relacional de la comunicación

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 los múltiples factores que intervienen en un proceso de cambio de conductas. En las últimas décadas del siglo XX se empezó a desarrollar el modelo relacional, un pensamiento más complejo para el abordaje de la realidad social desde la comunicación, que tomó sus bases teóricas de los estudios culturales, las teorías del discurso y las teorías de la recepción y puso el foco en las relaciones a través de las cuales se produce el sentido en una sociedad.

Si el modelo informacional podía ilustrarse con un esquema lineal, que mostraba el tránsito de un paquete de información desde un punto A (emisor) a un punto B (receptor), en el modelo relacional la imagen distintiva es la de una red o trama social. Una red en la que cada nudo está representado por actores sociales o mediaciones, que tienen un componente único pero que en esas conexiones y relaciones con otros actores adquieren rasgos, ideales y características sociales y culturales compartidas por la colectividad. Por ejemplo, una persona tiene una serie de características propias de su historia y sus circunstancias (su familia, su historia de vida), pero al mismo tiempo esa individualidad está marcada por condiciones sociales y culturales (el tiempo y espacio en el que vive, el sistema escolar en el que se forma, los rasgos culturales de su barrio y su comunidad, etcétera).



Fuente: Noche de tormenta (Michèle Lemieux)

4. 1. La producción social 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. 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).

¿Lo anterior quiere decir 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. Por ejemplo, es habitual que muchas iniciativas de cambio social que busquen un impacto masivo utilicen como promotor a un personaje público reconocido o prestigioso, como deportistas de élite, actores o músicos, precisamente porque se considera que esos actores tienen mayor capacidad de influir en la sociedad, que serán más escuchados y seguidos.

En el modelo relacional, la comunicación es concebida como un circuito constituido por tres instancias:

- Producción;
- Circulación;
- Reconocimiento

Estas instancias son dinámicas y cambiantes, por lo que un actor social no se limita a ser exclusivamente receptor de mensajes producidos por otros actores. Al contrario, por el mismo hecho de ser receptor se convierte en productor de sentido, le da significado a las cosas y, lo que es más importante, puede incidir y actuar para que unos significados, ideas o representaciones sean aceptados por las personas y grupos con los que se relaciona.

Pongamos un ejemplo. El Ministerio de Medio Ambiente lanza una campaña para promover el uso de la bicicleta en los desplazamientos desde el hogar al trabajo en lugar de hacerlo en el coche particular. Una persona que cree que el desarrollo tecnológico es la seña de la identidad de las sociedades modernas interpretará que esta propuesta es un paso atrás; en cambio, otra persona que simpatiza con los ideales de desarrollo sostenible pensará que es una buena medida para aportar un granito de arena en pos de ese propósito. Ante una misma campaña, un mismo mensaje, una misma propuesta, tenemos dos interpretaciones opuestas. Pero, al mismo tiempo, en tanto receptores de ese discurso, se pueden convertir en productores de nuevos sentidos (sus percepciones e interpretaciones de la propuesta) y trasladarlos a las personas y grupos con los que se relacionan cotidianamente en el hogar, en el trabajo o en los ratos de ocio y esparcimiento. Si el modelo informacional todo lo importante sucedía en la emisión de los mensajes, la propuesta relacional invierte esta visión y sostiene que es la recepción la instancia fundamental del proceso, por su capacidad de atribuir nuevos significados y de multiplicarlos en la red comunitaria.

3.2. Representaciones y percepciones en el marco de la cultura

La cultura, entendida como “el principio organizador de la experiencia, nuestro sentido práctico de la vida” (González, 1994: 57), es un condicionante de nuestra forma de entender y percibir la realidad. Como bien lo definieron Berger y Luckman, no existe “la realidad” como tal sino que hay “una construcción social de la realidad” (Berger y Luckman, 1973). 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.

Así, por ejemplo, si se levantarán de la tumba nuestros antepasados que vivieron en sociedades nómades no podrían comprender de ninguna manera nuestro estilo de vida sedentario, no porque ya no andemos por la naturaleza a la búsqueda de una presa para alimentarnos sino porque somos capaces de permanecer sentados durante horas frente al ordenador y a la hora de comer llamar por teléfono para pedir una pizza a domicilio para no tener que levantarnos a preparar la comida. En la cultura de esas civilizaciones, nuestro estilo de vida resulta incomprensible, tanto o más que aquellas culturas para nosotros.

Pero esas brechas interculturales o, si se prefiere, esa forma de percibir y representarse de diferentes maneras una realidad, no es una cosa que se produzca solo en esos casos extremos. En nuestro día a día estamos ante miles de situaciones que son percibidas de forma diferente por diferentes personas: la valoración sobre la realidad económica del país pasa de un extremo al otro según la interprete un miembro del gobierno o un portavoz de la oposición; en la familia, determinadas normas de convivencia que para los padres son básicas para la armonía familiar pueden ser vistas como propias de una disciplina militar para sus hijos; lo que para un profesional sanitario puede ser un síntoma evidente de una enfermedad, para una persona sin esa formación académica puede no significar nada relevante.

Mientras que en el modelo informacional el concepto clave era la información, que en cierto modo remite a una idea de realidad única que niega las diferentes interpretaciones de una misma cosa o suceso, en el modelo relacional el concepto clave es el de representaciones, que justamente abre la puerta a las múltiples interpretaciones de una realidad o, lo que es lo mismo, a la construcción de diferentes realidades.

Las representaciones están constituidas por dos elementos:

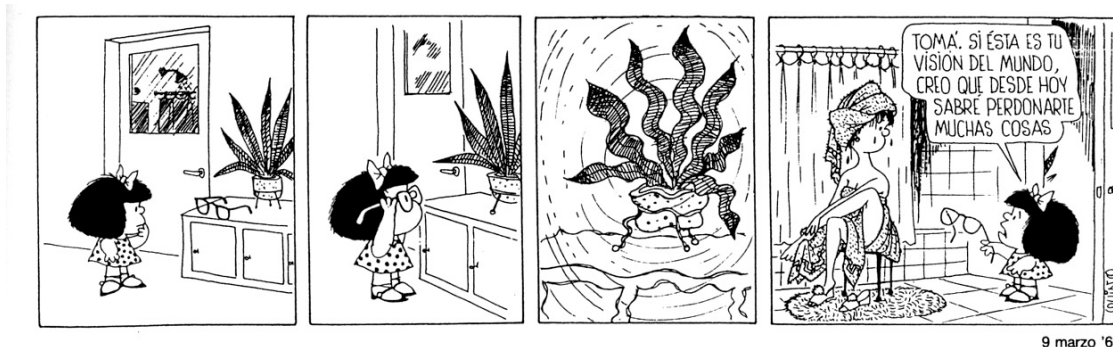
- Las concepciones, que son “la manera de entender algo, de juzgarlo”. Están constituidas por los juicios, que son una mezcla de conocimientos más o menos objetivos validados por la realidad, y por los prejuicios y estereotipos, que son creencias de tipo subjetivo, en general más emotivas (Prieto Castillo, 1990: 312);

- Las evaluaciones, que son “los atributos que se le dan a algún objeto, ser o situación”. Las evaluaciones están en la base de la aceptación y el rechazo, de las valoraciones positivas o negativas de sujetos y prácticas (Prieto Castillo, 1990: 314).

Por ejemplo, las razones que llevan a una pareja de jóvenes a no usar preservativo en sus relaciones sexuales pueden ser de lo más diversas: por falta de información, ya que no han conversado nunca con sus padres del tema y cuando tuvieron una charla en el colegio les dio vergüenza y no se animaron a preguntar; por miedo de uno de los dos al rechazo del otro si le pide que lo use; porque ya lo han usado previamente y no disfrutaron de la relación, sintieron que el preservativo era una barrera entre ellos; porque su fe les indica que solo se mantienen relaciones sexuales con fines de procreación; porque creen que ellos no tienen peligro de contraer una infección de transmisión sexual o de un embarazo no deseado... Como puede apreciarse, una misma conducta puede estar condicionada por muy diferentes razones, que tienen una relación directa con las percepciones y el contexto socio-cultural de los sujetos en cuestión. Esto es importante porque si nos planteamos poner en marcha un programa de promoción del uso del preservativo deberíamos contemplar estas razones y motivaciones, para establecer diferentes estrategias para atacar las distintas motivaciones o, cuanto menos, para identificar las que consideramos prioritario modificar.

En esta materia existen algunas teorías que realizan aportes interesantes para la comprensión de los fenómenos comunicativos. La teoría del Aprendizaje Social desarrollada por Bandura explica que hay una dinámica de continua interacción entre la persona y su entorno, y que la adopción de hábitos y los cambios de comportamiento son resultado precisamente de esa interacción con el entorno. Esta teoría señala también que la disposición a adoptar una nueva conducta tiene que ver con las percepciones que tenga una persona sobre su capacidad para llevar adelante el cambio (auto-eficacia) y con las expectativas sobre los beneficios que le puede traer el cambio de conducta (OPS, 2001: 25). Lo que viene a decir es que, como seres sociales que somos, estamos cargadas con el ADN de la sociedad en la que nos formamos y crecemos.

Otro aporte conceptual interesante para abordar esta cuestión es el del modelo de Creencias de Salud, según el cual la conducta de un individuo en relación con su salud esta determinada por las percepciones sobre la susceptibilidad (el riesgo de que eso me suceda a mí); la gravedad percibida (hasta qué punto creo que eso puede ser grave); los beneficios (en qué me puedo beneficiar si cambio de conducta); las barreras (qué esfuerzo o costes me va a suponer este cambio) y la auto-eficacia (en qué medida soy capaz de adoptar ese cambio) (OPS, 2001: 23). Este modelo indica precisamente que los individuos no actuamos en función de razones o motivaciones objetivas y más o menos científicas, sino a partir de las percepciones sobre ellas.



Como nos enseña Mafalda en la viñeta que precede a esta frase, un aspecto central en la comunicación desde la perspectiva relacional es la capacidad para ponerse en el lugar del otro, para ser capaces de entender las razones y motivaciones que llevan a una persona a adoptar determinada conducta y encontrar los argumentos y las vías adecuadas para intentar persuadirle y convencerle de la necesidad de un cambio.

Otro elemento fundamental para promover cambios de conductas es tener bien claro que los cambios son muy complejos y que atraviesan diferentes etapas. El modelo de etapas del cambio (OPS, 2001: 20) indica que la disposición de los individuos a la adopción de conductas saludables atraviesa cinco fases:

- Pre-contemplación (no estoy pensando en cambiar);

- Contemplación (me lo estoy pensando);
- Decisión (quiero cambiar);
- Acción (empiezo a cambiar).
- Mantenimiento (me gusta el cambio y voy a seguir con él).

Si se presta atención, estas fases son similares a las que desde una perspectiva comunicacional señalamos anteriormente: acceder a la **información** sobre un tema; cambiar las **representaciones y percepciones**; y, finalmente, la **acción** hacia el cambio.

3.3. De los medios a las mediaciones

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 delimitan 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).

El concepto de mediaciones supone tener en cuenta dos facetas de la realidad social:

- Por un lado, las *mediaciones tecnológicas* (los medios masivos de comunicación), que como es evidente en nuestra sociedad tienen un rol importante en la producción social de sentido;
- Por otro lado, las *mediaciones sociales*, que incluyen esa compleja trama de organizaciones, actores sociales y espacios de construcción comunitaria que de alguna manera intervienen en la vida cotidiana de las personas (y también en la resignificación de los productos informativos y culturales que nos ofrecen los medios masivos de comunicación). Entre ellos, 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...

Es importante tener en claro que, más allá de la distinción conceptual, las relaciones entre mediaciones tecnológicas y sociales son fundamentales para abordar un proceso de cambio de conductas. En ese sentido, la teoría de la Difusión de Innovaciones y Flujos Informativos señala que los medios de comunicación (mediaciones tecnológicas) son la vía más rápida y efectiva para difundir información nueva en una sociedad, pero son las relaciones interpersonales (mediaciones sociales) las que tienen más éxito en el momento de la adopción de nuevas conductas (OPS, 2001, 32). En este último sentido, se destaca la importancia de la actitud y el compromiso con el cambio adoptados por los líderes comunitarios y de opinión, por tratarse de actores con capacidad para llegar a la sociedad e influir en las conductas de los demás.

d.4. Dos modelos ¿enfrentados?

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

	Modelo informacional	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	El destinatario también produce 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. Es lo que en la Promoción de la Salud se entiende como dotar de capacidades a las personas para controlar los determinantes de su salud y mejorar su calidad de vida. Entendemos 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.

5. El modelo relacional en las prácticas de comunicación para la salud

Para que los conceptos anteriores adquieran sentido práctico y no parezcan literatura fantástica, a continuación vamos a señalar algunos ejemplos de aplicación de la perspectiva relacional en distintas acciones, programas y proyectos de intervención y formación desarrollados por la Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS). Todos ellos aparecen referenciados con sus enlaces al final de este apartado.

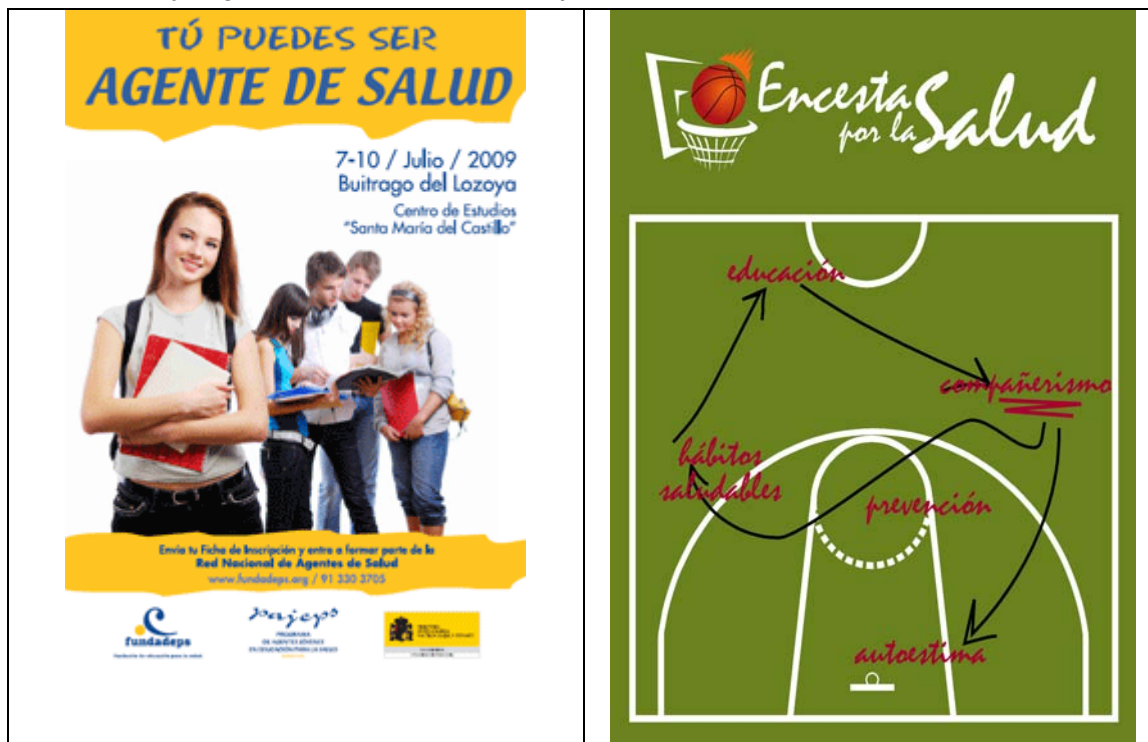
5.1. Nuevos actores productores de sentido

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 toda sociedad hay una **diversidad de actores productores de sentido**, es lógico que contemos con aquellos que tengan la mayor capacidad para influir en una población a la que nos queremos dirigir 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 con formaciones de base muy diversas (educación, enfermería, sociología, comunicación, medicina, etc.) 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*, 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;
- 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 diferentes ámbitos de actuación.

Se trata, en todo caso, de incorporar en las acciones de Promoción de la Salud a actores no convencionales. Actores que históricamente no han estado ligados con la en el imaginario y las representaciones de la población, pero que pueden incidir directamente en las conductas y ser escuchados y seguidos cuando dan un consejo saludable.



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.

5.2. 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 las percepciones y representaciones que sobre el tema a abordar tenga el grupo al que se dirige la acción; su predisposición y motivación para el cambio; 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*, desarrollado por FUNDADEPS y la Fundación MAPFRE con el objetivo de fomentar estilos de vida saludables en materia de alimentación y actividad física. En este proyecto se segmentó la población sobre la cual intervenir en diferentes grupos de edad, y en función de las características de cada uno de ellos se desarrolló un producto diferente. Por ejemplo, para llegar a los niños y niñas del último ciclo de escuela primaria se desarrolló un CD interactivo, el *Agente F*, un juego educativo en el que de forma divertida pueden conocer los diferentes nutrientes, aprender a elaborar un menú equilibrado y tener elementos para distinguir una alimentación correcta y saludable; para los adolescentes se editó un cómic, *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.



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.

5.3. 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 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* de prevención 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.

5.4. 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.

Tercera parte: Criterios y recomendaciones para incorporar la perspectiva comunicacional en programas y acciones de Promoción de la Salud.

1. Introducción

En esta tercera parte estamos terminando el recorrido que nos acerca a la Comunicación para la Salud como perspectiva de abordaje en la Promoción y la Educación para la Salud. En esta parte final intentaremos comprender cómo se concreta la propuesta teórico-práctica de Comunicación para la Salud en los programas y acciones dirigidos a los cambios de conducta a nivel individual y colectivo.

En concreto, vamos a referirnos a las múltiples decisiones que debemos ir tomando a lo largo del proceso y cómo se relacionan con la perspectiva comunicacional; qué decisiones son más convenientes desde el punto de la viabilidad y factibilidad de la acción de cambio; de qué forma la comunicación puede apuntalar y fortalecer ese proceso; y la importancia de tomar decisiones anticipadas, o lo que es lo mismo, disponer de alternativas para responder sin improvisación a los retos que nos plantea la realidad.

2. ¿Cómo integrar la comunicación en programas de Promoción de la Salud?

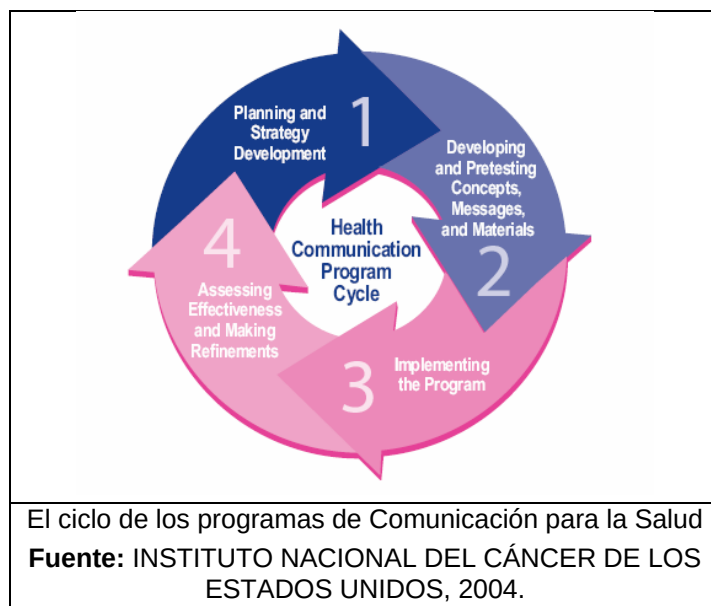
Ya puestos en contexto, la pregunta a la que intentaremos responder a lo largo de este apartado es la siguiente: ¿Cómo se incorpora la perspectiva comunicacional en los programas y acciones de Promoción de la Salud? No nos referiremos a la posibilidad de elaborar un Plan de Comunicación específico que brinde apoyo al programa de salud, cuestión que abordaremos indirectamente pero sin detenernos en cada uno de sus elementos y en la metodología. Lo que más nos interesa es poder apreciar la cantidad de decisiones que se van tomando en el devenir de un programa de Promoción de la Salud en las que hay implícita una mirada comunicacional.

Lo haremos a través de diez criterios que hemos ido construyendo en diferentes experiencias de Promoción y Educación para la Salud, tanto en el Programa de Prevención del Infarto en Argentina (PROPIA) como en la Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS). Estos diez criterios son los siguientes:

1. Incorporar a la comunicación como parte esencial del diagnóstico.
2. Definir objetivos y metas asequibles, también específicamente de comunicación.
3. Establecer etapas graduales del cambio
4. Definir las prioridades y la secuencia temporal.
5. Diseñar espacios e instancias de participación de la comunidad.
6. Integrar desde el principio a los referentes y líderes de la comunidad.
7. Segmentar las acciones en función de las características y necesidades percibidas de los destinatarios.
8. Ofrecer información rigurosa pero a la vez adaptada en su lenguaje a los públicos destinatarios.
9. Fomentar los enfoques creativos y novedosos.
10. Tener flexibilidad y capacidad de adaptación.

Antes de entrar en el análisis pormenorizado de estos criterios, queremos señalar algunas ideas fundamentales sobre cómo entendemos el proceso de comunicación, a partir de la figura

que aparece debajo (INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER DE LOS ESTADOS UNIDOS, 2004: 11).



Como puede apreciarse, la planificación de la comunicación no difiere de la planificación en términos generales. Es decir, se trata de un ciclo en el que el diagnóstico supone un punto de partida dentro de un proceso circular que acabará con una evaluación, es decir, un nuevo diagnóstico. Esto nos lleva a algunas reflexiones:

- Debemos afrontar estos procesos con voluntad de aprender. La realidad es más compleja de lo que a veces creemos y con frecuencia nos equivocamos. Lo importante es reflexionar sobre lo que hacemos, valorar si lo estamos haciendo bien y rectificar cuando es necesario.
- Los planes de actuación, incluidos los de comunicación, no se escriben sobre piedras. Es decir, no son inamovibles, sino justamente lo contrario, son planes que nos permiten señalar un rumbo pero con la suficiente flexibilidad como para modificarlos cuando no estemos acertando o las circunstancias cambien.
- Es fundamental ser metódico en este proceso, estableciendo criterios para la toma de decisiones y teniendo en claro cuáles son las variables o aspectos de la realidad que vamos a valorar para adoptar esas decisiones.

Hechas estas precisiones, ahora sí vamos a analizar uno por uno los criterios para incorporar de forma efectiva la perspectiva comunicacional en los programas y acciones de Promoción de la Salud.

2.1. Incorporar la comunicación como parte esencial del diagnóstico.

Acostumbrados a esa idea muy arraigada de que comunicar es difundir, la comunicación solía estar conminada a aparecer al final de un proceso de cambio comunitario, cuando llegaba la hora de “bombardear” a la comunidad con los mensajes saludables. Pero no: insistimos en que la comunicación es una perspectiva que atraviesa el proceso de forma transversal, desde el principio. Y si hablamos de principio, hablamos de diagnóstico.

¿Qué elementos forman parte de un diagnóstico comunitario en el marco de un programa de salud? El Dr. Pekka Puska, referente en el desarrollo de la prevención de enfermedades cardiovasculares como líder del Proyecto Karelia del Norte, realizado en Finlandia, señalaba ocho aspectos a estudiar:

1) Información epidemiológica. Hace referencia a prevalencia e incidencia de determinadas patologías y factores de riesgo, así como a los índices de morbilidad y mortalidad de los diferentes problemas sanitarios. Por ejemplo, si queremos promover la actividad física, nos interesa conocer la incidencia y la prevalencia de algunas patologías que están directamente relacionadas con la insuficiente actividad física, como las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, las dislipemias, la diabetes y la obesidad.

2) Características geográficas, demográficas y factores socioeconómicos de la comunidad. Estos elementos son parte del contexto en el que se desarrolla el programa, y actúan como determinantes de salud. Por ejemplo, no es lo mismo poner en marcha un programa de Promoción de la Salud en Finlandia, donde pasan largas temporadas con temperaturas bajo cero que obligan a realizar actividades bajo techo, que en buena parte del territorio español, donde disfrutamos de un clima mucho más benigno que invita a realizar actividades al aire libre; de la misma forma, no es lo mismo poner en marcha ese programa en un contexto urbano y masivo que en uno rural y poco habitado, donde la característica son los núcleos urbanos aislados. Las cuestiones demográficas también son muy importantes: por ejemplo, fruto del envejecimiento de la población como consecuencia de las mejoras en las expectativas de vida, en las últimas décadas han tomado cada vez más fuerza los programas de actividad física dirigidos a mantener la autonomía de las personas mayores, siguiendo la premisa de que no sólo hay que vivir más años sino que hay que hacerlo con una mayor calidad de vida.

3) Recursos comunitarios y estructura de servicios. Se busca conocer las estructuras organizativas y los servicios de que dispone la comunidad sobre la que se desea intervenir. Nos referimos a servicios sanitarios, como los centros de salud, que pueden desempeñar un papel importante en la detección de factores de riesgo y en la educación para la salud, pero también a otros espacios y recursos que pueden apoyar la implementación de un programa de promoción de la actividad física. Así, puede ser importante conocer la disponibilidad y accesibilidad de recursos como parques y plazas, carriles-bici, centros deportivos, espacios de ocio y esparcimiento, gimnasios, clubes, centros de mayores y centros culturales, entre otros.

4) Estilos de vida relacionados con los factores de riesgo y de protección. Si lo que busca la Promoción de la Salud es fomentar la adopción de hábitos saludables, lo razonable es conocer cuáles son los hábitos de la comunidad en la materia en que se quiere intervenir. Si nuestro programa va dirigido a la promoción de actividad física, deberemos conocer, por ejemplo, el porcentaje de población que realiza la actividad física recomendada, discriminado por edad, sexo, grupo socioeconómico y ocupación; qué porcentaje de la población realiza actividad física en el tiempo de ocio y esparcimiento; qué tipo de transporte utilizan para desplazarse de la casa al trabajo; qué tipo de actividad laboral o profesional desarrollan, si esa ocupación supone la realización de actividad física y de qué intensidad, etcétera.

5) Liderazgo comunitario. Hemos señalado anteriormente la importancia de involucrar en los programas de cambio a los líderes y referentes de una comunidad, aquellas personas u organizaciones con capacidad para incidir en las conductas colectivas. Es indispensable identificarlas desde el principio, estableciendo quiénes son los interlocutores con los diferentes grupos sociales considerando la edad, la distribución espacial, el tipo de actividades que desarrollan y/o el nivel socioeconómico, por mencionar algunas variables. Recordar que estos líderes pueden ser fundamentales a la hora de tomar decisiones sobre cómo se va a diseñar e implementar el programa de Promoción de la Salud, además del rol que pueden desempeñar como interlocutores sociales.

6) Espacios y canales de interacción social. Cada comunidad se construye de manera diferente. En una ciudad, las personas suelen ser más anónimas, los medios masivos de comunicación juegan un papel muy importante como informadores y formadores de opinión y las personas suelen relacionarse a través de ámbitos muy concretos, como puede ser la escuela o la empresa. En cambio, en los pueblos, las ciudades pequeñas o los barrios de las grandes ciudades que tienen vida e identidad propia, las relaciones se construyen de otra manera, y hay espacios de interacción directa y cotidiana donde se habla de todo y se va dando sentido a la vida, como puede ser el mercado, el bar o la peluquería. Es necesario conocer en cada caso cuáles son esos espacios de referencia de la comunidad, porque son esas mediaciones las que están incidiendo y condicionando las conductas y muy probablemente haya que intervenir en ellas.

7) Percepciones e interpretaciones que tienen la comunidad y sus representantes sobre los problemas y sus capacidades y habilidades para resolverlos. En primer lugar, hay que conocer si la comunidad percibe que tiene un problema o necesidad, como podría ser el aumento de las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo asociados como consecuencia de la disminución de la práctica de actividad física provocada por rutinas laborales más sedentarias; si no se percibe el problema, es evidente que esa es parte de la tarea a desarrollar en el programa. Además, si tenemos claro que el objetivo de la Promoción de la Salud es dotar a las personas de capacidades para controlar los determinantes de salud,

habrá que saber si perciben que tienen las herramientas y habilidades para conseguir cambiar, si se sienten capaces de hacerlo o qué habilidades creen que deben adquirir.

8) Opiniones y actitudes de los tomadores de decisiones y el personal de salud. Si en el punto anterior nos referíamos a la aptitud, a esa percepción sobre las capacidades propias para superar un problema, aquí hacemos hincapié en la actitud de quienes manejan los resortes de la sociedad para apoyar el cambio. Puede que en un programa con una amplia participación comunitaria esto no resulte decisivo, porque al fin y al cabo la participación puede funcionar como elemento de presión, sobre todo de las autoridades políticas que deben tomar decisiones. Pero siempre es bueno contar con estos actores porque facilitan la labor y, lo que es más importante, suelen aportar recursos. En este mismo sentido, el personal de salud ya no tiene reservado el papel exclusivo de hace algunas décadas en un programa de Promoción de la Salud, pero está claro que su participación y compromiso es indispensable para apoyar a través del fomento de hábitos preventivos.

Si se hace un repaso por estos ocho elementos del diagnóstico comunitario, sólo los tres primeros no tienen que ver (al menos en primera instancia) con la comunicación:

- Panorama epidemiológico;
- Características demográficas, geográficas y socioeconómicas;
- Recursos comunitarios y estructuras de servicios.

Decíamos que no tienen que ver con la comunicación, pero está claro que es una información sustancial que definirá la configuración de todo el proyecto de cambio comunitario. Por tanto, es evidente que terminará incidiendo en la comunicación de forma indirecta.

Sí está más claro que los otros cinco elementos que forman parte del diagnóstico comunitario se relacionan muy directamente con la perspectiva comunicacional:

- Estilos de vida relacionados con los factores de riesgo y de protección.
- Liderazgo comunitario.
- Espacios y canales de interacción social.
- Percepciones e interpretaciones que tienen la comunidad y sus representantes sobre los problemas y sus capacidades y habilidades para resolverlos.
- Opiniones y actitudes de los tomadores de decisiones y el personal de salud.

Tomando como marco conceptual el modelo de comunicación relacional, estamos hablando de:

- Los aspectos culturales, y entre ellos los estilos de vida, como condicionantes de la salud;
- La importancia de las mediaciones en la construcción de las relaciones de una comunidad;
- Las valoraciones, creencias y percepciones de los actores sociales como filtro a través del cual se vive la realidad;

En resumen, esta forma de abordar los diagnósticos comunitarios incorporando la mirada comunicacional desde un principio pone el énfasis en la necesidad de conocer las distintas instancias en las que se va construyendo y dando significado a la realidad social. Como bien lo expresa Nájera, se trata de empezar un proceso de cambio comunitario “desde donde está la gente”: es decir, “tener en cuenta la situación real de la población (conocimientos, actitudes, valores, etc.) y elaborar los programas de promoción de la salud y educación para la salud partiendo de esta base, lo que constituye uno de los principios clave de la práctica de la educación para la salud” (SARRIÁ, 2008: 109).

3.2. Definir objetivos y metas asequibles, también específicamente de comunicación.

Uno de los aspectos más importantes de cualquier actividad que realizamos en la vida es definir los objetivos de la acción. En los objetivos tenemos que responder a dos preguntas básicas:

¿Qué queremos hacer?

¿Para qué lo queremos hacer?

Con frecuencia, los profesionales de las Ciencias Sociales -entre las que se incluyen la Comunicación- somos acusados de sobrevolar la realidad sin tocar tierra. De usar muchas palabras, pero ser poco prácticos. De escribir bonitos manifiestos y declaraciones de intenciones, pero no cambiar nada. Y así podríamos seguir enumerando muchas más.

No voy a darle la razón a esas críticas, pero sí debemos admitir que muchas veces somos poco precisos en relación con lo que queremos conseguir. Y recordemos: la Promoción de la Salud es una estrategia de intervención social dirigida a conseguir resultados positivos. Repetimos: resultados. De allí la importancia de la definición de objetivos, porque dan un sentido a la acción y delimitan qué queremos conseguir.

Pongamos un ejemplo. En nuestra ciudad hemos detectado que en las tres últimas décadas la esperanza de vida se ha incrementado en cuatro años, tanto en mujeres como en hombres. Al mismo tiempo, lo que se ha visto es que esas personas viven más años pero en general lo hacen enfermos, padeciendo enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes o patologías cardiovasculares. Ante esta situación, el ayuntamiento decide poner en marcha un programa de promoción de la actividad física con una doble estrategia: por un lado, promover la actividad física en los que son mayores hoy, una población de alto riesgo que en la mayoría de los casos ya son enfermos crónicos; al mismo tiempo, actuar de forma preventiva sobre la población general para que mejoren su práctica de actividad física y así eviten ser enfermos del mañana (o al menos disminuyan los riesgos). Tenemos pues esbozados dos objetivos:

- Promover la práctica de actividad física entre los mayores de 60 años, para disminuir la incidencia de enfermedades crónicas y mejorar sus niveles de autonomía.
- Promover la práctica regular de actividad física en la población de la ciudad, fundamentalmente entre la infancia, la juventud y las personas adultas, para que actúe como un factor protector de su salud y prevenga el desarrollo de enfermedades crónicas.

¿Dónde está la comunicación aquí? Fundamentalmente en el *cómo* hacerlo. Por ejemplo, si hemos dicho que vamos a promover la actividad física entre los mayores, deberemos decidir si lo hacemos con una campaña genérica dirigida a la población por los medios masivos de comunicación, o si lo hacemos a través de las entidades y servicios que reúnen a esta población, como centros de día, residencias, clubes de baile, asociaciones de jubilados y pensionados, asociaciones profesionales, asociaciones familiares, iglesias, etc. En este sentido, es importante plantear también objetivos “de comunicación”, por ejemplo:

- Establecer contactos y redes con las organizaciones que reúnen y ofrecen servicios a la población mayor, para que se conviertan en promotores del programa y a la vez puedan actuar como espacio de realización de las actividades.

Como se ha dicho, los objetivos de comunicación están más vinculados con *cómo* vamos a hacer las cosas: de qué forma vamos a relacionarnos con líderes de la comunidad y los mediadores sociales para que participen en el proyecto; cómo vamos a establecer relaciones con la población destinataria; cómo vamos a trabajar para modificar las percepciones y creencias de los mayores, por ejemplo su percepción negativa sobre su capacidad para hacer actividad física a esa edad; por poner algunos ejemplos.

3.3. Establecer etapas graduales del cambio

Durante mucho tiempo, quienes trabajaron en el campo de la intervención social lo hicieron como si se tratara de una obra de ingeniería (social, pero ingeniería al fin). De esa forma, desarrollaban planes con la ilusión de que podían cambiar la realidad social de un plumazo desde los despachos. Pero la realidad es muy tozuda, y las experiencias acumuladas en todos estos años han dejado una conclusión muy evidente: generar cambios de conductas es muy complejo y requiere de mucha constancia y paciencia.

En este sentido, cuando se plantean los objetivos de un programa nos vemos en la necesidad de cuantificar ese cambio. Así, rápidamente, escribimos nuestras metas, aunque muchas podríamos llamarlas ilusiones por la dificultad de cumplirse. Volviendo al ejemplo anterior, una meta a alcanzar podría ser la siguiente:

- Conseguir que en tres años el 80 por ciento de los mayores de la ciudad practiquen actividad física recomendada para su edad al menos tres veces a la semana.

¿Es eso posible? Evidentemente no, sobre todo cuando partimos de situaciones en las que el porcentaje de mayores que realizan actividad física está muy lejos de esa cifra. Estamos, por tanto, planteando un horizonte inaccesible, imposible de cumplir, y que solo podrá llevar a la frustración. Una referencia: en el marketing comercial se considera como un excelente resultado ganar un 3 por ciento de cuota de mercado en un año, algo que podría asimilarse con cambiar la conducta de un 3 por ciento de la población.

Otra vez: ¿qué tiene que ver esto con la comunicación? Pues que el proceso de cambio también es parte de lo que debe conocerse por parte de la comunidad. Así como el incumplimiento de los objetivos puede conducir a la frustración, el conocimiento de los pasos positivos que se van dando actúa como elemento motivador que sirve para mostrar que el esfuerzo bien vale la pena. Esa es la filosofía con la que trabaja el modelo de áreas de demostración, metodología aplicada en el exitoso Proyecto Karelia del Norte (Finlandia), una iniciativa de prevención de enfermedades cardiovasculares con una amplia participación que en dos décadas de intervención comunitaria sobre los factores de riesgo (colesterol, hipertensión, tabaquismo, obesidad y sedentarismo) redujo en un 65 por ciento la mortalidad en esa región provocada por esas patologías. Una vez que se demostró que ese modelo de acción era exitoso, la experiencia se replicó de forma adaptada a todo el país, y luego ese modelo constituyó la base del modelo de intervención en todo el mundo promovido por la OMS.

La conclusión es clara: el éxito que supone cumplir con los objetivos y las metas que uno se propone “vende”, motiva a la sociedad. Por eso es recomendable ser muy prudente y a la vez preciso en las etapas del cambio, para no generar expectativas imposibles de cumplir. Como suele decirse, hay que trabajar sin prisa pero sin pausa.

2.4. Definir las prioridades y la secuencia temporal.

Está claro que en todo programa de Promoción de la Salud tenemos que tomar decisiones razonadas, justificadas y que guarden una lógica de acción, dando respuestas a las necesidades del presente pero teniendo en cuenta sobre todo a dónde queremos llegar. Sarriá propone algunos criterios que pueden servir para determinar qué acciones son prioritarias en un programa de Promoción de la Salud (SARRIÁ, 2008: 55):

- Magnitud: incidencia y prevalencia del problema de salud y número de personas afectadas.
- Trascendencia social: percepción de cómo el problema afecta a la calidad de vida.
- Coste económico y social del problema
- Gravedad: en términos de mortalidad o morbilidad.
- Tendencia: evolución del problema a lo largo del tiempo.
- Desigualdad: en relación con su distribución en los distintos grupos de la comunidad.
- Vulnerabilidad: evidencia sobre la efectividad de las intervenciones.
- Coste de la estrategia de intervención.

Una forma sencilla de establecer las prioridades es poner en relación los objetivos que queremos alcanzar, las acciones que vamos a realizar para ello y los recursos (humanos, materiales, estructurales, organizativos) con los que contamos. Hecha esa valoración, podemos pasar a definir nuestra estrategia de acción, en la que podremos establecer la secuencia lógica entre las distintas acciones.

Utilizaré dos ejemplos extraídos de la experiencia desarrollada en el Proyecto DEMOBAL, en la ciudad de Balcarce (Argentina), a partir del año 1999. Cuando decidimos poner en marcha aquel proyecto, que siguió los fundamentos del recién mencionado Proyecto Karelia del Norte, teníamos claros nuestros objetivos: reducir la morbilidad y la mortalidad provocada por las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo asociados. Sin tener en claro cuáles serían las acciones concretas a realizar, porque al tratarse de un programa de base comunitaria queríamos contar con las organizaciones y referentes de la ciudad, sí definimos ámbitos de actuación:

- El ámbito sanitario, para trabajar en la detección de población de riesgo y al mismo tiempo trabajar en la educación y la promoción de hábitos saludables en la población sana;
- El ámbito educativo, para construir conocimiento y fomentar hábitos de vida saludable en materia de alimentación, actividad física y prevención del tabaquismo;
- El ámbito político, para asegurar la disponibilidad de las infraestructuras, los recursos y los servicios que facilitaran y promovieran conductas saludables;
- El ámbito empresarial, para que productores y comerciantes de alimentos y los restaurantes y bares trabajaran en el mismo sentido de la alimentación saludable;
- El ámbito asociativo, para que clubes deportivos, clubes de jubilados, colegios profesionales y el resto de organizaciones que constituyen las redes comunitarias se sumaran e integraran nuestros objetivos dentro de sus programas de acción.

Hechas estas definiciones, nos hicimos una pregunta fundamental: ¿Con qué recursos contamos para poner en marcha esta iniciativa? Los recursos financieros eran escasos, casi inexistentes, pero en su lugar disponíamos de una fuerza que sería la que a la larga sacaría adelante el proyecto: la red de profesionales socio-sanitarios que formaban parte del Programa de Prevención del Infarto en Argentina de la Universidad Nacional de La Plata (PROPIA-UNLP), promotor del proyecto, y, lo fundamental, una larga lista de personas e instituciones con presencia en la ciudad de Balcarce que desde un primer momento dijeron: “queremos participar, no sabemos cómo, pero cuenten con nosotros”.

Como nuestra fuerza residía precisamente en esa red comunitaria con mucho anclaje en la comunidad, con voluntad de aportar pero todavía desorganizada, en esa primera etapa del proyecto nuestra prioridad fue bien clara: construir la red de organizaciones, hacerlos sentir parte de un proyecto común y llegar a acuerdos sobre el tipo de participación que cada uno de ellos podía tener. Aquí la comunicación jugó un papel fundamental, que se plasmó en una serie de iniciativas y acciones:

- Realización de reuniones periódicas, con ámbitos de participación plenaria de todos los participantes y otros restringidos a la dirección del proyecto. Precisamente durante una de las reuniones masivas se discutió la filosofía del proyecto y cómo debía trasladarse al logotipo que nos identificaría; una diseñadora presente allí lo dibujó en el papel, se propusieron algunas correcciones y luego el logo fue aprobado. Todo lo que se iba avanzando en esas reuniones era informado de forma transparente a los medios de comunicación locales, con el doble objetivo de que toda la población conociera el proyecto y que otras organizaciones se interesaran en participar al ver que esto iba creciendo.

- Elaboración de un boletín semanal de noticias, denominado “Boletín Demobaliano”. Este boletín tenía varios objetivos: informar a todos los participantes sobre la metodología de investigación-acción del proyecto, haciendo pedagogía del cambio que se quería llevar adelante con la referencia de las experiencias y los aprendizajes de Karelia del Norte; desarrollar y consolidar la sensación de pertenencia al DEMOBAL de todos los participantes, presentándolos ante el colectivo e informando sobre las actuaciones que realizarían cada uno de ellos; motivarlos a la acción, mostrando los avances que se iban consiguiendo de forma que se percibiera que esto era como una bola de nieve que iba tomando consistencia y adquiría una magnitud cada vez mayor; y, muy importante, construir una memoria del proyecto, que serviría para recordar cuándo y por qué se fueron tomando las diferentes decisiones. El boletín era enviado por correo electrónico a una lista de distribución, y para que nadie se quedara sin leerlo también se imprimían algunas copias para los que no dispusieran de correo electrónico que se dejaban en la biblioteca municipal, en los centros educativos y en los clubes.

Pasada esa etapa inicial, las necesidades cambiaron y con ello también nuestras prioridades. Una vez que estaba conformado el equipo que dirigía el proyecto, tanto en lo referido al diagnóstico comunitario como a la elaboración de propuestas de intervención, consideramos que había que pasar a una segunda etapa. En esta instancia cobraba mayor relevancia la presencia física, la cercanía, el “cara a cara”, por lo que se intensificaron las reuniones en Balcarce pero a la vez se segmentaron en grupos, para tratar más en detalle los intereses de cada grupo concreto que iba a formar parte de la intervención.

Mientras el diagnóstico nos daba los primeros datos sobre las características del problema a enfrentar, los factores de riesgo sobre los que tendríamos que actuar, la relevancia del problema percibida por la población y sus estilos de vida, empezamos a trabajar sobre las capacidades y habilidades de los actores comunitarios que participarían de la intervención. En esa secuencia lógica, consideramos que era relevante trabajar en dos vías; por un lado, en el ámbito político, insistiendo sobre la posibilidad de desarrollar reformas estructurales en la ciudad y mejorar algunos espacios y servicios públicos; por otro, en la formación de aquellos actores que iban a funcionar como mediadores y multiplicadores.

En el ámbito político, se presentó el proyecto ante las autoridades municipales y se trabajó con ellos en propuestas para potenciar o modificar políticas públicas en la línea en que lo proponía el DEMOBAL. En ese sentido, tuvo especial importancia la política de adaptación del entorno urbano para que actuara como promotor de la actividad física, tanto con sendas para caminar como con carriles-bici. Como una forma de fortalecer el vínculo con los gestores políticos y mostrarles que el esfuerzo que realizaban valía la pena, desde el Proyecto DEMOBAL se impulsó la postulación de Balcarce al Concurso de Ciudades Promotores de Ambientes para la Recreación Pública y Actividad Física, organizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2002. Y las cosas marcharon por buen camino: Balcarce fue distinguida

con el tercer premio entre los municipios de Latinoamérica y el Caribe, reconociendo la OPS “los logros de la ciudad en el mantenimiento de áreas verdes de recreación y su trabajo en reforestación”, así como su “notable esfuerzo por asegurar que su ciudad se mantenga amigable a los peatones”.

En cuanto a las actividades con actores multiplicadores, una de las primeras intervenciones fue un Curso de Formación en Prevención de Factores de Riesgo Cardiovasculares dirigido a docentes de todos los niveles educativos, en el que participaron cerca de 20 educadores. Ese curso les dio herramientas conceptuales y metodológicas para desarrollar su tarea como promotores de salud, pero a la vez exigía la realización de una intervención en los centros educativos en los que se desempeñaba cada docente. En consecuencia, con una intervención realizada con pocos recursos conseguimos generar cerca de 20 intervenciones en los centros escolares, entre las que se incluían la construcción de una huerta escolar, la revisión del menú que se servía en el comedor o la elaboración en la cocina de alimentos saludables que luego eran vendidos y financiaban materiales educativos o becas escolares. Además, esos docentes se convirtieron en fervientes promotores de la causa demobaliana y atrajeron a otros docentes y a padres y madres a las distintas actividades que se fueron generando desde entonces. Esta es una buena prueba de los que puede hacer la comunicación interpersonal, el “boca a boca”, en propuestas que tengan como objetivo el cambio de conductas individuales y colectivas.

En una tercera etapa, con los datos aportados por el análisis de la investigación epidemiológica y de estilos de vida, se fueron conformando los equipos de intervención dirigidos a resolver los problemas y necesidades detectados en el diagnóstico.

2.5. Diseñar espacios e instancias de participación de la comunidad.

Los ejemplos desarrollados en el punto anterior sirven también para reflexionar sobre una de las cuestiones centrales de cualquier programa o acción de Promoción de la Salud: la participación. Como se pudo apreciar, la participación es una palabra maravillosa pero que debe llenarse de sentido en la práctica concreta. Muchas veces se pregona que “este proyecto esta abierto a la participación de todos”, pero en la práctica se trata de una propuesta cerrada, en la que sus promotores no están dispuestos a cambiar nada y que, por tanto, lo único que esperan es la aceptación. La verdadera participación es un gran motor para el cambio comunitario, pero debe saberse que demanda un importante esfuerzo de organización, negociación y búsqueda de consensos.

Uno de los primeros criterios que debemos tener claro es que nadie tiene la verdad absoluta sobre una realidad, por lo que cuantos más puntos de vista incorporemos para el análisis y la intervención en una realidad, mucho mejor. Si queremos hacer verdad el principio de “empezar desde donde esta la gente”, tenemos dos opciones: investigar a la comunidad, como si tuviéramos un microscopio gigante, para ver los diferentes aspectos que nos interesa conocer; o integrar a miembros de esa comunidad en nuestro equipo, para que nos guíen a la hora de hacer el diagnóstico, la planificación de las intervenciones y nos acompañen y se comprometan en su implementación. Nosotros nos inclinamos por esta segunda opción, por varias razones.

Por un lado, porque como señalamos anteriormente nadie es dueño de la verdad absoluta. Una de las explicaciones más habituales de los fracasos acumulados por programas de intervención social era la de planificar el cambio desde los despachos, desde determinados saberes científicos que ignoraban la diversidad de enfoques que ofrece la realidad y, sobre todas las cosas, los obstáculos que puede encontrar un proyecto si no tiene en cuenta a las personas que se verán afectadas. Sin embargo, es evidente que en la realidad de una comunidad operan esos saberes *científicos* pero también otros *saberes “vulgares”*, en el sentido de *no científicos*. Es indispensable articular estos dos tipos de saberes para tener un conocimiento más directo de las lógicas de funcionamiento de una comunidad, porque a la larga eso aumentará la viabilidad del proyecto y la eficacia del proceso de cambio. Es lo que hemos mencionado en la parte inicial como la construcción de equipos transdisciplinarios.

En el caso del Proyecto DEMOBAL, esta fue la premisa desde un comienzo. Se estableció una división de roles en la que los integrantes del equipo multidisciplinar del Programa de Prevención del Infarto en Argentina (PROPIA) aportaron los conocimientos científicos sobre la metodología a utilizar, los elementos a diagnosticar y los conocimientos teóricos para la intervención; mientras que los referentes locales tuvieron una tarea más volcada al terreno, informando sobre la iniciativa para despertar el interés de la comunidad y persuadir a personas y organizaciones para que participen y se involucren en el cambio.

Antes mencionábamos la capacidad de científicos y no científicos para aportar saberes al proceso de cambio social, una cuestión si se quiere más vinculada con sus *aptitudes*. Otra faceta de la participación está representada por las *actitudes*, que se refiere a la disposición y la voluntad de los diferentes actores a involucrarse en el proceso de cambio.

La experiencia acumulada demuestra que en un primer momento son más bien pocos los *innovadores*, aquellos que apuestan de lleno por llevar adelante el proceso de cambio. Pero a medida que se va construyendo ese cambio encontraremos primero a los *aceptadores tempranos*, entre los que se encuentran los referentes comunitarios y líderes de opinión; a los que seguirán luego una *mayoría temprana de aceptadores*, influidos por esos referentes y líderes; y finalmente la mayoría de *aceptadores tardíos* (SARRIÁ, 2008; 108). Otra vez, la figura de la bola de nieve. Pero lo interesante de este proceso es percibir que *en un primer momento la actitud favorable al cambio es igual o más importante que la aptitud para llevarlo adelante*. Los conocimientos pueden aprenderse, pero la voluntad para cambiar una realidad es algo más difícil de desarrollar.

Una idea que suele asociarse con los proyectos de Promoción de la Salud que tienen una base participativa es la de *empoderamiento* (SARRIÁ, 2008; 108), en referencia al proceso por el que las personas y las comunidades alcanzan mayor poder para buscar la solución a los problemas y mejorar su situación de salud. Lo diremos de forma tajante y contundente: la participación no es una licencia que nos damos los promotores de salud como un gesto a la comunidad, sino que es una condición indispensable para conseguir cambios profundos y sostenibles en el tiempo.

Durante mucho tiempo se trabajó con la ilusión de que los promotores podíamos controlar “desde arriba” la salud de la población, principalmente a través del sistema sanitario, de las campañas de Promoción y Educación para la Salud y de una adecuada información a través de los medios masivos de comunicación. Las experiencias acumuladas y la evidencia científica disponible indican que *lo verdaderamente eficaz es aportar conocimientos, habilidades, destrezas y apoyo social para que las personas tengan herramientas de autocontrol sobre su salud*, “desde la propia comunidad”. A eso se refieren los postulados de la Promoción de la Salud cuando hablan de desarrollar capacidades para controlar los determinantes de salud.

2.6. Integrar desde el principio a los referentes y líderes de la comunidad.

Este criterio está íntimamente ligado con el precedente. En el apartado 2 hemos propuesto un modelo de comunicación que se sustenta en la figura de una red, en la cual se le va dando significado a la realidad a través de los diferentes nudos que constituyen esa red. Decíamos que en ese marco tenían relevancia tanto las mediaciones tecnológicas (medios masivos de comunicación) como las mediaciones sociales (espacios y ámbitos de la comunidad). También señalamos que, en líneas generales, las mediaciones sociales tenían una mayor capacidad para transmitir información de forma masiva, pero eran las mediaciones sociales las que incidían de forma más directa en la forma de percibir la realidad y en las decisiones sobre cómo actuar.

Precisamente siguiendo esa idea, uno de los elementos fundamentales del diagnóstico es la identificación de los referentes y líderes comunitarios, a quienes se intentará sumar en el programa de Promoción de la Salud. Su integración debe buscarse desde el momento mismo en que se está pensando en llevar adelante la intervención, y no cuando todo está más o menos definido. Y esto por varias razones: primero, porque estos referentes tienen capacidad de abrir puertas y sumar más adeptos, porque suelen ser personas o instituciones respetadas y valoradas socialmente; segundo, porque por su contacto cotidiano, saben cómo funciona la sociedad, sus lógicas de pensamiento, su cultura, lo que les gusta y no les gusta.

Un par de ejemplos pueden ilustrar la importancia de contar con estos interlocutores y de hacerlo desde el principio. Recientemente, una organización no gubernamental (ONG) inició un proyecto para generar una plataforma educativa dirigida a apoyar la tarea de los docentes que trabajan en aulas hospitalarias. En el proyecto participaban tres organizaciones, que durante meses fueron desarrollando el proyecto, la plataforma tecnológica y subiendo los contenidos. Pero, pasados seis meses desde el inicio del proyecto, mantuvieron una reunión con los docentes que, se suponía, eran sus interlocutores. Al mostrarles la plataforma, los docentes expresaron que estaba muy bien, pero que el proyecto no había tenido en cuenta que lo más importante para ellos era disponer de una zona restringida en la que intercambiar información con los docentes de los centros escolares de los que provenían los niños y niñas

hospitalizados. Seis meses después, los promotores del proyecto tuvieron que variar su hoja de ruta radicalmente, centrándose en las utilidades de la plataforma en detrimento de los contenidos porque así lo necesitaban los docentes, referentes olvidados en una primera instancia.

Otro ejemplo. Cuando se inició el Proyecto DEMOBAL, se estableció una dirección colegiada de tres personas, todas ellas con mucha iniciativa y vínculos en la comunidad. Una médica con una indudable vocación de educación para la salud; una maestra con mucho predicamento en la comunidad educativa; y una socióloga volcada a la formación terciaria y con vínculos a nivel político. Eso supuso un primer paso muy acertado, porque a partir de sus gestiones en poco más de seis meses había más de 60 organizaciones dispuestas a participar “en lo que nos pidan”, como decían en las reuniones plenarias. Las tres, cada una en su ámbito de actuación, eran referentes de la comunidad.

Paralelamente, se establecieron contactos con Juan Manuel Fangio Jr., sobrino del cinco veces campeón de la Fórmula 1, cuya familia vivió toda la vida en Balcarce y es un icono de la ciudad. Al proponerle a Fangio Jr. que acompañara esta iniciativa, él respondió: “cuando me necesiten, allí estaré”. Y por supuesto que lo íbamos a necesitar. Pocos meses después comenzaron a realizarse las encuestas para conocer los estilos de vida y las percepciones de la comunidad, que realizaron alumnos y alumnas del curso de pregrado de la Universidad Adventista del Plata, llegados desde la provincia de Entre Ríos, a unos 800 kilómetros de allí. En los primeros días de visita a los hogares de la muestra para hacer las encuestas encontraron mucha resistencia y desinterés por parte de la población local, en parte porque Balcarce es una ciudad pequeña en la que todo el mundo se conoce y ellos eran unos desconocidos. Recurrimos entonces a nuestro as escondido en la manga: a la mañana siguiente, Fangio Jr salió en las radios y canales de televisión locales junto con los encuestadores, explicando la tarea que estaban realizando y enfatizando que Balcarce se convertiría en una referencia nacional en la Promoción de la Salud. Como si de magia se tratara, al día siguiente las puertas de las casas de la ciudad estaban abiertas para los encuestadores: no sólo ya no los rechazaban, sino que en algunos casos ponían un plato más en la mesa y los invitaban a comer.

2.7. Segmentar las acciones en función de las características y necesidades percibidas de los destinatarios.

Como ya se ha dicho, si se quieren conseguir cambios verdaderos y sostenibles en las conductas hay que dejar de lado los modelos intervencionistas y conductistas y trabajar con una premisa fundamental: el punto de partida de toda nuestra planificación deben ser las necesidades de los destinatarios. Está claro que quienes trabajamos en el campo de la Promoción y la Educación para la Salud tenemos como objetivo modificar las conductas individuales y colectivas para conseguir un mejor estado de salud de la población, pero los caminos para conseguirlo y las formas en que lo hacemos estarán siempre marcadas por los grupos diana en los que queremos generar esos cambios. Insistimos: sabemos *qué* hay que hacer para mejorar su estado de salud y aumentar su bienestar, pero el *cómo* hacerlo debe adaptarse a las circunstancias y los destinatarios de nuestra acción.

Durante mucho tiempo, las campañas de Promoción y Educación para la Salud estuvieron dirigidas a ese concepto tan amplio y difuso de “población en general”. Es lo que algunos llamamos la “técnica de la perdigonada”: disparamos al bosque que a algún árbol, o en el peor de los casos a una rama, le vamos a acertar. Esto es claramente una forma poco eficaz de promover el cambio de conductas.

En las últimas décadas ha surgido y consolidado una forma distinta de hacer las cosas, que apunta precisamente a una mejor caracterización de los destinatarios antes de emprender el proceso de cambio. Se trata de analizar la composición de la sociedad sobre la que queremos actuar y, en función de los datos aportados por el diagnóstico de necesidades y problemas y de nuestros objetivos de intervención, dividirla en grupos diana en función de las variables que consideremos significativas: edad (niños, adolescentes, adultos, mayores); sexo (hombres y mujeres); procedencia (nacionales o inmigrantes); nivel socioeconómico (clase alta, media o baja); nivel educativo (bajo, medio, alto), etc. Es lo que en el marketing se conoce como *segmentación de los públicos*.

Esta nueva forma de planificar y llevar adelante la acción tiene evidentes beneficios. Por un lado, se puede hacer un diagnóstico preciso de los destinatarios: conocer lo que perciben como necesidades; las cosas que los motivan a cambiar; los obstáculos que creen que existen para modificar sus conductas; la forma en que se relacionan en sus grupos; las ideas o mensajes que les llegan. Un diagnóstico que luego permite planificar la acción respondiendo a los intereses del grupo diana, adaptando el mensaje y las vías de comunicación a sus características particulares.

Veamos un ejemplo. En el año 2008, el entonces Ministerio de Sanidad y Consumo de España desarrolló una campaña de prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA y promoción del uso del preservativo dirigida a la población juvenil, denominada YO PONGO CONDÓN (www.yopongocondon.com). La campaña, muy criticada desde los sectores más conservadores, respondía claramente al criterio de adaptar el mensaje y las formas al grupo destinatario. Por un lado, el eslogan de la campaña se plasmó en una melodía rap / hip hop, un estilo musical muy escuchado por la población juvenil. Ese rap formó parte del vídeo de la campaña, que no sólo pudo verse en las televisiones sino que se difundió masivamente por las redes sociales (You Tube, Facebook), que según los últimos estudios han desplazado a la televisión como foco de atención de los jóvenes. Además, la campaña ofrecía algunos otros elementos para potenciar su imagen, como la posibilidad de descargar la imagen de YO PONGO CONDÓN como protector de pantalla del ordenador, o descargarse la música para el móvil.

Pongamos otro ejemplo. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos desarrolla un programa de promoción de la alimentación saludable y la actividad física denominado SMALL STEP, que en español significa “Pequeño Paso” (<http://smallstep.gov>). El programa surgió para hacer frente a la epidemia de obesidad que vive la población estadounidense, relacionado con una alimentación poco saludable y un estilo de vida cada vez más sedentario. Los elementos principales de la campaña son los siguientes:

- En línea con el eslogan de la campaña, el mensaje central es que se trata de dar pequeños pasos día a día para mejorar la salud. Con esta idea buscan motivar a los destinatarios sugiriendo que no tendrán que hacer esfuerzos desmedidos sino perfectamente asumibles y, a la vez, reforzar su percepción positiva de que son capaces de cambiar.
- Se definen dos grandes grupos destinatarios: población infantil y adultos. Como puede apreciarse en la visita a la página, los contenidos se distribuyen en dos sub-portales enlazados pero totalmente distintos tanto en los mensajes que se trasladan como en la estética. Mientras que en el portal infantil se centran en lanzar un mensaje de forma reiterada (Practica una hora de actividad física al día) a través de distintas modalidades (información, juegos, publicidades, enlaces en Internet), en el portal para mayores lo fundamental son los consejos (los pequeños pasos que deben darse) para incorporar de forma sencilla los hábitos saludables en la vida cotidiana. En resumen, mientras que el portal infantil trabaja más sobre la información con un claro perfil educativo (incluso ofrece guías para docentes para trabajar la temática en las distintas asignaturas), en el caso de los adultos el objetivo es motivar para la acción.
- Para conseguir un mayor impacto en la población, en la campaña publicitaria en los medios masivos prestan su colaboración personajes y referentes del deporte. Así, en un primer momento podía verse una publicidad en la que Shrek hacía ejercicios e invitaba a los niños a imitarlo, y en la actualidad hay juegos en los que pueden verse al Pato Lucas, Bugs Bunny o el Diablo de Tazmania. También prestan su colaboración figuras del espectáculo y el deporte, como Luis de Barrio Sésamo, el jugador de la NBA Kevin Durant, o el jugador de la NFL Drew Brees.
- Atendiendo a la diversidad demográfica de la población estadounidense, el sitio está disponible tanto en inglés como en español, algo impensado hace algunas décadas. Y no sólo eso: en las publicidades hay guiños a la comunidad latina, no sólo por el hecho de estar en los dos idiomas sino porque en alguno de los comerciales participa una jugadora de golf latina junto a otras dos americanas.

En resumen, *hacer comunicación para la salud* supone para los promotores de salud un enorme desafío: *tener capacidad para ponerse en el lugar del otro*, a partir de las referencias ofrecidas por el diagnóstico y haciendo un ejercicio de anticipación sobre los procesos que pueden movilizar nuestras acciones.

2.8. Ofrecer información rigurosa pero a la vez adaptada en su lenguaje a los públicos destinatarios

Hemos dicho varias veces a lo largo de estas lecciones que *la información no es un elemento suficiente* para garantizar el cambio de conductas, pero al mismo tiempo hemos destacado que *es un elemento necesario* y constituye la base sobre la cual cimentar el proceso de modificación de hábitos. Por tanto, parece obligado dedicar al menos un apartado a establecer algunos criterios de selección y edición de la información, en la línea marcada anteriormente de adaptación a los destinatarios.

Los conocimientos científicos son muy valorados socialmente, pero no podemos pretender trasladarlos a la población tal como son generados y relatados. Las teorías y conceptos pueden ser perfectamente comprensibles para quienes forman parte de la comunidad científica, pero necesitan una traducción práctica y concreta para la población general. Pensando con este criterio, hace algunos años propuse precisamente un cambio de enfoque en lo que se conoce tradicionalmente como divulgación científica: en lugar de ese concepto, creo más adecuado hablar de divulgación de la ciencia, que según en qué ámbitos se realice y a qué destinatarios se dirija se dividiría entre la divulgación científica, la que se realiza en las universidades, en los congresos y simposios profesionales; y la divulgación comunitaria, la que se realiza para la población en general, fundamentalmente a través de medios masivos de comunicación pero también a través de las organizaciones y redes de relaciones que constituyen una comunidad (DÍAZ, 2001).

Estamos hablando de la calidad de la información. Y esa calidad debe valorarse por al menos tres criterios: su *rigurosidad científica* (las evidencias disponibles), su *accesibilidad* (estar disponible y ser comprensible) y su *pertinencia* (capacidad para responder a las necesidades de los destinatarios).

En esa línea de trabajo, en el año 2006 algunas organizaciones no gubernamentales del sector salud y el laboratorio farmacéutico Pfizer editaron cuatro Guías de Estilo sobre Salud y Medios de Comunicación. En un aporte interesante a la mejora en la producción de la información sobre salud, las guías señalaban los principales problemas detectados en las prácticas de aquel entonces, ofrecían recomendaciones para evitar caer en esos errores y postulaban un decálogo para tratar las informaciones sobre salud. Detengámonos brevemente en cada uno de estos puntos.

Respecto de los problemas o malas prácticas detectadas en la información sobre salud, se enumeraban los siguientes (AECC, 2006: 8):

- Titulares alarmistas o morbosos.
- Información científica confusa.
- Creación de estereotipos o etiquetas.
- Invisibilidad de algunos colectivos de enfermos.
- Poca presencia del contexto de las informaciones en salud.
- Uso inapropiado, abuso o frivolidad de términos.
- Imágenes erróneas o escabrosas.
- Poca información preventiva.

Ante esa realidad, se señalaba también un conjunto de recomendaciones referidas a la construcción de la información y el uso del lenguaje, que parece oportuno reseñar (AECC, 2006: 10):

- Hacer inteligible el lenguaje científico.
- Uso correcto del léxico.
- Eliminar detalles demasiado técnicos o procesos sofisticados.
- Escribir en un estilo directo y con frases cortas.
- Contextualizar bien la información.
- Aclarar las siglas.
- No caer en el amarillismo o sensacionalismo.
- No ser paternalistas.
- Cuidar los aspectos relacionados con la identidad de género.

Como conclusión, estas guías establecían en estas guías un decálogo para tratar con “rigor, profundidad, efectividad y respeto” las informaciones sobre salud (AECC, 2006: 12):

- Promover el conocimiento social de la salud/enfermedad.
- Clarificar la información científica para el público en general.
- Contemplar diferentes puntos de vista para enriquecer la información.
- Poner más atención a los enfoques en positivo.
- Desmontar falsos mitos.
- No estigmatizar.
- Evitar caer en la espectacularidad.
- Aportar el punto de vista de las personas afectadas.
- Usar correctamente las fuentes de información.
- Tratar la información de manera continua y realizar un seguimiento de la misma.

2.9. Fomentar los enfoques creativos y novedosos.

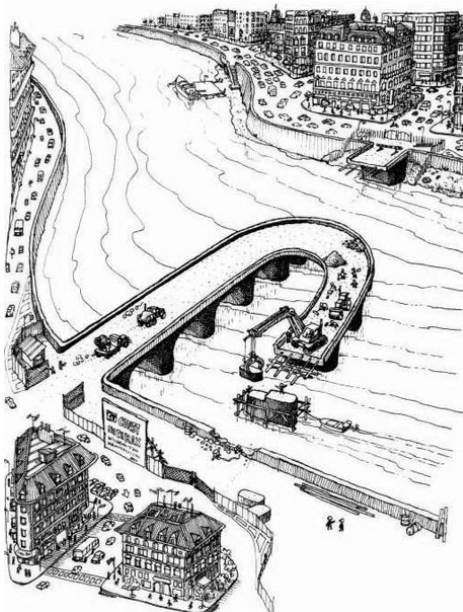
Una de las primeras cosas que se aprende en una Facultad de Periodismo es el concepto de qué es noticia. Quizás el aspecto central de la definición es que sea algo *nuevo*, pero que a la vez sea *de interés para la población destinataria*. Para que un acontecimiento se convierta en noticia, debe pasar por el filtro de quienes producen la información, que ponen en la balanza valores tales como la actualidad (acaba de pasar), el impacto (afecta a tantas personas), la proximidad (pasó aquí mismo) o la controversia (A opina esto, pero B discrepa). Pero sin lugar a dudas uno de los valores más destacados es la rareza de los hechos, su extrañeza, lo novedoso o inesperado. En ese sentido, suele decirse en el periodismo que “no es noticia que un perro muerda a un hombre, pero por supuesto que lo es que un hombre muerda a un perro”.

Esta misma filosofía debemos intentar trasladarla a nuestras acciones de Promoción de la Salud. Muchas veces nos quejamos de que los grupos destinatarios de nuestras acciones no se interesan por lo que hacemos, pero somos nosotros los que debemos pensar en cómo llamar la atención y despertar el interés de ellos. Con mensajes repetidos y formatos anticuados difícilmente podamos causar un impacto adecuado. Si antes decíamos que “el éxito vende”, es atractivo, lo mismo debe entenderse respecto de lo novedoso.

Recientemente, se puso en marcha una campaña denominada “The Fun Theory”, impulsada por Volkswagen (Thefuntheory.com). La idea básica de la campaña era cómo atraer la atención de la gente para que haga cosas saludables o buenas para el medio ambiente, como reciclar botellas de vidrio, limpiarse los zapatos al entrar a algún lugar, respetar las velocidades máximas de circulación en el coche o la luz roja del semáforo. La respuesta está en el nombre mismo de la campaña: haciendo que sea divertido (en inglés, fun). Uno de los desafíos tenía que ver justamente con la actividad física: ¿Cómo hacer que la gente suba por las escaleras tradicionales en el metro en lugar de hacerlo por las escaleras mecánicas? Con el objetivo de motivar a la gente a elegir la opción más saludable, a los creativos se les ocurrió que la escalera tradicional podía convertirse en un piano, de forma que al pisar en cada escalón sonaría y se iría construyendo una melodía musical. La experiencia no fue mala: al cabo del día, subía por la escalera el 66 por ciento más de gente que por la escalera mecánica. Un éxito indudable, que aunque es imposible de trasladar a todas las escaleras de la red de metro de una ciudad señala con claridad la importancia de encontrar atractivos para que la gente elija actuar de forma más saludable.

2.10. Tener flexibilidad y capacidad de adaptación.

A esta altura del relato, todos tenemos meridianamente claro que hacer Promoción de la Salud a nivel comunitario está muy alejado de las Ciencias Exactas. Para quienes quieren ver en este tipo de procesos una forma de ingeniería social, la siguiente viñeta de Quino nos permitirá hacer una reflexión.



- Iba todo muy bien hasta que surgieron pequeñas discrepancias entre la comisión vecinal de la margen opuesta y el ingeniero...
- ¡Y usted sabe qué carácter tiene el ingeniero!

Decíamos al referirnos a la importancia de establecer instancias y espacios de participación que es muy importante contar con los distintos actores que intervienen en una comunidad, sabiendo de antemano que eso supone mucho trabajo. Lo que es evidente es que si uno abre un proceso de participación debe ser consciente de que los debates no pueden saldarse con decisiones tomadas de forma unilateral, con imposiciones, porque eso suele afectar los cimientos de estas iniciativas y ponen en cuestión su viabilidad. Lo que ha hecho el ingeniero de esta viñeta es una actitud que no podemos tomar en un programa de Promoción de la Salud. Nuestra obligación es estar abierto a las visiones diferentes, dispuestos a debatir, negociar y llegar a acuerdos a lo largo de todo el proceso. Y entre los temas que tenemos que estar dispuestos a consensuar, se encuentran algunos de muy hondo calado:

- Las acciones a desarrollar.
- Las prioridades de cada momento del proceso.
- Los niveles de participación que debe tener cada actor.
- El destino de los recursos.

Para resumir, puede decirse que en un programa de Promoción de la Salud todo es discutible y negociable excepto sus objetivos, que se supone es lo que une a todos los participantes. El resto del proyecto es un guión abierto, que debe ofrecer la posibilidad de adaptarse y reescribirse de acuerdo con las circunstancias que se presenten y las prioridades que se establezcan en cada momento.

Un ejemplo interesante de esa apertura a la negociación y la búsqueda de acuerdos la vivimos en el Proyecto DEMOBAL. Resulta que en muy poco tiempo se constituyó una gran red de organizaciones dispuestas a participar y comprometerse en la acción, pero el paso previo era realizar el diagnóstico comunitario y eso suponía esperar más de un año en el dique seco. Mientras los expertos en epidemiología decían que no se podía hacer ninguna intervención porque eso “contaminaría” el diagnóstico de la comunidad, los líderes comunitarios decían que no se podía tener a la gente esperando tanto tiempo porque se frustrarían sus expectativas y perderían motivación. Ambos puntos de vista eran respetables y aportaban sus razones, pero lo cierto es que había que encontrar una solución que dejara satisfechos a todos.

El tema se trató en varias reuniones de la dirección del Proyecto, que integraba a las líderes locales y a representantes de PROPIA. Del debate se llegó al acuerdo de empezar a realizar actividades de baja intensidad, cuyo impacto en los hábitos de una comunidad son más bien bajos, como charlas sobre temas de interés de la comunidad, reuniones explicativas con los diferentes colectivos, etcétera... En algún momento las denominamos “intervenciones placebo”, que tendrían un impacto ínfimo sobre el diagnóstico de la situación epidemiológica y de los estilos de vida pero que permitirían mantener encendida la llama de la participación comunitaria.

Otra cuestión importante es la capacidad de adaptación a las circunstancias que se van presentando. Ciertamente como promotores de los programas de Promoción de la Salud podemos controlar algunas variables, pero muchas otras escapan a nuestra voluntad porque dependen de otros actores o de la situación de la comunidad. Por ello es importante establecer en el momento de la planificación cuáles son los aspectos centrales, los elementos y acciones que no podemos sacrificar, las “líneas rojas” que no estamos dispuestos a traspasar, y prever cómo vamos a reaccionar en caso de que surjan problemas o circunstancias ajenos a nuestro control. Es decir, tenemos un Plan A pero, si falla, pasemos al Plan B. Se trata de no improvisar las respuestas, y de anticiparnos a las múltiples incidencias que podemos sufrir a lo largo del camino.

Volvamos al ejemplo del DEMOBAL. Cuando estábamos terminando el diagnóstico comunitario y empezábamos a planificar las intervenciones, hacia finales del año 2001, la Argentina se vio afectada por la crisis económica y social del “corralito”. Esa crisis trajo innumerables consecuencias sobre la vida del país, y en el caso concreto de nuestro proyecto puso algunos signos de interrogación sobre algunos elementos del diagnóstico que podían haber cambiado; por ejemplo, los hábitos de consumo de alimentos, ya que la devaluación de la moneda provocó pérdida de poder adquisitivo y los precios de algunos alimentos se dispararon. En la ciudad de Balcarce, una de las consecuencias que se apreció en el año 2002 fue el aumento de la demanda sobre los comedores escolares, al punto de que en algunos casos tuvo que abrirse un turno por la noche porque de lo contrario los niños y niñas no cenaban. Lo que sin dudas era una situación crítica que había que resolver, como era la necesidad de alimentación de la población, ofreció a la vez al Proyecto DEMOBAL la oportunidad de incidir directamente sobre la alimentación de la población. Los expertos de nutrición del proyecto trabajaron junto con las autoridades educativas para ofrecer a todos los niños y niñas que lo demandaron un menú equilibrado (una necesidad de salud pública, además de una obligación moral) al menor coste posible (una necesidad de la administración pública, que tenía que satisfacer una demanda social mayor con menos recursos como consecuencia de la crisis).

3. Cierre

Entendemos que este apunte recoge los contenidos básicos para que el alumnado pueda tener presente que la comunicación es una perspectiva más a integrar en los programas y acciones de Promoción de la Salud. No pretendemos que de aquí salgan expertos en Comunicación para la Salud, sino simplemente profesionales que sean capaces de pensar también en la importancia de la comunicación en sus acciones. Como hemos dicho, todos somos comunicadores, y es mucho mejor ejercer esta faceta de nuestras vidas de forma consciente y razonada.

BIBLIOGRAFÍA

- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER (2006): *Guía de Estilo sobre Salud y Medios de Comunicación. El Cáncer*. Disponible en http://www.pfizer.es/actualidad/recursos/guia_estilo_enfermedades.html
- BERGER, Peter, LUCKMANN, Thomas: *La construcción social de la realidad*, Amorrortu editores, 1995.
- CALVO HERNANDO, Manuel: *Manual de Periodismo Científico*. Editorial Bosch, 1997.
- COE, Gloria: *Comunicación y promoción de la salud*. Revista Chasqui nº 63, septiembre 1998. En línea en <http://chasqui.comunica.org/chas-ed-63.htm>
- 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.

DÍAZ, Hernán Alfredo: *Tensiones y desafíos en la divulgación de la ciencia*. Ponencia presentada en el II Seminario Latinoamericano de Investigación en Comunicación, organizado por la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata. La Plata (Argentina), agosto de 2001.

ECO, Umberto (1996): *La estrategia de la ilusión*. Barcelona: Lumen.

FOUCAULT, Michel (1992): *Genealogía del Racismo*. Colección Genealogía del Poder, Ediciones de la Piqueta, Madrid.

GONZÁLEZ, Jorge (1994): *Más (+) Cultura(s). Ensayos sobre realidades plurales*, Colección Pensar la Cultura, CNCA, México.

INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER DE LOS ESTADOS UNIDOS (2004): *Making health communication programs work*. En línea en <http://www.cancer.gov/pinkbook>

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.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS): *Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes*, OPS y Fundación W.K. Kellogg, 2001.

PRIETO CASTILO, Daniel (1990). *Diagnóstico de la comunicación*", CIESPAL, Quito.

PUSKA, Pekka (1994): *Prevention of Non-communicable Diseases Through Community-based Integrated Programmes*. Documento preparado para la Organización Mundial de la Salud. Traducción realizada por Laura Cipolla (Programa de Prevención del Infarto en Argentina – PROPIA).

SARRIÁ SANTAMERA, Antonio: *Promoción de la Salud en la Comunidad*. Editorial UNED, 2008.

UNIÓN INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD (UIPES): *La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud*. Informe para la Comisión Europea elaborado por la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Parte Uno: Documento base. Versión española traducida, adaptada y editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España, 2003.

VERÓN, Eliseo: *La semiosis social. Fragmentos de una teoría de la discursividad*; Colección El Mamífero Parlante, Editorial Gedisa, primera reimpresión, Barcelona, 1996.

VERÓN, Eliseo y SIGAL, Silvia: *Perón o muerte. Los fundamentos discursivos del fenómeno peronista*. Eudeba, 1986.

ENLACES REFERENCIADOS

Campaña de prevención de la Gripe A: <http://www.informaciongripe.es/>

Campaña de prevención de ITS y promoción del uso del preservativo en las relaciones sexuales: <http://www.yopongocondon.es>

Campaña para la prevención del tabaquismo: <http://www.porquenosotrosno.org>

Campaña de prevención de accidentes de tráfico y promoción de la seguridad vial: <http://www.nopodemosconducirporti.es>

Ministerio de Igualdad. Políticas de Igualdad entre el hombre y la mujer: <http://www.migualdad.es>

Red de Actividad Física de las Américas (RAFA-PANA): <http://www.rafapana.org>

ENLACES REFERENCIADOS

Programa de Agentes Jóvenes en Educación para la Salud (PAJEPS):

<http://www.fundadeps.org/Actividad.asp?codactividad=97&tipoactividad=0&busqueda=pajeps&grupo=0&tematica=0&mesinicio=0&anyoinicio=0&mesfin=0&anyofin=0&T=undefined&cargado=1>

Encuesta por la Salud:

<http://www.fundadeps.org/Actividad.asp?codactividad=89&tipoactividad=0&busqueda=encesta&grupo=0&tematica=0&mesinicio=0&anyoinicio=0&mesfin=0&anyofin=0&T=undefined&cargado=1>

Formación Continuada para Docentes en Educación para la Salud (FIDES):

<http://www.fundadeps.org/Actividad.asp?codactividad=102&tipoactividad=0&busqueda=FIDES&grupo=0&tematica=0&mesinicio=0&anyoinicio=0&mesfin=0&anyofin=0&T=undefined&cargado=1>

Máster en Periodismo Sanitario:

<http://www.fundadeps.org/Actividad.asp?codactividad=105&tipoactividad=0&busqueda=periodismo&grupo=0&tematica=0&mesinicio=0&anyoinicio=0&mesfin=0&anyofin=0&T=undefined&cargado=1>

Experto en Comunicación Social y Salud:

<http://www.fundadeps.org/Actividad.asp?codactividad=104&tipoactividad=0&busqueda=experto&grupo=0&tematica=0&mesinicio=0&anyoinicio=0&mesfin=0&anyofin=0&T=undefined&cargado=1>

Proyecto Vivir en Salud: www.vivirensalud.com

El Agente F – Juego interactivo: http://www.vivirensalud.com/vivir2/noti_agente.asp

Marcos en apuros – Cómic para la prevención de la obesidad:

<http://www.fundadeps.org/Observatorio.asp?recurso=0&grupo=0&tematica=0&busqueda=Marcos&codrecurso=28>

Ha encogido el jersey – Pictograma para primeros lectores:

<http://www.fundadeps.org/Observatorio.asp?recurso=0&grupo=0&tematica=0&busqueda=jersey&codrecurso=29>

Programa GALIA:

<http://www.fundadeps.org/Actividad.asp?codactividad=98&tipoactividad=0&busqueda=galia&grupo=0&tematica=0&mesinicio=0&anyoinicio=0&mesfin=0&anyofin=0&T=undefined&cargado=1>

Campaña “Yo pongo condón”: www.yopongocondon.com

Campaña “Small Step”: <http://smallstep.gov>

Campaña “The FunTheory”: <http://thefuntheory.com>