

Alfabetización en salud

de la información
a la acción



Coordinador:
Ignacio Basagoiti

Alfabetización en salud de la información a la acción

Coordinador:
Ignacio Basagoiti

Edita:
Itaca

ISBN: 978-84-695-5267-4



Alfabetización en Salud. De la información a la acción.

Coordinador: Ignacio Basagoiti

Diseño y portada: Francisco Javier Domínguez
Manuel Traver Salcedo

Revisión y maquetación: María José Nodal López
Manuel Traver Salcedo

La decisión de los editores de publicar el presente libro no implica responsabilidad alguna sobre las opiniones, contenidos, imágenes e información complementaria aportada por los autores.



Distribuido bajo los términos de licencia Creative Commons “Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 3.0 Unported” que permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra de manera inalterada, respetando el reconocimiento a los autores, y sin uso comercial de ésta.

La edición digital de este libro ha sido financiada parcialmente gracias a



plan
avanza2,,



Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2008-2011. Acción Estratégica de Telecomunicaciones y Sociedad de la Información. Año 2011. Subprograma Avanza Contenidos Digitales. TSI-090100-2011-191.

Cómo citar este libro

Basagoiti I. Alfabetización en salud. De la información a la acción [pdf]. Valencia: ITACA/TSB; 2012. ISBN: 978-84-695-5267-4 Disponible en <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>

ÍNDICE



Prólogo

Autores

Sección 1: La comunicación en salud

1.1 Comunicación en salud. *Hernán Díaz*

1.2 Objetivos de la comunicación *Aitor Ugarte*

1.3 La Alfabetización en Salud *Maria Falcón, Ignacio Basagoiti*

Sección 2: Los actores de la comunicación

2.1 Comunicación entre ciudadanos y profesionales de la salud *José Ávila*

2.2 Comunicación entre organizaciones y pacientes *Inma Grau*

2.3 La comunicación entre pacientes *Irene Tato*

2.4 Los medios: Periodismo en salud *Isabel Perancho*

2.5 Comunicación en Salud Pública *Gema Revuelta,*
Raquel Faubel, Jose Miguel Carrasco

2.6 La educación para la salud en la escuela *María Sáinz*

2.7 Las empresas: marketing y salud *Alain Ochoa, Elena Escala*

Sección 3: Tipos de información y canales de comunicación

3.1: Comunicación oral en la consulta *Rafael Ordovás, Carlos Almendro*

3.2 Comunicación escrita *Mari Ángeles Prieto*

3.3. Comunicación audiovisual *Elia Gabarrón, Luis Fernández-Luque*

3.4 Juegos para alfabetización en salud *Jose Luis Sevillano,*
Antón Civit-Balcells, Luis Fernández-Luque, Jonas Lauritzen

3.5 Las app sanitarias *Carlos Sánchez-Bocanegra, Francisco J. Sanchez Laguna*

Sección 4: La información para la salud

4.1 Calidad de la información *Vicente Traver*

4.2 Comprensibilidad y utilidad. *Blanca Mayor Serrano*

4.3 Fiabilidad *Francisco J. Sanchez Laguna/ Carlos Sanchez-Bocanegra*

4.4 Factores psicológicos en la alfabetización en salud *Manuel Armayones,*
Modesta Pousada, Beni Gómez-Zúñiga, Mercedes Serrano

Sección 5: Códigos y actores especiales	
5.1 El papel de la información en el empoderamiento del paciente <i>Salvador Casado</i>	
5.2 Información sobre salud infantil <i>Jaime Cuervo Valdés, David Pérez Solís</i>	
5.3 Información dirigida a jóvenes y adolescentes <i>Mónica Borile</i>	
5.4 Información dirigida a mayores <i>Eulàlia Hernández, Glòria Fité</i>	
5.5 La Alfabetización en Salud y los Inmigrantes: evidencias para la Práctica Clínica <i>Gonzalo Bacigalupe, Kimberly Noelle Parker</i>	
5.6 Información dirigida a los cuidadores <i>Joan Carles March</i>	
 Sección 6: Catalizadores y barreras hacia el futuro	
6.1 La prescripción de información. <i>Salupedia</i> <i>Ignacio Basagoiti, Manuel Traver</i>	
6.2 legislación y marco legal <i>Cristina Gil Membrado</i>	
6.3 Bibliotecas y bibliotecarios <i>Maria García Puente, Paula Traver</i>	
6.4 La información desde la gestión sanitaria. Coste-efectividad de la información <i>Miguel Angel Mañez</i>	
6.5 Personalización de la información. <i>Carlos Fernández, Jose Enrique Borrás-Morell</i>	
 Sección 7: Materiales y recursos adicionales	
7.1 Catálogo de recursos en “Alfabetización en Salud” <i>Paula Traver/María García Puente</i>	
7.2 Glosario sobre comunicación, información y alfabetización en salud <i>Rosa Pérez</i>	
 Agradecimientos	

Sección 1:

La comunicación en salud



SECCION 1. CAPITULO 1.1

LA COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

HERNÁN ALFREDO DÍAZ

1. *Una habilidad humana*
2. *La comunicación como dimensión de la alfabetización en salud*
3. *De qué hablamos cuando hablamos de comunicación*
 - 3.1. *El modelo informacional de la comunicación*
 - 3.1.1 *El objetivo es la transmisión de información para modelar un cambio*
 - 3.1.2 *Códigos compartidos*
 - 3.1.3 *El saber cómo fuente de poder*
 - 3.1.4 *Los medios masivos como actor primordial*
 - 3.2. *El modelo relacional de la comunicación*
 - 3.2.1 *La comunicación no es unidireccional*
 - 3.2.2 *El sentido se produce en todas las instancias del proceso*
 - 3.2.3 *La cultura como condicionante de nuestra forma de percibir e interpretar la realidad*
 - 3.2.4 *Mediaciones*
 - 3.2.5 *Lo importante son los procesos de cambio, más que los productos*
4. *Los destinatarios como punto de partida*
 - 4.1. *Segmentar las acciones en función de las características y necesidades percibidas de los destinatarios*
 - 4.2. *Ofrecer información rigurosa pero a la vez adaptada en su lenguaje a los públicos destinatarios*
 - 4.3. *Fomentar los enfoques creativos y novedosos*
5. *A modo de cierre*
6. *Referencias*

“Las habilidades para la vida son habilidades personales, interpersonales, cognitivas y físicas que permiten a las personas controlar y dirigir sus vidas, desarrollando la capacidad para vivir con su entorno y lograr que este cambie. Como ejemplos de habilidades individuales se pueden citar la toma de decisiones y la solución de problemas, el pensamiento creativo y crítico, el conocimiento de sí mismo y la empatía, las habilidades de comunicación y de relación interpersonal y la capacidad para hacer frente a las emociones y manejar el estrés. Las habilidades de vida tal y como se definen más arriba son elementos constitutivos fundamentales del desarrollo de habilidades personales para la promoción de la salud descritas como una de las áreas de acción clave en la Carta de Ottawa”
(Organización Mundial de la Salud, 1998).

1. UNA HABILIDAD HUMANA

Pensar la comunicación para la salud en el contexto de los procesos de alfabetización en salud nos remite directamente a lo que entendemos son los fines fundamentales de cualquier proceso educativo: posibilitar que los sujetos participantes en ese proceso adquieran los conocimientos, las habilidades y las capacidades para tomar de forma autónoma las decisiones más beneficiosas a nivel individual y colectivo.

En ese sentido, hemos querido empezar este capítulo recuperando esta idea de la comunicación como una habilidad para la vida, una capacidad humana, tal y como lo propuso la Organización Mundial para la Salud en su Glosario de la Promoción de la Salud. En momentos en que se suele pensar la comunicación más en términos de instrumentos o tecnologías, no podemos olvidar el carácter primigenio: el de ser una habilidad humana que nos permite relacionarnos; constituir nuestras identidades individual, grupal y colectiva; compartir determinadas normas, hábitos y conductas (e incluso discutir sobre la adecuación de ellas a nuestra realidad); y, sobre todo, ir evolucionando como sociedad a partir de la creación, desarrollo y adquisición de nuevos conocimientos y habilidades.

Esta forma de entender la comunicación entronca directamente con el fin último de las acciones y programas de alfabetización en salud: aumentar el conocimiento, las habilidades y las capacidades de las personas para que puedan adoptar decisiones saludables de forma autónoma. Como lo señala la OMS, "la alfabetización para la salud supone alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permiten adoptar medidas que mejoren la salud personal y de la comunidad, mediante un cambio de *los estilos de vida* y de las *condiciones* personales de vida. De esta manera, la alfabetización para la salud supone algo más que poder leer un folleto y pedir citas. Mediante el acceso de las personas a la información sanitaria, y su capacidad para utilizarla con eficacia, la alfabetización para la salud es crucial para el *empoderamiento* para la salud. (OMS, 1998; 21. Las cursivas son del autor) [1].

2. LA COMUNICACIÓN COMO DIMENSIÓN DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD

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 en tanto 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, esta relación se desarrolló sobre todo a partir de los cambios en la concepción 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 se puede incidir claramente a través de la alfabetización en salud.

Fue precisamente en Canadá, más precisamente en la ciudad de Ottawa, donde doce años después se produjo la I Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud. Las conclusiones de aquel cónclave se plasmaron en la *Carta de Ottawa*, un documento que definió 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) [2].

El concepto central en este planteamiento es el de *control*. Cabe preguntarse entonces: ¿son controlables las conductas humanas?, ¿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 autocontrol?

En nuestra opinión, está bastante claro que influir en las conductas de los individuos y los grupos para que adopten conductas saludables es bastante complejo. En todo caso, apostamos más por una idea de *autocontrol*: dar las capacidades a las personas y colectivos para que puedan tomar decisiones autónomas y saludables. Como bien ejemplificaba el *Informe sobre la Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud* (UIPES, 2003) [2]: “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”.

En esa línea argumental, surgen también algunas preguntas sobre el rol que puede desempeñar la comunicación para la salud: ¿es la comunicación la pócima mágica que permite cambiar las conductas de las personas en el sentido que lo deseamos?, ¿cuáles son sus aportes a los procesos de alfabetización en salud? Ciertamente, la comunicación ofrece una perspectiva teórica y técnicas específicas para intentar influir en las conductas individuales y colectivas, pero debemos ser muy prudentes y medidos en cuanto a la relación causa-efecto entre las acciones de comunicación y los cambios

de conducta. Nos inclinamos por pensar que la comunicación es una dimensión más en los procesos de alfabetización en salud, una dimensión que, a partir de los objetivos y estrategias propios de esas acciones y programas de alfabetización, facilita y potencia el desarrollo e impacto de esas acciones.

Quizás la definición que mejor señala el alcance de la comunicación para la salud sea la aportada por el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos: “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]. Una definición que, por un lado, nos indica la importancia de diseñar estrategias para la acción, en la que elijamos un camino entre los múltiples posibles en función de los objetivos planteados y los recursos con que contamos; y que, por otro lado, nos señala la importancia que tienen en los procesos de alfabetización tanto la información como la influencia de los diferentes agentes y entornos sociales.

3. DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE COMUNICACIÓN

Antes de entrar en un análisis de los aportes que la comunicación puede hacer a los procesos de alfabetización en salud, es fundamental definir con cierta precisión qué es lo que entendemos por comunicación. Y decimos esto porque hay diferentes formas de entender la comunicación, que condicionan el análisis que se hace de la realidad y, obviamente, se traducen en prácticas de alfabetización en salud muy diversas.

Como ya hemos planteado con anterioridad (Díaz, 2011; 36) [4], del análisis de las prácticas de comunicación para la salud que se han venido realizando subyacen dos perspectivas o modelos de abordaje de la realidad: el modelo **informacional** de la comunicación, el más tradicional, basado en la creencia de que se puede cambiar la realidad con el solo recurso de poner en circulación una serie de mensajes a través de los medios masivos de comunicación (prensa, radio, televisión, Internet); y el modelo **relacional**, en el que la comunicación es considerada una dimensión fundamental de los proyectos de cambio social que incorpora un diagnóstico certero de los diferentes actores que participan en el proceso, reconociendo las características, necesidades y motivaciones de los destinatarios y buscando establecer nexos a partir de los condicionantes culturales y sociales que constituyen su marco de interpretación de la realidad. Veamos en forma resumida algunas de las características de estos dos modelos.

3.1 EL MODELO INFORMACIONAL DE LA COMUNICACIÓN

Este modelo, también conocido como modelo instrumental, ha sido el marco conceptual desde el cual se han realizado múltiples acciones de alfabetización en salud, sobre todo desde las administraciones públicas. Este modelo se caracteriza por:

3.1.1 EL OBJETIVO ES LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN PARA MODELAR UN CAMBIO

Se basa en un modelo emisor-estímulo-respuesta, que supone una relación directa y predecible entre causas y efectos. Considera que el emisor tiene capacidad para modelar y dirigir a placer la conducta del receptor a partir de la transmisión de cierta información. En este modelo, lo importante sucede siempre en la instancia de emisión: si allí se acierta en el mensaje a difundir, en los canales a utilizar y en la dosis (repetición) de los mensajes, el éxito está asegurado.

3.1.2 CÓDIGOS COMPARTIDOS

El emisor da por hecho que el receptor comparte sus códigos y, por tanto, minimiza o niega la posibilidad de incompreensión de los mensajes o malentendidos. En ese sentido, se presta más atención a lo que quiere decir el emisor que a los condicionantes sociales y culturales que determinan la interpretación de esos mensajes por parte de los destinatarios.

3.1.3 EL SABER CÓMO FUENTE DE PODER

En esta perspectiva, las fuentes de saber, y en particular los profesionales de la medicina, detentan unos conocimientos específicos que les confieren una capacidad prácticamente ilimitada de influir sobre la sociedad para dirigir las conductas individuales y colectivas. Ellos hablan, los pacientes obedecen.

3.1.4 LOS MEDIOS MASIVOS COMO ACTOR PRIMORDIAL

Junto con los médicos, se considera que las grandes fuentes de poder con capacidad para influir en la sociedad son los medios masivos de comunicación (especialmente la televisión).

A nuestro modo de ver, este modelo de comunicación es insuficiente para analizar y comprender la complejidad social y, en particular, el proceso de adquisición de conocimientos y cambio de conductas que perseguimos con la alfabetización en salud. En ese sentido, existe un amplio consenso en que cualquier proceso de cambio atraviesa diferentes etapas: una primera, de **información**, en la que los individuos aumentan su conocimiento sobre una determinada temática o realidad, sin que eso implique cambio alguno; 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, finalmente, la **acción** hacia el cambio, la toma de la decisión de adoptar una nueva conducta. El modelo informacional no da cuenta de todo ese proceso.

3.2 EL MODELO RELACIONAL DE LA COMUNICACIÓN

Los estudios culturales, las teorías del discurso y las teorías de la recepción aportaron los fundamentos conceptuales para el surgimiento de una nueva perspectiva, que aquí denominamos como relacional. De forma resumida, los elementos fundamentales de esta perspectiva (Díaz, 2011; 39-41) [4] son los siguientes:

3.2.1 LA COMUNICACIÓN NO ES UNIDIRECCIONAL

En lugar del esquema lineal de emisor-estímulo-respuesta propio de la perspectiva informacional, en esta perspectiva la comunicación es entendida como un sistema constituido por las instancias de producción, circulación y reconocimiento. Estas instancias no son consideradas como estáticas, sino que se enmarcan en un conjunto de condiciones de tiempo, espacio y relaciones sociales que son dinámicas y cambiantes.

3.2.2 EL SENTIDO SE PRODUCE EN TODAS LAS INSTANCIAS DEL PROCESO

Se considera que se produce sentido no sólo en las instancias de producción y circulación -lo que, simplificando, vendrían a ser el emisor y el canal en la perspectiva informacional- sino también en la de reconocimiento. Así, ya no son solo los emisores quienes dan sentido a las cosas, sino que todos los actores participantes en el proceso son productores de sentido.

3.2.3 LA CULTURA COMO CONDICIONANTE DE NUESTRA FORMA DE PERCIBIR E INTERPRETAR LA REALIDAD

En las relaciones con nuestro entorno social y cultural 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.

3.2.4 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. La familia, la escuela, los amigos, el barrio, el trabajo, los espacios físicos compartidos por una comunidad, los medios de comunicación, todos ellos son considerados como mediaciones que condicionan de forma variable el sentido que atribuimos a nuestra realidad.

3.2.5 LO IMPORTANTE SON LOS PROCESOS DE CAMBIO, MÁS QUE LOS PRODUCTOS

Si en el modelo informacional lo importante es conseguir productos de comunicación, en este modelo lo fundamental es generar procesos de interpretación y apropiación de nuevos sentidos por parte de los destinatarios. Más allá de los efectos inmediatos que se puedan conseguir, siempre limitados, lo que se busca es alcanzar cambios duraderos y sostenibles en el tiempo.

Uno de los aportes teóricos fundamentales para la comprensión de esta perspectiva es la Teoría de los Discursos Sociales, de Eliseo Verón, en la cual se postula el principio de indeterminación relativa del sentido: “Del sentido, materializado en un discurso que circula de un emisor a un receptor, no se puede dar cuenta con un modelo determinista. Esto quiere decir que un discurso, producido por un emisor determinado en una situación determinada, no produce jamás un efecto solo y uno solo. Un discurso genera al ser producido en un contexto social dado, lo que podemos llamar un campo de efectos de sentido posibles” (Verón y Sigal, 1986: 15) [5]. Esto no quiere decir que todos resignificamos libremente los mensajes sin ningún tipo de

condicionante, sino que no podemos pensar en que determinadas ideas se pueden transmitir directamente a la sociedad consiguiendo un resultado predeterminado, como lo plantean los modelos conductistas.

Como ya se ha señalado, cambiar conductas individuales y colectivas es realmente complicado porque hay que tener en cuenta una multitud de factores socioculturales. Aportar información es una condición necesaria pero no suficiente para alcanzar esos cambios, porque los procesos de alfabetización en salud deben incorporar como punto de partida a sus destinatarios, con un diagnóstico lo más certero posible de las características de los destinatarios, sus condicionantes culturales y las mediaciones a través de las cuales se comunican y construyen sus relaciones sociales.

En resumen, si las prácticas de comunicación para la salud basadas en el modelo informacional se planteaban "dar información a", las basadas en el modelo relacional se plantean establecer "procesos de comunicación con". Y esto tiene como consecuencia un replanteo profundo de los actores participantes en los procesos de salud y de los escenarios o ámbitos de intervención.

4. LOS DESTINATARIOS COMO PUNTO DE PARTIDA

Como se verá a lo largo de los diferentes capítulos de este libro, las políticas y estrategias de promoción de la salud y educación para la salud que se han ido desarrollando en las últimas décadas han definido nuevos escenarios de actuación en materia de alfabetización en salud, que trascienden ampliamente el sanitario. Desde una perspectiva proactiva, que busca llevar la salud allí donde suceden las cosas, a la vida misma de las personas en sus entornos de actuación, podemos decir que son ámbitos de actuación en materia de alfabetización en salud:

- El ámbito sanitario, para poner en marcha una estrategia integral que contemple tanto la detección de población de riesgo como la educación y promoción de hábitos saludables en la población sana;
- El ámbito educativo, para construir conocimiento y fomentar hábitos de vida saludable en toda la comunidad educativa;
- El ámbito laboral y empresarial, para generar una oferta de bienes y servicios saludables y, al mismo tiempo, promover conductas saludables en los propios entornos laborales;
- El ámbito asociativo, para incorporar como agentes de salud a la sociedad civil organizada en sus redes comunitarias, como son los clubes deportivos, las asociaciones de mayores, los colegios profesionales, las organizaciones de pacientes y cualquier otro tipo de agrupación que pueda estar interesada en promover la salud desde sus ámbitos y programas de actuación habituales.
- El ámbito político, para influir sobre los tomadores de decisiones de forma que se asegure la disponibilidad de las infraestructuras, los recursos y los servicios que faciliten y promuevan conductas saludables;

- Los medios de comunicación, para que incorporen la promoción y educación para la salud como un elemento transversal en sus espacios informativos, publicitarios y de ocio y esparcimiento.

Evidentemente, ampliar a todos estos escenarios el campo de intervención en materia de alfabetización en salud supone incorporar nuevos actores como participantes en esos procesos, en la perspectiva de *empoderamiento* y promoción de la *autonomía* personal.

Si en el apartado anterior nos hemos centrado más en la perspectiva de abordaje, ahora vamos a analizar algunos elementos prácticos a tener en cuenta a la hora de diseñar y ejecutar una acción o programa de alfabetización en salud para incorporar a los destinatarios como punto de partida.

4.1 SEGMENTAR LAS ACCIONES EN FUNCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES PERCIBIDAS DE LOS DESTINATARIOS

Durante mucho tiempo, las campañas de alfabetización en 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 para, en el mejor de los casos, dar la diana de algún árbol. 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) [6]. 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 (YouTube, 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.

En resumen, la *comunicación para la salud* encierra un enorme desafío para quienes actuamos como promotores: *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.

4.2 OFRECER INFORMACIÓN RIGUROSA PERO A LA VEZ ADAPTADA EN SU LENGUAJE A LOS PÚBLICOS DESTINATARIOS

Hemos dicho 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 tener presentes 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 y 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. Con este criterio, la divulgación de la ciencia debe adaptarse a los ámbitos en que se realice y a los destinatarios a los que se dirija, diferenciándose claramente entre la comunicación 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.

En definitiva, estamos hablando de la calidad de la información. Y esa calidad debe valorarse por al menos tres criterios:

- La rigurosidad científica (las evidencias disponibles)
- La accesibilidad (estar disponible y ser comprensible) y
- La pertinencia (capacidad para responder a las necesidades de los destinatarios)

En ese sentido, existen algunas guías que señalan los errores más habituales en la producción de la información sobre salud y aportan las claves para mejorar ese proceso. Por ejemplo, la Guía de Estilo sobre Salud y Medios de Comunicación referida al cáncer señalaba que los principales problemas o malas prácticas detectadas en la información sobre esa enfermedad son (AECC, 2006: 8) [7]:

- 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, la guía propone un conjunto de recomendaciones referidas a la construcción de la información y al uso del lenguaje (AECC, 2006: 10) [7]:

- 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 puede apreciarse, todas estas cuestiones refieren a nuestra responsabilidad como productores de información de calidad sobre salud, pero pensando sobre todo en cómo facilitar la interpretación y apropiación de los conocimientos por parte de los destinatarios.

4.3 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, en el periodismo suele decirse 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 alfabetización en 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 podemos causar un impacto adecuado.

Recientemente, se puso en marcha una campaña denominada “The FunTheory”, impulsada por Volkswagen (Thefuntheory.com) [8]. 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 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 tradicional 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.

5. A MODO DE CIERRE

Si se quieren conseguir cambios verdaderos y sostenibles en las conductas hay que trabajar desde 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. Es decir, ciertamente cada vez tenemos más información para definir *qué* hay que hacer para mejorar el estado de salud y aumentar el bienestar de la población, pero el *cómo* hacerlo debe adaptarse a las circunstancias y los destinatarios de nuestra acción.

En ese sentido, la comunicación se ofrece como una dimensión fundamental en la gestión de acciones y programas de alfabetización en salud, porque ofrece las estrategias y las técnicas necesarias para construir un puente entre los conocimientos científicos y la comunidad a la que esos saberes deben beneficiar.

6. REFERENCIAS

- [1] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998). *Promoción para la Salud. Glosario*. Disponible en www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf. Recuperado el 5 de octubre de 2010.
- [2] 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*.
- [3] INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER DE LOS ESTADOS UNIDOS. *Making health communication programs work. 2004*. En línea en www.cancer.gov/pinkbook. Recuperado el 25 de octubre de 2011.
- [4] Díaz HA. *La comunicación para la salud desde una perspectiva relacional. En: Comunicación y Salud. Nuevos escenarios y tendencias. Madrid: Editorial Complutense; 2011. p. 33-49*.
- [5] Verón E y Sigla S. *Perón o muerte, los fundamentos discursivos del fenómeno peronista*. Buenos Aires: Editorial Legasa; 1986.
- [6] MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO DE ESPAÑA. *Campaña "Yo pongo condón"*. Disponible en www.yopongocondon.com.
- [7] ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER. *Guía de Estilo sobre Salud y Medios de Comunicación. El Cáncer. 2006*. Disponible en www.pfizer.es/actualidad/recursos/guia_estilo_enfermedades.html. Recuperado el 25 de octubre de 2011.
- [8] THE FUN THEORY. *Campaña disponible en thefuntheory.com*
- [9] Cuesta U, Ugarte A y Menéndez T. *Comunicación y Salud. Avances en modelos y estrategias de intervención. Madrid: Editorial Complutense; 2008*.
- [10] Díaz HA. *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. Madrid: Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid; 2000*.
- [11] Díaz HA y Uranga W. *Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. Revista de Comunicación y Salud. 2011; Volumen 1, nº 1: 113-24*.
- [12] Gumucio-Dagrón A. *Cuando el doctor no sabe. Comentarios críticos sobre promoción de la salud, comunicación y participación. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas. 2010; Época II. Vol. XVI. Núm. 31: 67-93*.
- [13] Mattelart A y Mattelart M. *Historia de las teorías de la comunicación. Barcelona: Paidós; 1997*.
- [14] Verón E. *La semiosis social. Fragmentos de una teoría de la discursividad. Primera reimpresión. Barcelona: Editorial Gedisa, Barcelona; 1996*.

AUTORES
(por orden alfabético)

Carlos Almendro • Manuel Armayones • José Ávila • Gonzalo Bacigalupe • Ignacio Basagoiti • Mónica Borile • José Enrique Borrás - Morell • José Miguel Carrasco • Salvador Casado • Antón Civit - Balcells • Jaime Cuervo Valdés • Hernán Díaz • Elena Escala • María Falcón • Raquel Faubel • Carlos Fernández • Luís Fernández - Luque • Gloria Fité • Élia Gabarrón • María García - Puente • Cristina Gil Membrado • Beni Gómez - Zúñiga • Inma Grau • Eulalia Hernández • Jonas Lauritzen • Miguel Ángel Máñez • Joan Carles March • Blanca Mayor • Alain Ochoa • Rafaél Ordovás • Kimberly Parker • Isabel Perancho • David Pérez Solís • Rosa Pérez • Modesta Pousada • Mari Ángeles Prieto • Gema Revuelta • María Sáinz • Carlos Sánchez - Bocanegra • Francisco J. Sánchez Laguna • Mercedes Serrano • José Luís Sevillano • Irene Tato • Manuel Traver • Paula Traver • Vicente Traver • Aitor Ugarte

"Alfabetización en salud. De la información a la acción" es un libro colectivo que aborda, desde múltiples enfoques, disciplinas y sensibilidades, el complejo proceso de transformar la información y el conocimiento en decisiones prácticas, con resultados tangibles en cuanto a ganancias en salud. Se trata de la primera gran obra en español sobre la materia, donde sus más de 40 autores ofrecen una completa visión de la cuestión, que complementan con recursos e información práctica para el profesional o el ciudadano que quiere adentrarse en el tema.

