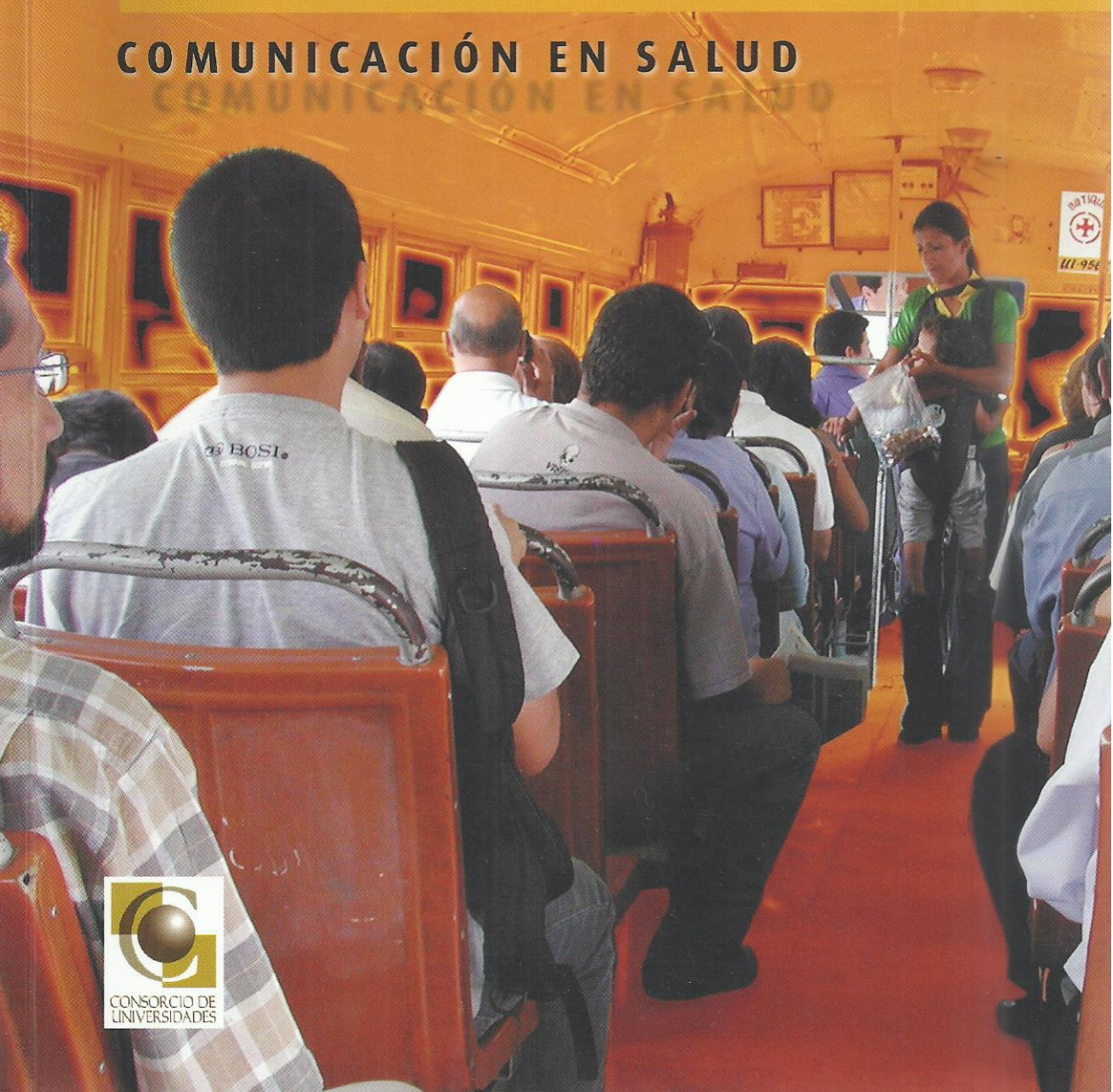


Apuntes acerca de la Comunicación en Salud en el Perú

COMUNICACIÓN EN SALUD



Ana María Cano

Celia Aldana

Estela Roeder

Luis Bacigalupo

Pablo Espinoza

Rosa María Alfaro

Samuel Paredes

Sandra Vallenás

COMUNICACIÓN EN SALUD
**Apuntes acerca de la Comunicación
en Salud en el Perú**



COMUNICACIÓN EN SALUD

Apuntes acerca de la Comunicación en Salud en el Perú



Hecho el Depósito Legal:
1501162005-1272

© Consorcio de Universidades
Plaza Francia 1164
Lima-Perú
web: www.consortio.edu.pe

Diseño integral: Edwin Núñez Ibáñez

Lima, febrero 2005

Esta edición es de distribución gratuita.

*Queda prohibida la reproducción total o parcial de este libro
sin permiso escrito del editor.*

Índice

Presentación	7
Una aproximación desde los conceptos de sociedad civil y responsabilidad social universitaria <i>Luis Bacigalupo</i>	11
Desarrollo de capacidades en comunicación para la salud: ¿desde dónde ubicar los nuevos paradigmas? <i>Estela Roeder</i>	21
Acerca de las políticas de Comunicación en Salud <i>Celia Aldana</i>	47
Evolución de la temática cultural durante el proceso seguido en el proyecto <i>Fortalecimiento de las capacidades nacionales en Comunicación en Salud</i> <i>Sandra Vallenás</i>	69
Desencuentros comunicativos en salud <i>Rosa María Alfaro</i>	77
Entrenamiento a periodistas radiales en comunicación y salud: ilusión y realidad de los medios de comunicación <i>Ana María Cano</i>	109

Programa de pasantías en Comunicación en Salud: reflexiones de un tutor <i>Pablo Espinoza</i>	133
Reflexiones acerca de la comunicación y la promoción de la salud: redescubriendo o retornando a la realidad <i>Samuel Paredes</i>	141
Nota sobre los autores	153

Presentación

LOS ARTÍCULOS QUE FORMAN parte de este libro se originan en el proyecto «Fortalecimiento de las capacidades nacionales en Comunicación en Salud», realizado por el Consorcio de Universidades con el financiamiento de AED/Change y USAID a partir del 2003. El ámbito de acción han sido ocho regiones del país, para lo cual se ha trabajado en alianza con las universidades nacionales de dichas regiones: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Universidad Nacional de Trujillo, Universidad Nacional del Centro del Perú, Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, Universidad Nacional de San Martín y Universidad Nacional de Ucayali.

Son varias las tareas realizadas teniendo a la Comunicación en Salud como eje: capacitación a actores de salud y periodistas, formulación de una propuesta de formación, investigaciones, pasantías de estudiantes, talleres sobre comunicación, salud y cultura, entre otras. Su implementación ha estado dirigida por docentes de las cuatro universidades del Consorcio, comprometidos todos con la salud, la comunicación y el desarrollo. Confrontar su experiencia como docentes universitarios con la intervención en el campo de la Comunicación en Salud con distintos actores, así como con la

de los docentes de regiones, y, a su vez, las realidades de universidades privadas y estatales; ha sido una labor muy rica, de aprendizajes continuos y constantes replanteamientos. Queda el convencimiento de la enorme responsabilidad social que tiene la universidad con el país, y que hay todavía camino por recorrer para encontrar rumbos comunicativos en torno a la salud y que esta sea un asunto de todos.

Los artículos que ahora presentamos son el fruto de esta experiencia. En ellos se expresan las reflexiones de quienes han participado en el proyecto, tratando no solo de sistematizar lo vivido sino de —a partir de ello— aportar en la construcción de la Comunicación en Salud como búsqueda y encuentro. Luis Bacigalupo nos presenta sus apuntes sobre la relación entre la universidad y la sociedad civil; Estela Roeder se confronta con los enfoques y paradigmas existentes; Celia Aldana, de las relaciones entre la Comunicación en Salud y las políticas; Sandra Vallenás se centra en las relaciones entre comunicación, salud y cultura, muchas veces no afrontadas en un país tan diverso; Rosa María Alfaro nos habla de los encuentros y desencuentros —o muchas veces incomunicaciones— en el campo de la salud; Ana María Cano, sobre las potencialidades y a veces deficiencias en el trabajo con los medios y periodistas; Pablo Espinoza nos presenta sus reflexiones a partir del trabajo con los estudiantes en las pasantías; y, finalmente, Samuel Paredes, sus visiones como médico a partir del encuentro con la Comunicación en Salud.

Así, comunicadores, científicos sociales, médicos y filósofos, nos ofrecen sus diferentes entradas a este rico campo y dan muestras de que la interdisciplinariedad es posible. A todos ellos nuestro reconocimiento y agradecimiento por su colaboración, estamos seguros de que sus reflexiones serán un aporte invaluable para todos aquellos comprometidos con la comunicación y la salud.

No queremos dejar de agradecer a Silvio Waisbord de AED/Change, que ha compartido con nosotros no solo el trabajo, sino las dudas, sugerencias y reflexiones. A la oficina de salud de USAID por su apuesta y apertura a la búsqueda de nuevos rumbos, también nuestro reconocimiento. A nuestras universidades y faculta-

des un franco agradecimiento por su constante apoyo, y a las universidades regionales por su compromiso en la labor emprendida.

Consortio de Universidades

**Una aproximación desde los
conceptos de sociedad civil
y responsabilidad social
universitaria**

Luis Eduardo Bacigalupo



DE PROYECCIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD A RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA: ¿SOLO UN CAMBIO DE TERMINOLOGÍA?

El uso de *Responsabilidad Social* en lugar de *Proyección Social* se explica porque no se trata de que la Universidad se proyecte con lo que tiene de sobrante a la sociedad, sino que responda a demandas sociales específicas. En este cambio de enfoque juegan un papel central los conceptos de sociedad civil y de *tercer sector*, que se han encumbrado como auténticas propuestas de cambio social frente a la crisis del Estado-Nación y la proliferación de la cultura del consumo.

Esto quiere decir que a la Universidad se le está demandando una cierta injerencia política orientada al cambio de estructuras y hábitos sociales que impiden el bienestar y el desarrollo humano, situación que desde luego tiene que plantearse con precisión, toda vez que subsisten aún los prejuicios frente al tipo de acción política que se pretendió impulsar desde la Universidad en el pasado reciente. Por ello, se insiste en ver este nuevo proceso a la luz del encumbramiento de la sociedad civil y el tercer sector.

Al parecer, estamos inmersos en medio de un proceso de revisión de la clásica confrontación entre Estado y sociedad, que alimentó las formas anteriores de concebir la acción política. Este nuevo enfoque permite superar el paradigma de la confrontación violenta e interpretar el concepto de sociedad civil como un esfuer-

zo por reformular las funciones de los actores sociales, en vista del cambio social exigido por la crisis del Estado-Nación. La aparición del tercer sector es una expresión de la enorme creatividad que este reenfoque de lo político es capaz de poner en marcha. El proceso permite constatar el propósito de muchas voluntades, tanto de personas como de instituciones, de contribuir a la creación de una esfera pública crítica orientada a consolidar la democracia y el cambio social sobre nuevas bases de legitimidad.

ASOCIACIÓN VOLUNTARIA, SOCIEDAD CIVIL Y UNIVERSIDAD

Michael Walzer ha dado una pauta teórica importante al señalar que una asociación voluntaria es aquella de la que uno se puede apartar con la misma libertad con la que se hace miembro. Esta pauta excluye de la sociedad civil a organizaciones exclusivistas o aquellas donde la renuncia implica algún tipo de sanción moral, como ocurre con las iglesias o sectas religiosas. La Universidad es por naturaleza el ámbito de la libertad, de modo que en ella se garantiza el principio del libre ingreso y libre egreso. En ese sentido, es obviamente una asociación voluntaria.

Ahora bien, cuando se habla de sociedad civil, se trata de asociaciones voluntarias que se congregan en vista del cambio social. Este se define como la realización colectiva de mejores condiciones para una vida más digna, más libre, más igualitaria y más democrática para una determinada colectividad, y se logra mediante la creación y consolidación de redes institucionales y de recursos humanos, articuladas en torno a objetivos comunes y de consenso. El marco político de esta forma de plantear la acción colectiva es la democracia liberal y el Estado de Derecho, y ya es un lugar común señalar que el proceso de cambio debe estar sostenido en un manejo no-violento y regulado de los conflictos sociales.

A la Universidad le compete fortalecer las competencias morales y cognitivas de los distintos sujetos involucrados en este proceso. La educación y la comunicación son objetivos centrales del mismo, por lo que la Universidad está llamada a poner en marcha

programas de investigación aplicada con fuertes componentes de comunicación interpersonal, capaces de interpretar adecuadamente las demandas sociales del entorno y transformarlas en propuestas de acción viables y sostenibles. La Universidad es la institución convocada a hacer la pedagogía del diálogo democrático; es la institución llamada a facilitar el mutuo reconocimiento de los actores políticos, tanto gobernantes como gobernados; mayorías y minorías; y, sobre todo, capaz de apoyar mediante el conocimiento y la racionalidad ética el diálogo entre el Estado y la sociedad civil.

LA RACIONALIDAD ÉTICA COMO INTRÍNSECA A LA LABOR DE LA UNIVERSIDAD

El concepto de *sociedad civil* es en sí mismo un concepto construido sobre la *racionalidad ética* de la acción política. Esto se ve con claridad cuando se advierte que siempre aparece en oposición a los conceptos de *sociedad económica* y *sociedad política*. Lo que se está distinguiendo con estos términos es, en realidad, racionalidades. Cada una de estas sociedades, representa distintas formas de pensar la acción, ya sea técnica, pragmática o ética.

La *racionalidad técnica* se vincula principalmente al subsistema económico; y es el modo de pensar que conduce a la realización eficiente de la acción, sobre la base del conocimiento científico y técnico. Su lógica es instrumental, abocada a eliminar obstáculos. La *racionalidad pragmática* está vinculada, por su parte, al subsistema político. ¿Qué busca un pragmático? Obtener control y mantener el control del funcionamiento de una determinada estructura institucional o un conjunto de ellas, y eso lo lleva a desplegar una lógica comprensiva de las reglas de juego, como, por ejemplo, la negociación y la percepción del carácter de los actores relevantes. En cambio, la *racionalidad ética*, que está vinculada con el mundo de la vida, es la que preserva el valor de la persona humana frente a la fuerza arrolladora de las otras dos racionalidades. Porque vivimos en medio del conflicto social, la lógica de la racionalidad

dad ética es defensiva; pero a la vez activa, sostenida en principios éticos y no en dogmas.

La intuición que se halla detrás de este planteamiento es que si no se acompaña a la acción política de principios éticos, por defecto de los mismos, se instalará una racionalidad puramente pragmática. La racionalidad política es una especie de la racionalidad pragmática, que debería lograr incorporar en ella principios éticos que la salven del riesgo de caer en una espiral decadente y *autocancelatoria*. En cierto sentido, la sociedad civil se ofrece como una suerte de tabla de salvación de una racionalidad política moderna que muestra claros síntomas de decadencia.

Lo que distingue la acción política de las organizaciones de sociedad civil es que luchan por garantizar la libertad personal y las libertades cívicas de sus colectividades sin pretender la obtención del poder en el aparato del Estado. Su meta es la realización colectiva de mejores condiciones de vida para poblaciones concretas, hecho que pretenden lograr por medio de la unión coordinada de sus esfuerzos. No sustituyen a la sociedad política, no se separan de la sociedad económica, sino buscan convertirse en el elemento articulador de las tres sociedades. En ese sentido es que la sociedad civil es la salvación de ambas, porque ambas sociedades, la económica y la política, cuando pierden la dimensión ética de su acción, entran en una vorágine autodestructiva; lo que dicho de otra manera, significa que ambas racionalidades, la técnica y la pragmática, tienden a enajenar a las personas, convirtiéndolas en simples medios para sus fines. Si hacen eso sin ningún tipo de *autolimitación*, en esa misma medida, minan el suelo por el que ellas transitan. El supuesto es que nunca se van a *autolimitar*, por lo que hace falta construir redes de organizaciones que las obliguen pacíficamente a hacerlo, y eso es sociedad civil.

RACIONALIDAD ÉTICA Y MISIÓN DE LA UNIVERSIDAD

A la Universidad le corresponde por naturaleza pensar. Cuando se presentan retos históricos, somos los universitarios los que debemos

detectarlos y calibrarlos en su real dimensión. Debemos saber si las tendencias que se observan en el campo de la acción política son una simple moda o si representan, más bien, el inicio de una verdadera transformación de la democracia moderna. Al hacer esto, la Universidad no se ofrece como plataforma para movimientos políticos ni para partidos políticos. Los partidos y movimientos pertenecen a la sociedad política, y están allí para obtener el control del gobierno y la administración del Estado. La Universidad no es plataforma para esa política, nunca lo ha sido y no debería serlo jamás.

Es muy importante no confundir las realidades en este punto. La Universidad es plataforma, en todo caso, para una nueva manera de hacer política: la política no-partidaria que se hace desde la sociedad civil, que no está orientada a hacerse del control estatal; que no se rige por una lógica de identidades *contradistintivas*; que nunca es excluyente. En una palabra, que no es partidaria. Por otro lado, tampoco es razonable pretender reducir a la Universidad a un papel puramente científico, porque desde su creación, en la Edad Media, siempre ha tenido repercusión, mayor o menor, en la configuración de la vida política de su entorno. Ni siquiera Humboldt, con todo el aprecio que tenía por la investigación científica, concibió una Universidad solo abocada a la ciencia, porque a él no se le ocurrió que podía desvincularse el conocimiento científico de la formación del carácter nacional.

Este vínculo, perfectamente connatural, del centro generador del saber y la demanda de saber en la sociedad, es lo que ha llevado a que hoy se esté replanteando la idea de una proyección casi accesoría en términos de una responsabilidad ante la sociedad que la Universidad no puede seguir eludiendo.

FORMAS DE CONCRETAR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA EN EL PERÚ

Que la sociedad civil peruana necesita el apoyo de la Universidad, es evidente. No hay todavía los espacios públicos necesarios; las redes no son suficientes o son muy débiles, incapaces todavía de

recoger las distintas perspectivas y potenciarlas en programas de acción conjunta. La Universidad está llamada a fortalecer este proceso, pero obviamente se tienen que satisfacer ciertas condiciones para que esto sea posible.

En primer lugar, hay que fortalecer a las mismas universidades, para lo cual es fundamental que se ponga en marcha un buen sistema nacional de acreditación. Cada universidad debería hacer de la *Responsabilidad Social Universitaria* una columna vital de la actividad institucional. Es verdad que faltan los recursos y que, por esa razón, se hace muy poca investigación pura y aplicada en el Perú, pero la posibilidad de hacer investigación aplicada recogiendo el conocimiento y la experiencia ya existente en el entorno social está a nuestro alcance. No hacen falta presupuestos millonarios para enriquecer el conocimiento académico con la incorporación de ese saber del entorno social, en múltiples campos, enriqueciéndolos, desde luego, con los cánones de la ciencia. Hace falta sistematizarlo y volcarlo a las aulas como un capital intelectual propio, y esto se puede hacer mediante programas curriculares diseñados para que los estudiantes y los profesores estén en contacto permanente y productivo con su realidad.

La mayor contribución que la Universidad puede hacer a su país, o a su nación (si queremos seguir usando la terminología de Humboldt), es convertirse en un modelo de sociedad civil, productor de capital social. Para ello, profesores y estudiantes deben asumir la responsabilidad de crear un hábitat interdisciplinario que reconfigure la praxis académica. En ese nuevo hábitat habría que promover la responsabilidad individual mediante ofertas curriculares flexibles, ajustadas a las demandas concretas del entorno laboral y social; crear nuevos hábitos de trabajo, que superen el individualismo y la exclusión; aprender los lenguajes de la ciencia en su aplicación, lo que exige espacios reales y no únicamente la conscripción al aula para el desarrollo de las competencias y las habilidades. Todo lo cual tiene que estar acompañado, desde luego, por el establecimiento de vínculos institucionales estrechos entre la Universidad y las instituciones que se hallan abocadas al desarrollo.

Bibliografía recomendada

- ABUGATTAS, Juan, TUBINO, Fidel y otros (Ed.). *La Universidad que el Perú necesita*. Lima: Foro Educativo, Consorcio de Universidades, 2001.
- CHAMBERS, Simone, KYMLICKA, Will, (Ed.). *Alternative Conceptions of Civil Society*. Princeton: Princeton University Press, 2002.
- COHEN, Jean L., ARATO, Andrew. *Sociedad Civil y Teoría Política*. México: Fondo de Cultura Económica, 1992.
- EHENERNBERG, John. *Civil Society. The Critical History of an Idea*. New York: New York University Press, 1999.
- ÍSMODES, Eduardo. «Producción de conocimiento y políticas de investigación en el mundo, en el Perú y en la universidad peruana». En ABUGATTAS, Juan, TUBINO, Fidel y otros (Ed.). *La Universidad que el Perú necesita*. Lima: Foro Educativo, Consorcio de Universidades, 2001.
- OAKESHOTT, Michael. «The study of 'politics' in a university». En *Rationalism in politics and other essays*. Indianapolis, Liberty Fund, 1991.
- PATTERSON, Orlando. *La libertad en la construcción de la cultura occidental*. Santiago: Editorial Andrés Bello, 1991.
- SELIGMAN, Adam B. «Civil Society as Idea and Ideal». En CHAMBERS, Simone, KYMLICKA, Will, (Ed.). *Alternative Conceptions of Civil Society*. Princeton: Princeton University Press, 2002.
- THORNE, Cecilia. «La calidad de la educación universitaria y el caso peruano». En ABUGATTAS, Juan, TUBINO, Fidel y otros (Ed.). *La Universidad que el Perú necesita*. Lima: Foro Educativo, Consorcio de Universidades, 2001.
- WALZER, Michael. «Equality and Civil Society». En CHAMBERS, Simone, KYMLICKA, Will, (Ed.). *Alternative Conceptions of Civil Society*. Princeton: Princeton University Press, 2002.

**Desarrollo de capacidades
en comunicación para la salud:
¿desde dónde ubicar los
nuevos paradigmas?**

Estela Roeder Carbo



LA COMUNICACIÓN ES UN FACTOR decisivo para la cohesión social, el diálogo y el encuentro; crea relaciones y vínculos, además permite generar acciones en favor de la salud y el desarrollo. Sin comunicación no es posible construir colectivos y ciudadanía. Sin comunicación no podríamos ser felices.

En el presente artículo se hablará de la relación de la comunicación con la salud; de sus inicios y su proceso de crecimiento; del proceso de posicionamiento en el campo de la salud pública, de las fortalezas y conflictos generados; de los fracasos y las apuestas, con la intención de arribar a recomendaciones que contribuyan a mejorar las acciones de los comunicadores en el campo de la salud.

Es importante reafirmar que la Comunicación en Salud en el Perú es un nuevo actor en la agenda del desarrollo social desde hace poco más de diez años. Nació después de la epidemia del cólera, en el verano de 1991. Este evento sanitario cambió la política de salud y nos dejó aprendizajes en todas las áreas sanitarias. Nos enseñó a reconocer la importancia de la comunicación social para preservar la vida de las personas; que las posibilidades de enfrentar una emergencia sanitaria son mayores cuando las personas están informadas; que es posible lograr espacios de participación; y, sobre todo, a promover la transparencia en las decisiones políticas cuando se presentan estas situaciones que comprometen la vida de millones de personas.

Desde entonces los comunicadores que trabajamos en salud hemos crecido no solo en número —pues ahora los encontramos en diferentes y variados escenarios institucionales— sino que hemos aprendido a responder adecuadamente a las exigencias de la salud pública; situación que caracterizo como un «enamoramiento continuo y siempre en crecimiento», y que se sigue reproduciendo en el tiempo gracias a instituciones como el Consorcio de Universidades, las agencias de cooperación, las ONG, el sector salud y la población, a quien nos debemos.

La reflexión y el debate sobre la relación y el significado de la Comunicación en Salud recién han empezado. Somos un país que posee una gran carga de experiencia comunicativa en los últimos 14 años, así lo evidencian los numerosos programas y campañas en distintos temas de salud —además del cólera—, en los que se han invertido importantes recursos financieros, humanos y técnicos; pero aún se arrastra la gran incapacidad de generar una memoria colectiva e institucional sobre el tema, por la falta de sistematización y difusión y la poca valoración e interés por obtener lecciones aprendidas que promuevan innovaciones conceptuales y estratégicas.

Otro aspecto importante que debemos considerar son los enfoques o modelos teóricos de la Comunicación en Salud que han arribado a nuestro país. Los espacios de reflexión y debate académico por parte de las universidades han sido escasos y esporádicos, lo cual evidencia un primer conflicto: la universidad ha estado actuando de espaldas a la realidad, o al menos, de espaldas a las intervenciones de comunicación en el campo de la salud pública por varios años.

En ese sentido, la convocatoria del Consorcio de Universidades ha sido oportuna y pertinente, dado que ha despertado expectativas y demandas del personal de salud sobre el tema, a lo que se han sumado emisoras de radio locales, las ONG y asociaciones de promotores de salud, además del creciente interés de los estudiantes de pregrado por aprender y tener mayor información y presencia en las actividades comunicativas en el campo de la salud, además de los docentes universitarios.

Para la elaboración de este documento se han considerado dos momentos: el primero aborda la historia, proceso, usos y percepción

nes sobre la comunicación para la salud, y el segundo, apreciaciones sobre la experiencia del Consorcio de Universidades a partir de las acciones centrales que realizó en estos años de trabajo, es decir, el estudio realizado sobre las capacidades de Comunicación en Salud y la experiencia, resultados y apuestas a partir de las acciones educativas y de reflexión sobre el tema con ocho universidades con sede regional.

Finalmente, quiero agradecer al Consorcio de Universidades, al Proyecto CHANGE AED/ Grupo Manoff y a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Gracias a ellos pudimos desarrollar un trabajo inédito y esperamos que esta experiencia nos permita mejorar y fortalecer las capacidades nacionales en el tema y, sobre todo, que los docentes y estudiantes de las regiones que han participado se mantengan y desarrollen nuevos caminos para la Comunicación en Salud, con una mirada innovadora y siempre crítica.

1. LA COMUNICACIÓN Y LA SALUD: APROXIMACIÓN A LOS ORÍGENES

El cólera: ese gran culpable

El Perú es un país que nunca deja de sorprendernos. El éxito de la campaña mediática y social, desarrollada para detener el avance de la epidemia del cólera (1991) y su alta mortalidad, fue capitalizado años después por las instituciones sanitarias del Estado y de la sociedad, quienes vieron en la comunicación una nueva veta de trabajo. Los medios de comunicación en los tiempos del cólera se convirtieron en los nuevos actores para los proyectos de inversión en salud que arribaron al país posterior a la epidemia (1994-2000), por el efecto e impacto de sus mensajes en la población.

Diversas entidades del Estado y las ONG elaboraron proyectos sobre temáticas referidas a la higiene, cuidado de los alimentos, saneamiento ambiental, entre otros, con un alto énfasis difusionista. La realidad sanitaria translucía el déficit histórico de los gobier-

nos. En ese entonces, la mitad de la población carecía de servicios básicos de agua potable y desagüe; por ende, existían las condiciones para que cualquier epidemia se instale y conviva con los peruanos, sobre todo con los más pobres.

Los analistas políticos de la época señalaron de manera crítica que «tuvieron que enfermarse los adultos, para darnos cuenta que una diarrea puede matar», en alusión a invisibilidad social respecto a las muertes infantiles producidas por las enfermedades diarreicas agudas (EDA).¹

Los adultos son los que trabajan y, por tanto, pasan más horas fuera de la casa. La situación económica del Perú era crítica, y para la mayoría enfermarse implicaba renunciar a su jornal o a reducir sus ingresos. El cólera llegó cuando empezaba el verano costeño. Fue el Ministerio de Salud el que notificó a la población de su presencia. De manera directa y clara, el 4 de febrero se informó en los medios de comunicación que el cólera había llegado al Perú y se quedaría entre nosotros por un largo tiempo.

Las percepciones sobre los orígenes del cólera fueron múltiples, como nuestra cultura nacional: la Guerra del Golfo, castigo divino, el gobierno. También se le llamó la *guerra del cebiche*, en alusión a los problemas que se presentaron por el consumo de pescado crudo y las protestas de los trabajadores pesqueros contra el gobierno, específicamente contra el Ministerio de Salud, al ver reducidas sus ventas.

La situación de emergencia nacional obligó a la población a cambiar sus comportamientos en un corto tiempo y los medios coadyuvaron a ello, difundiendo tres mensajes básicos: beber agua hervida o segura, lavarse las manos antes de comer y cocinar, y consumir alimentos cocidos. Como decía Jennie Vásquez-Solís,² este era «el ABC para mantenerse sanos y no enfermarse de cólera», di-

1 Se calculaba más de 25.000 muertes infantiles por EDA a inicios de los noventa.

2 Jennie Vásquez-Solís es una experimentada periodista en salud y pionera de la Comunicación en Salud en el Perú. Trabaja desde 1989 en la Organización Panamericana de la Salud. Su trabajo ha trascendido en el nivel internacional como docente en el tema.

cho de otro modo, prevenir antes que lamentar. El lema *Paremos el cólera* fue el marco de una campaña denominada de «corte» para promover la alerta nacional sobre la presencia de la epidemia y que fue acompañada por una atención sanitaria inmediata, masiva y gratuita.

Pese al éxito de la misma, el Ministro de Salud y la mayoría de su equipo técnico tuvieron que renunciar; su presencia cuestionaba la política económica de los gobiernos anteriores y la gran deuda social con los pueblos del Perú. La epidemia evidenciaba los problemas y carencias de servicios básicos de salud. Con todo, el ministro Vidal reivindicó la imagen del Ministerio de Salud al asumir el liderazgo como vocero y conductor de esta gran propuesta sanitaria ante una epidemia nacional.

Los medios de comunicación abrieron segmentos dedicados a la epidemia. Se construía el relato nacional que involucraba a todos: las playas sin bañistas, el número de enfermos que acudían a los hospitales, la falta de camas, los muertos, los dramas individuales convertidos en temas de interés nacional, los carnavales alegres reemplazados por las ceremonias fúnebres. La epidemia se volvió incómoda, impopular y había que dar vuelta a la página.

Lecciones poco aprendidas

Tres mensajes básicos, claros y simples, una actitud de liderazgo y transparencia por parte del sector salud, el apoyo de los medios de comunicación y las organizaciones no gubernamentales y sociales fueron fundamentales para disminuir los efectos de una epidemia nacional, que tuvo una mortalidad del 1%, a pesar del número de casos presentados;³ una epidemia con la cual se inició la última década del novecientos y que permitió los nuevos proyectos sobre la Comunicación en Salud.

³ La epidemia del cólera se oficializó el 4 de febrero de 1991, a raíz de la presencia de casos de diarrea aguda en adultos en la provincia de Chancay. En el primer trimestre, los casos sobrepasaron los 400.000, dado su desarrollo explosivo en diferentes regiones del país.

El cólera nos dejó lecciones y una de ellas fue la necesidad de institucionalizar a la comunicación. Las oficinas de relaciones públicas del sector salud empezaron a ampliarse y a diversificar sus funciones y actividades; se generaron nuevas áreas y se le prestó mayor atención financiera, tanto para la capacitación como para la realización de campañas, lo cual también tenía que expresarse por medio de un nuevo marco conceptual. ¿De dónde sacarlo? En las universidades peruanas aún no se pensaba sobre el tema. Los comunicadores tenían poco interés en incursionar en el campo de la salud. Las remuneraciones del Estado no eran atractivas y en las ONG se trabajaba la salud desde el campo educativo. La comunicación se expresaba mediante material gráfico (afiches y folletos) y participación en los espacios de emisoras radiales locales.

Las estrategias comunicativas se reducían a producir material, pues para muchos era la manera de dar a conocer el trabajo de forma concreta; la investigación se planeaba desde lo epidemiológico y no desde lo comunicativo. Los diagnósticos de comunicación eran inexistentes, a lo sumo, reducidos a dos o tres preguntas: qué medio escucha o ve, cuál es el horario y qué programa le gusta más.

A los dos años de la epidemia, se iniciaron los procesos de capacitación en planificación de la comunicación social que tenían como contraparte al Ministerio de Salud y los proyectos de inversión, además de algunas ONG (la Academia para el Desarrollo Educativo, que contaba con el auspicio de USAID; el Programa de Comunicación de la Johns Hopkins University; el Programa de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS-Washington)).

Eran tiempos de cambio y la reforma del Estado acompañó el discurso de los nuevos proyectos. La comunicación requería de un marco teórico y de un esquema de planificación. El planeamiento estratégico entró con fuerza y la comunicación tuvo que adaptarse y renunciar a su sentido original: la construcción de discursos y relaciones. Se abrieron las puertas a un nuevo lenguaje: línea de base, árbol de problemas, estrategias, monitoreo. Verdaderamente, los comunicadores no estábamos preparados para ello.

Con ustedes, la nueva estrella: IEC⁴

Luis Ramiro Beltrán jamás imaginó en el problema que nos metería a los comunicadores y aprendices de Comunicación en Salud en el Perú. Todo empezó cuando los expertos y consultores internacionales trajeron esta denominación bajo el brazo y se iniciaron los estudios de base de los nuevos proyectos de inversión (1993-95). Fue una lástima no haber tenido directamente al doctor Beltrán; estoy segura de que su presencia nos hubiese ahorrado discusiones estériles y la gran posibilidad de educarnos en el tema. IEC llegó como una marca que tenía que impregnarse en los nuevos proyectos. Los profesionales de la salud pública, mayoritariamente médicos, habían escuchado *algo* sobre IEC, pero no existía información que estuviese al alcance de los interesados, sobre todo para aquellos que copaban las oficinas de comunicación del sector salud: periodistas, relacionistas públicos, uno que otro educador o sociólogo y técnicos administrativos de carrera. Tampoco existían las capacidades mínimas para abordar o debatir el tema y, por ello, se tergiversó su real sentido. IEC fue reducida a una estrategia basada en campañas temáticas y planes de mercadeo social, expresiones que aún hoy subsisten en las acciones comunicativas del sector salud.

Reitero que el debate comunicacional en salud está pendiente y está relacionado con una serie de factores: el limitado *uso* bibliográfico —pese a que hoy existe una amplia oferta documentaria—, la ausencia de soporte teórico, y pocos espacios de aprendizaje, intercambio y análisis. Todos estos contribuyeron a la reducción conceptual de IEC. Además, la lógica práctica y el cumplimiento estricto de las metas programáticas de los nuevos proyectos no dieron lugar a los procesos de reflexión. Había que actuar y después pensar.

⁴ IEC: Información, Educación y Comunicación, estrategia para aplicar dentro de los programas de salud; denominación que nació gracias a Luis Ramiro Beltrán, Coordinador del Programa de Comunicación de la Johns Hopkins University, investigador y maestro reconocido por los comunicadores que trabajan en el campo de la salud pública.

El Ministerio de Salud desarrolló un inmenso número de proyectos (y muchos planes operativos) de IEC aplicados a los diferentes temas de salud: para inmunizaciones, para prevenir la tuberculosis, para la salud materna, etc. A fin de legitimar el modelo *peruanizado* de IEC, basado en el *cambio de comportamientos*, se escribieron manuales, guías, módulos de aprendizaje y también se produjeron videos educativos. Además, se realizaron certámenes para presentar las propuestas de IEC.

A pesar de ello, cuando uno visitaba a las regiones de salud y preguntaba al personal qué entendían por IEC, todos respondían que eran *campanñas*. Muy pocos recogieron lo que Luis Ramiro Beltrán propuso⁵ y tampoco se dieron en el Perú mayores aportes para mejorar los enfoques y conceptos sobre el tema, tanto en el Ministerio de Salud como en las entidades sociales y académicas. Cuando los grandes proyectos de inversión se retiraron, recién se señaló que había que analizar, debatir y evaluar los procesos, resultados e impacto de las intervenciones.

Al respecto, considero que se perdieron oportunidades de aprendizaje y observo que en el Ministerio de Salud existe aún fragilidad para rescatar los aciertos y debilidades, por lo que colocan, cada cierto tiempo, los mismo puntos bajo nuevas denominaciones y variantes; en el fondo, no existe voluntad de cambio institucional y se avanza al ritmo de la coyuntura, con el agregado de que no existe una política de comunicación social por parte del Estado, lo que debilita las propuestas sectoriales.

IEC y la política de Comunicación en Salud

En 1994 empezó el Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB), financiado por el BIRF/BM. Este proyecto tenía un gran componente financiero para acciones de comunicación que nacieron con el nombre de IEC. Las diversas tareas planteadas requerían de un marco político que definiera las intervenciones y las institucionali-

5 BELTRÁN, Luis Ramiro. *Políticas de Comunicación para la Salud en América Latina*.

zara en las zonas de intervención: Piura, Cusco, Chota (Cajamarca) y San Juan de Lurigancho (Lima).

El Ministerio de Salud elaboró el documento *Política Nacional de Comunicación*,⁶ suscrito bajo una Resolución Ministerial. Los proyectos que arribaron posteriormente trabajaron la comunicación bajo esta denominación. En el 2001 se realizó una revisión del documento, pero no prosperaron las iniciativas de cambio pues se dieron en una coyuntura muy especial,⁷ en la que las prioridades se centraron en la lucha anticorrupción y preparar el camino para la transferencia democrática, después de la caída del gobierno del presidente Alberto Fujimori. En ese interín, nació la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud, la cual estuvo bajo la tutela de la Dirección General de Salud de las Personas.⁸

Con la llegada del nuevo gobierno (julio del 2001), el Ministro de Salud y su equipo técnico dieron un impulso muy fuerte a la promoción de la salud,⁹ apoyo que se ha mantenido durante las siguientes gestiones,¹⁰ y que ha fortalecido paulatinamente sus funciones como dirección general de línea. La aparición de la Dirección General de Promoción de la Salud resultó un hecho positivo para el sector, pero específicamente con la Oficina de Comunicaciones se generaron algunos conflictos conceptuales, metodológicos, funcionales y prácticos en las diferentes regiones de salud y en el nivel central.

6 MINISTERIO DE SALUD. *Política Nacional de Comunicación*. Lima: 1995.

7 Oficina General de Comunicaciones del Ministerio de Salud

8 La primera denominación que tuvo esta dirección fue la de Mercadeo Social. En una reunión de funcionarios durante la gestión del gobierno de transición (octubre 2000 – julio 2001), se debatió y se propuso el cambio por el de Promoción de la Salud, lo cual fue aceptado por consenso.

9 Previa a la promulgación de la nueva Ley de Salud (2002), la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud se transformó en una Dirección General, y tuvo igual peso que las otras tres direcciones de línea del Ministerio: Salud de las Personas, Salud Ambiental y Medicamentos.

10 Todos los ministros de salud le han brindado el apoyo político y las condiciones técnicas para que la Dirección General de Promoción de Salud se desarrolle. Las agencias de cooperación han establecido relaciones estrechas con esta dirección y se están elaborando proyectos diversos, tanto en el nivel nacional como en regiones priorizadas.

La promoción se legitimó con mayor fuerza que las tradicionales oficinas de prensa y comunicación.¹¹ Los consensos se construyeron paulatinamente y se fueron integrando dentro de una sola dirección y en otros casos, se mantuvieron separaciones funcionales, donde cada una fue desarrollando su plan de actividades por separado.

Después de tres años de convivencia, se han realizado esfuerzos por generar una agenda común entre las dos direcciones de promoción y comunicación, pues se tiene claro que para hacer más efectivas y eficaces las intervenciones y mejorar las respuestas operativas del Ministerio de Salud es necesario un trabajo conjunto. El paso siguiente es trabajar con las instituciones sociales y académicas una agenda común, con el fin de complementar esfuerzos y obtener resultados alentadores y de mayor impacto.

La cultura, la comunicación y la salud

En todos estos años, la cultura y la interculturalidad han sido preocupaciones centrales de las instituciones que trabajan en salud. La interculturalidad se convirtió en un *enfoque*,¹² aunque su real comprensión y aplicación no ha sido del todo entendida e interiorizada.

Desde el Estado, la cultura ha sido vista con frecuencia como un campo secundario, ajeno al sistema y a las políticas de salud, sobre todo por lo complejo que implica lograr un concepto claro de la relación cultura-salud y su difícil medición e impacto, al ser una gran dificultad levantar indicadores cualitativos en salud desde el ámbito de la cultura; igual sucede con la comunicación.

Observamos que, para algunos, la cultura es entendida por el nivel de instrucción o formación educativa, dándole el sentido peyorativo al decir que los pobres tienen *una baja cultura*, en oposi-

¹¹ Hay que mencionar que las denominaciones son diferentes en las regiones y se está intentando diseñar propuestas alrededor de la identidad institucional y funcional de la promoción y de la comunicación.

¹² Los enfoques de género, derechos humanos e interculturalidad se aluden en los documentos de salud.

ción, además, a la necesidad permanente de actualizarse por parte de los profesionales de la salud.¹³

Otro ejemplo es el que se observa en los documentos y exposiciones institucionales cuando se abordan las resistencias o ausencia de la población a los establecimientos de salud. Se señala que la cultura o los factores culturales son *barreras*, para lograr los cambios propuestos por el sistema de salud. Esta comprensión de la cultura, de percibirla como un *obstáculo*, está vinculada con la carencia de una relación equitativa entre los establecimientos y la población; de otro lado, no se acepta la existencia de otros saberes, percepciones y valoraciones. Aquí se vuelve a levantar esta gran confrontación —y conflicto— entre lo que es científico y aquello que pertenece al mundo cotidiano de las personas: sus creencias y prácticas de salud.

El modelo de *cambio de comportamientos*, reforzó esta idea al ofrecer paquetes conductuales que indicaban lo que las personas deberían hacer ante diferentes situaciones. Es decir, el modelo partía de los objetivos de los programas de salud y no de los intereses y expectativas de la población, de esta manera se desconocía su capacidad y el conocimiento para resolver los problemas y riesgos sanitarios.

Esta invasión, al indicar lo que se debe o no se debe hacer, ha llevado a que la población se construya como beneficiario del sistema de salud y el personal de salud como su salvador. Esta relación paternalista y vertical lleva a que no se reconozca al beneficiario como sujeto de diálogo frente a los prestadores de salud y sí como una persona que tiene que cumplir mandatos y órdenes, que no habla; ello acumula resentimiento y crítica al personal del establecimiento, por ende, al Ministerio de Salud.

Educación *versus* Comunicación

La Comunicación en Salud, con su llegada, cuestionó en silencio a la *educación para la salud*. Los educadores de la salud no eran

¹³ En el campo de la salud la oferta académica de cursos, maestrías, diplomados y doctorados es amplia y es notorio el afán de actualización de los profesionales, como la exigencia de estudios especializados para postular a una plaza profesional.

muchos y las experiencias tampoco habían sido sistematizadas. No se acumularon lecciones y tampoco contaron con recursos financieros suficientes para expandir su propósito: educar para el cambio.

Se desconfió de su eficacia por el tiempo y los costos que implicaban generar los cambios buscados en la población. Algunos señalan que el Perú no vivió su etapa alfabetizadora en salud. «La población carece de argumentos sólidos para actuar cuando se presenta una amenaza o riesgo de enfermar, incluso en problemas menores que se presentan a diario en su vida», mencionan. Más bien, la interpretación de este aparente desconocimiento está relacionada con la actitud que tuvo el Estado por años: sentir que era el único autorizado a opinar o hablar sobre salud, con lo que mantuvo la imagen de un Estado paternalista que trata a la población como menores o adolescentes. La mirada de promoción de la salud que se está desarrollando hoy en día busca superar la relación dependiente y, en realidad, busca que se instale la idea de que *la salud es responsabilidad de todos*.

Aspectos críticos a superar

La educación para la salud basaba su accionar en eventos de capacitación dirigidos a proveedores y promotores de salud, con el objetivo de transferir conocimientos; la idea era que *la gente aprenda*, especialmente los más pobres, dada su vulnerabilidad a enfermar y morir. El número de promotoras y promotores de salud aumentaba cada año y estos se convertían en los mediadores culturales entre los establecimientos de salud y la población.

La metodología educativa dirigida a adultos exigía mayores costos (no olvidemos el prejuicio de que los recursos económicos que se destinan para la educación son considerados *gasto* y no inversión). Los programas y contenidos educativos hablaban de las enfermedades y de las amenazas sanitarias y, en segundo lugar, de la promoción y la prevención. El compromiso de estos miles de voluntarios, hombres y mujeres, les hizo ganar una ubicación de respeto y se convirtieron en referentes de la población para las consultas, consejos y toma de decisiones, por ejemplo, cuando una mujer em-

barazada tenía problemas en el parto. Gracias a ellos, el Ministerio de Salud se acercó a la población más pobre y excluida, sobre todo a los pueblos indígenas (zonas andinas y amazónicas). Los promotores y promotoras llevaban a los pobladores a los establecimientos de salud en búsqueda de soluciones, aunque no siempre encontraban respuestas adecuadas, e incluso se presentaban situaciones de maltrato o falta de atención por ausencia del personal de salud. La capacitación de promotores fue una tarea compartida con otras instituciones no gubernamentales, iglesias y también por el Estado.

Los proyectos de inversión apoyaron con el financiamiento de los cursos y eventos de capacitación, los cuales se desarrollaron masivamente y estaban también dirigidos a personal de salud (profesionales médicos, enfermeras y obstetras) y, en menor medida, a los técnicos. Asimismo, los talleres temáticos se planificaron en las regiones donde los proyectos llegaban (los llamados ámbitos de intervención con prioridad).

Los talleres se repetían cada año, bajo la metodología de *casca-da*. Los proyectos contrataron directamente a profesionales de la salud externos al Ministerio, bajo la modalidad¹⁴ de servicios no personales (consultores), y también a los consorcios institucionales que se unieron para participar en los concursos convocados por los proyectos, en algunos casos, empresas privadas-ONG, empresas privadas-ONG-universidades, ONG-universidades, tanto nacionales como internacionales. Nunca antes el Ministerio de Salud había contado con estos recursos económicos para realizar las consultorías. El personal de salud nombrado estuvo fuera de esta modalidad y más bien los beneficios que obtuvieron se dieron por medio de la capacitación y el acceso a material educativo.

Los docentes que participaron como consultores en los proyectos de inversión para las acciones formativas se desempeñaron también como investigadores y, en algunos, casos como productores de materiales educativos y de información. Se utilizaron los ambientes universitarios para difundir los resultados de las investigaciones y de las acciones desarrolladas. Existen pocas evidencias del

¹⁴ Modalidad: elaboración de una lista larga o corta y de términos de referencia.

aporte y resultados de estas intervenciones en los contenidos curriculares u orientación académica de las facultades de Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales o de Comunicación, en otras palabras, la universidad como centro de producción de ciencia y conocimiento no accedió como tal a los resultados de los procesos, logros y dificultades de estas intervenciones. Esta preocupación también fue expresada por los docentes participantes en el proyecto de *Fortalecimiento de las capacidades nacionales en Comunicación en Salud*.

Asimismo, el acervo documentario que se logró por las investigaciones y documentos de trabajo, en algunos casos, se publicaron; en otros, la información fue derivada a los archivos institucionales; y, en menor grado, incluidos como parte del portal web.

Teoría y práctica: desvirtuando los conflictos

La salud es parte del desarrollo de las personas y la comunicación alienta a que la sociedad se articule y conviva en el escenario familiar, grupal e institucional. Llegar a cada peruano no es fácil, pues no todos gozamos de igualdad de condiciones y oportunidades, y la variedad geográfica hace que unos tengan acceso a todos los servicios y otros, simplemente, no cuenten con luz, agua, carreteras, una escuela o posta médica. Por ende, la comunicación institucional se vuelve difícil, porque estas instancias del Estado o privadas no están disponibles para todos y los mecanismos de información son casi inexistentes.

Comunicar exige, además, reconocer que tenemos iguales derechos para estar informados o demandar información. En el Perú, la expresión histórica y cultural es diversa y múltiple, como lo son los diferentes ecosistemas de la costa, el ande y la amazonía. Entender ello nos ha demandado tiempo a los comunicadores y hemos visto cómo los proyectos y acciones de Comunicación en Salud no han respondido a esta diversidad.

Uno de los problemas centrales ha sido no contar con marcos conceptuales claros y definidos, inclusive, resultó más cómodo elaborar planes puntuales e intervenciones específicas por cada tema. La idea de trabajar la comunicación a partir de programas tuvo

dificultades para institucionalizarse, y ello generó un énfasis muy grande en la producción de materiales y productos de comunicación para la salud.

Si bien la entrada de IEC significó un cambio institucional en las oficinas de prensa del Ministerio de Salud, la entrada del modelo de mercadeo social marcó una nueva etapa y fue más riguroso para los aspectos de planeamiento y diseño de estrategias. En este caso, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en el Perú (UNICEF) fue uno de los impulsores de la entrada del enfoque de mercadeo social para los temas de maternidad, lactancia y nutrición.¹⁵

El modelo de mercadeo social ordenó las propuestas de comunicación, pues contaba con una estructura definida de planificación, además de incluir elementos nuevos para la intervención comunicativa: elaboración del marco lógico, diagnóstico de los comportamientos de los públicos, indicadores cualitativos, procesos de producción sobre la base de objetivos, procedimientos de evaluación, entre otros.

En las regiones, empezaron a fusionar IEC con mercadeo social y se exigió una mayor presencia de comunicadores y actividades de capacitación sobre este tema. A inicios del año 2000, se habían producido además manuales de comunicación interpersonal, consejería, comunicación estratégica, comunicación educativa de pares y, además, se empezó a diseñar los diplomados de Comunicación en Salud.¹⁶

En el caso de las ONG, el tema de mercadeo entró con fuerza para promocionar los métodos de planificación familiar. Otras trabajaron la comunicación con otras entradas, como son las radionovelas, el teatro en calles y la animación cultural. Las radios locales abrieron su programación a las nuevas dinámicas ins-

¹⁵ Una de las personas que aportó significativamente con este modelo fue Marilú Wiegold, quien se desempeña como Oficial de Comunicaciones de UNICEF - Perú.

¹⁶ OPS Perú convocó a una reunión de expertos en comunicación y se diseñó un primer documento sobre Comunicación en Salud, el cual ha servido de base para las instituciones académicas.

titucionales y se empezó a trabajar con las asociaciones (Coordinadora Nacional de Radio, Instituto de Defensa Legal, TV Cultural, entre otras), en las líneas de capacitación y producción de material.

Los medios de comunicación ubicados en la capital entre los años 1997 – 2000 capitalizaron la inversión publicitaria que el Ministerio de Salud administró. Los encartes publicitarios, los *spot* de televisión y de radio se canalizaron mediante la ayuda de los grandes medios, enmarcados en fechas institucionales y temas de campaña. El monto invertido fue considerable (aproximadamente diez millones de dólares).

Lamentablemente, no se tiene información sobre el impacto generado en la población, dado que no se consideró la realización de la evaluación respectiva de cada intervención. Este es un ejemplo de la carencia de un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación en el campo de la Comunicación en Salud, lo cual perjudica la institucionalidad y las innovaciones que se puedan proponer en este campo.

2. ¿CUÁLES SON LAS CAPACIDADES NACIONALES EN COMUNICACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD? HABLAN LAS EXPERIENCIAS

El Consorcio de Universidades ha desarrollado dos tareas fundamentales en estos últimos tres años: realizar un estudio de comunicación y salud referente a las capacidades que se disponen; y desarrollar competencias comunicativas con los trabajadores de la salud y medios de comunicación mediante eventos formativos y de creación de espacios de debate en ocho regiones, con la conducción de las universidades.

El proceso ha generado diversas dinámicas, vínculos y apuestas para desarrollar la Comunicación para la Salud en el país. Lo expresado anteriormente forma parte de las reflexiones y conclusiones a las que arribó el Consorcio de Universidades cuando realizó el Estudio de Base para indagar cuáles eran las percepciones

y capacidades en comunicación y promoción de la salud. Era necesario colocar en la agenda universitaria a la Comunicación en Salud y a la necesidad de generar foros de debate entre todos los actores locales.

Los conceptos, los modelos, los enfoques, las teorías: aprendiendo al andar

Como ya se mencionó, en los últimos diez años, se han dado evidencias de las múltiples acciones realizadas en comunicación y salud, traducidas mayormente en campañas de corto alcance y en la inmensa producción de material informativo y educativo, utilizado para reforzar las actividades de los servicios de salud (talleres y consejería) y, en otros casos, lograr una imagen de la presencia institucional por medio de productos de publicitarios y de mercadeo.

Asimismo, decíamos que la universidad, específicamente las facultades de Comunicación Social, no habían participado de las propuestas y procesos de diseño y aplicación de las estrategias. Más aun, al interior de las universidades no existían mayores experiencias de trabajo conjunto entre las facultades de Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales y Comunicación; pero sí se tenían referencias de iniciativas individuales de los docentes y de alumnos que preparaban sus tesis.

Cuando se realizó la primera reunión de la tarea de capacitación del proyecto *Fortalecimiento de las capacidades nacionales en Comunicación en Salud*, los docentes de las facultades de Ciencias de la Salud (Medicina, Obstetricia y Enfermería) tenían una visión más integral, ya sea por su experiencia de campo (investigador, consultor) o por haber trabajado en el sector salud; a diferencia de los comunicadores, los cuales contaban con capacidades ligadas a lo periodístico y específicamente a la docencia.

Superar el enfoque de una comunicación que trabaja productos, por una comunicación que desarrolla procesos y relaciones, exigió abordar de manera crítica los modelos que se habían trabajado a lo largo de los últimos doce años: la salud comprendida desde el modelo periodístico – difusionista; la salud desde el merca-

deo social; la salud entendida como cambio de comportamientos/IEC; las nuevas tecnologías; y la salud como los procesos y relaciones que se establecen entre las personas. Es decir, se pretendía *pasar* de una posición individual (yo – tú) a una posición relacional (nosotros).

Asimismo, esta primera reunión permitió abordar los lineamientos de salud y los nuevos enfoques del milenio: equidad en salud, interculturalidad, equidad de género y ciudadanía–participación social.

Todo ello se convirtió en insumo para un segundo propósito: realizar los diagnósticos de salud desde la perspectiva comunicacional. La ventaja de esta actividad fue que se conformaron equipos multidisciplinarios en cada universidad, con la presencia de docentes y estudiantes. Esta relación entre docentes de diferentes facultades generó sinergia y complementariedad para cumplir con las tareas del proyecto.

Conociendo la realidad

Los diagnósticos tuvieron como propósito conocer cuáles eran las percepciones de la población sobre los problemas de salud, cómo los entendían y qué sugerían para dar respuesta a los mismos; también, se pretendía saber cómo los directivos del sector evaluaban la aplicación de los lineamientos de salud, sus dificultades y logros alcanzados. Otro aspecto que se consideró fue conocer cuál es la relación que la población establecía con los medios de comunicación y sus expectativas de salud, además, de entender la influencia de estos en su rutina de vida.

Terminados los diagnósticos los docentes universitarios socializaron los resultados con las autoridades y actores de salud de cada región. Las universidades abrieron sus puertas tanto a directivos, médicos, promotores, autoridades locales y miembros de las ONG; con ellos se compartió la experiencia de indagación y se elaboraron las tareas a seguir respecto a promoción y comunicación. De esta manera, se había logrado acercar a la universidad a los distintos escenarios.

Las estrategias, los procesos y los productos

Revisados los procesos de Comunicación en Salud en las regiones, podemos asegurar que «los productos comunicacionales se convirtieron en el corazón de las estrategias en perjuicio de los públicos objetivo, es decir, *la estrategia centraba su sentido en el producto a realizar*, lo cual colocaba en primer lugar a la logística y a los recursos de comunicación en desmedro de los procesos que sostienen los cambios individuales y colectivos: intercambio, participación, pertinencia cultural, consulta y evaluación de resultados».¹⁷

Esta forma de entender la comunicación no había generado los resultados esperados y, por ello, había que replantear los enfoques, las estrategias y los propios procesos de producción. ¿Cómo incorporar a los promotores en las dinámicas comunicativas, en los procesos de planificación, producción? ¿Cuál es el rol que le corresponde para el seguimiento y evaluación? ¿Cuáles son los argumentos que se deben incorporar a fin de que los resultados se asuman? ¿Qué rol le corresponde al ciudadano de a pie en cuanto a la calidad de atención de los establecimientos? ¿Qué pueden hacer las universidades para cambiar esta situación?

Estas son algunas de las interrogantes que los docentes se fueron planteando en el proceso de trabajo. La cuestión central era ubicar un referente para desarrollar la propuesta de comunicación-promoción de la salud y ello significaba elaborar las competencias del comunicador en salud con un nuevo paradigma.

De paciente a usuario, de usuario a ciudadano¹⁸

Uno de los aspectos centrales que se planteó en los resultados de los diagnósticos fue la relación que se establecía entre el perso-

¹⁷ Texto introductorio de la propuesta del Consorcio de Universidades para desarrollar programas de comunicación y promoción de la salud.

¹⁸ Rosa María Alfaro (Universidad de Lima) fue coordinadora de la línea de acción: *Capacitación para personal de salud*, y dio los lineamientos teóricos para desarrollar la reflexión sobre ciudadanía y derechos en salud.

nal de salud y la población, caracterizada por ser paternalista y que en muchos casos busca *eliminar* los aspectos más profundos de la identidad del poblador. Incluso, algunos trabajadores señalan como logro que la población se encuentra en proceso de cambio «pues acepta lo que le decimos», es decir, la renuncia del poblador a lo propio, a la eliminación de las diferencias (*barreras*, como las califican) culturales que hacen inviable una adecuada atención.

«El paciente debe escuchar; debe hacer lo que le decimos, si no lo hace, es su responsabilidad», es lo que habitualmente manifiesta el personal de salud. No se le concibe como un sujeto de comunicación, de intercambio y de aprendizaje: «Qué me puede enseñar una mujer que le da más importancia a sus animales que a sus hijos, que no tiene conciencia de limpieza y no le importa su salud». No se analizan los conflictos ni se le da importancia a las percepciones o demandas que surgen de las personas que acuden a los establecimientos.

Cuando se empezó a utilizar el término *usuario*, en vez de *paciente*, el personal de salud consideró que se había dado un cambio cualitativo muy significativo. Sin embargo, esta nueva denominación mantenía las mismas valoraciones negativas cuando se usaba la de *paciente*: «son más resistentes al dolor», «no nos comprenden cuando les hablamos». Asimismo, se usaban términos diminutivos para referirse a ellos.

Las indagaciones realizadas por los docentes mostraron que el personal de salud también se sentía *maltratado* por el sistema, dada la verticalidad para el cumplimiento de sus funciones, y colocaban a la sede central del Ministerio de Salud como figura piramidal, donde las órdenes van de arriba hacia abajo.

Por ende, la comunicación organizacional está supeditada a la relación de instancias por niveles (nacional–regional–local), donde el prestador de salud *obedece*, sin posibilidad de interactuar, opinar o demandar.

Un cambio organizacional y tener espacios de intercambio y negociación para tomar decisiones como trabajador son parte de las demandas planteadas. Además, sabemos que el Ministerio de Salud se ha propuesto desarrollar el modelo de atención integral

que permita atender a la persona como un todo y no solo para una atención específica.

El enfoque de ciudadanía aún no se encuentra desarrollado y no forma parte del lenguaje habitual, tanto de la población como del personal de salud. Tampoco se tiene claridad cuando se habla de deberes y derechos ciudadanos, es decir, qué es lo que le corresponde a la población hacer respecto a su salud y cuáles son los mecanismos para demandar calidad, atención oportuna y buen trato.

Competencias comunicativas para una ciudadanía en salud

La comunicación social tiene una ubicación importante en el campo de la promoción de la salud. Son a la vez complementarias y apuntan a los mismos objetivos. Uno de los logros más significativos que tuvo el proyecto con los docentes fue el de elaborar los perfiles y competencias comunicativas que requerían los trabajadores del sector salud y los promotores para promover los derechos y responsabilidades ciudadanas.

Superar los enfoques tradicionales de la Comunicación en Salud (difusión, producción de materiales, imagen institucional) por los de participación, entendimiento, tolerancia y negociación de conocimientos y prácticas fue un largo proceso de debate y acuerdo. Lo importante era generar una actitud positiva frente al trabajo multidisciplinario, interregional y descentralizado de la comunicación para realizar acciones en salud. Ello llevó a que los docentes cuestionaran sus propios modelos y prácticas comunicativas, a la vez de replantearse el rol de la universidad en el campo del desarrollo social.

La relación comunicación-salud salió fortalecida y los docentes que participamos de la experiencia de trabajo nos preparamos para trabajar con diferentes actores: los médicos, las enfermeras, obstétricas, técnicos/auxiliares, promotores y comunicadores. Las competencias adquiridas en el proceso, como la producción de metodologías para impulsar los eventos educativos en las regiones, permitieron llegar a más de un millar de personas. Con ellos, se reconstruyó la mirada sobre la situación de salud, la evaluación de

estrategias, nuevos conocimientos sobre comunicación, educación y ciudadanía, para finalmente concluir en compromisos.

La hoja de ruta de la Comunicación en Salud

Después del largo proceso de trabajo y a pesar de los resultados alentadores que obtuvo el proyecto, quedan tareas importantes que se tienen que realizar por los actores, instituciones de la sociedad civil y el Ministerio de Salud.

- La descentralización es un proceso que recién se ha iniciado en el país con la elección de los gobernantes regionales. Ello obliga a privilegiar los espacios locales y contribuir a mejorar las capacidades de gestión de los servicios de salud. La comunicación es parte de ello y va a requerir el diseño de proyectos específicos en las diferentes áreas de intervención: investigación, diseño, producción, evaluación de resultados y difusión de los mismos.
- Es importante desarrollar la propuesta del Consorcio de Universidades de contar con una *plataforma de comunicación social para la promoción de la salud*, en la que se articulen y complementen los recursos comunicativos, informáticos y comunitarios para desarrollar acciones conjuntas en los diferentes escenarios regionales.
- Es importante hacer el esfuerzo de incursionar con nuevas estrategias comunicativas: debate público, animación cultural, defensorías sociales de la salud y abogacía.
- El aprendizaje de la Comunicación en Salud parte de reconocer a la comunicación como un proceso y no como un cúmulo de productos. Cada etapa de la comunicación debe ser diseñada con un sentido estratégico, participativo y pedagógico.
- Es importante aprender a construir indicadores de comunicación basados en los aspectos culturales y de promoción de la salud. La vigilancia del cumplimiento de los indicadores debe ser producto del esfuerzo local.
- El espacio de Comsalud debe convertirse en un foro de encuentro y debate de las instituciones comprometidas con el tema. La

conformación de una mesa nacional de trabajo, con la presencia de todos los interesados, debe responder a las agendas regionales y, en segundo lugar, a los lineamientos sectoriales.

- La dimensión del desarrollo debe incorporarse a la dinámica de reflexión y debate de las instituciones comprometidas con el tema. Se deben trabajar áreas temáticas priorizadas y con poblaciones en riesgo.
- El debate conceptual pasa por documentar las evidencias acerca de las buenas prácticas realizadas en el campo de la Comunicación en Salud. El aporte de la universidad y de los investigadores sería muy valioso en la implementación de nuevas estrategias sobre la base de experiencias.
- Se debe promover espacios de trabajo para contar con una política de Comunicación en Salud para el desarrollo. Ello está relacionado con el rol que le incumbe desempeñar a la comunicación social con el objetivo de conseguir los grandes cambios que reclaman las poblaciones del país.
- Los medios de comunicación deben estar incorporados para desarrollar con ellos las competencias que se requieren para promover la salud. Es pertinente considerar diversos proyectos para obtener franjas o espacios gratuitos no solo con los medios locales, sino también con los de carácter nacional.
- Se buscará ampliar la intervención hacia nuevos temas, por ejemplo, salud mental y vigilancia ciudadana, por medio de pilotos en tres regiones.

Estas son parte de las apuestas. Por otro lado, habría que mencionar dos tareas inmediatas: revisar las intervenciones comunicativas en salud que estén relacionadas con adolescentes y jóvenes; y sentar las bases para un trabajo permanente con instituciones que se encuentran en las regiones a fin de potenciar recursos y esfuerzos, sobre todo en temas clave como son nutrición, medio ambiente y maternidad.

Los comunicadores que trabajamos en salud estamos convencidos de que la construcción de un nuevo discurso y práctica implica la deconstrucción de los viejos paradigmas. La salud es un derecho

y la comunicación para la salud puede ser la mejor expresión ciudadana de estos tiempos.

Acerca de las políticas de Comunicación en Salud

Celia Aldana



EL SENTIDO DE ESTE ARTÍCULO es proponer cuáles son los retos, las responsabilidades y las posibilidades que la comunicación tiene en relación con la salud. ¿Qué es lo que los comunicadores podemos aportar para mejorar la salud de los y las peruanas? ¿Qué es lo que no podemos hacer? Para lograr esos objetivos, ¿qué tipo de comunicación requerimos?, ¿con qué criterios tenemos que guiar nuestro trabajo? Estas preguntas nos sitúan directamente en el tema de las políticas de Comunicación en Salud.

El concepto de políticas (al igual que muchos otros conceptos) posee múltiples definiciones, o múltiples *indefiniciones*. ¿Qué es una política? Este concepto implica la toma de decisiones, que se transforman en la definición de objetivos y estrategias (tenemos claro qué queremos y cómo lo pensamos lograr) y se plasma finalmente en la designación de recursos humanos y económicos, y en la incorporación de cambios concretos. Una política ha sido efectivamente incorporada cuando se convierte en práctica. Si es un discurso o solo una norma, no llega a constituirse en una política real.

Quizá esta no sea la definición más correcta de lo que es una política, pero lo que nos interesa es enfatizar nuestra convicción de que solo incorporando objetivos, criterios y actividades de comunicación la promoción de la salud va a poder ser desarrollada y sus objetivos logrados. Una política, entonces, alude a un proceso en el

que se generan consensos, se toman decisiones, y estas se convierten en realidades.

Sin embargo cabe resaltar que cuando hablamos de políticas no nos estamos refiriendo solo a lo que el Ministerio de Salud, en este caso, o las instancias de gobierno pueden hacer; involucra también a las ONG, a las comunidades y sus organizaciones, y a la universidad. Esto no quiere decir que todos tengan que actuar al unísono, esto sería profundamente antidemocrático y arruinaría la diversidad que necesariamente debe caracterizar a la comunicación. En otras palabras, necesitamos coordinar, ponernos de acuerdo en lo posible y concertar algunas acciones centrales. Especialmente porque uno de los retos que enfrentamos es la escasez de recursos.

1. CONCEPTOS GENERALES: ¿CÓMO ENTENDEMOS LA COMUNICACIÓN PARA LA SALUD?

Lo primero que tenemos que definir es cómo entendemos la salud. Sabemos que esta no es solo la ausencia de enfermedades, sino que se refiere al bienestar de las personas y al desarrollo y goce pleno de nuestras potencialidades y capacidades. La salud es uno de los componentes centrales del desarrollo. Es fin porque, finalmente, el estar sanos es parte de nuestra calidad de vida; es medio, porque estar vivos y gozar de salud es una capacidad básica que influye en las demás capacidades que tenemos; y se ve negativamente afectada por los problemas que la pobreza y la exclusión traen. Al mismo tiempo que es un componente central del desarrollo, está íntimamente vinculada con otros aspectos del mismo: con los niveles de equidad de género, con nuestra capacidad de asumir que somos una sociedad de múltiples y valiosas culturas y ejercer la interculturalidad, con la pobreza, con el ejercicio de la ciudadanía.

Al cambiar nuestra comprensión de la salud, hemos comprendido que la situación de la salud de las personas depende de múltiples factores: sus estilos de vida, sus condiciones de vida (la pobreza), la calidad del medio ambiente, el respeto a los derechos de los

ciudadanos, las políticas, el nivel de equidad que existe, el afecto y apoyo que rodee a cada uno. La salud, entonces, es un campo multidimensional: la salud de cada una de las personas depende de lo que ellas pueden hacer por sí mismas en el ámbito individual, pero también depende del diverso apoyo que encuentren en sus relaciones personales cercanas, de los servicios a los que acceden en la comunidad, de las políticas de Estado. En consecuencia, debemos ser conscientes de que se requieren cambios en múltiples niveles y que se necesita que las intervenciones en el ámbito de la cultura (de los discursos, los conocimientos, las formas de entender, de sentir) se den junto con cambios en las políticas, en las condiciones de vida de la población, en la calidad de la prestación de los servicios, etc. Debemos tomar en cuenta, por lo tanto, que la generación de cambios de comportamiento no es suficiente para asegurar que la salud mejore: al mismo tiempo que la comunicación tampoco es suficiente para que se den cambios de comportamiento. La complejidad de los retos que enfrentamos en el terreno de la salud hace que sea perentorio un trabajo concertado y multidisciplinario, capaz de identificar los múltiples aspectos en los que es necesario intervenir y al mismo tiempo capaz de focalizarse en aquello que es más necesario y tiene mayor potencial.

Encontramos, también, que es central entender la dimensión ciudadana que tiene la salud. Esto implica entender a la salud como un derecho y también como una responsabilidad. Esto hace que pasemos de una visión fatalista frente al destino y pasiva frente a los servicios a otra que sea activa y asertiva. La salud es un derecho fundamental (pues es parte del derecho a la vida), y es un derecho, porque depende de las condiciones de vida, de la prestación de servicios, de la calidad del medio ambiente. Es decir, depende de las políticas públicas, de la forma como se distribuyen los recursos, y de la forma como el Estado se las ingenia para llegar al conjunto de ciudadanos e incluirlos. La salud, por otro lado, es una obligación, porque requiere que reconozcamos la participación activa que se necesita de parte de todos para preservar la salud pública, para cuidar del medio ambiente, inclusive para mejorar la calidad de los servicios.

Pero, cómo entender la comunicación. Así como hay distintas formas de entender un concepto, como el de salud, también la comunicación puede ser vista de distintas maneras. Tradicionalmente se la ve como difusión de información o como estrategias de ventas de productos o ideas. La comunicación es esto, y también es más. La comunicación se encarga principalmente de las maneras como nos relacionamos, cómo nos ponemos de acuerdo, trabaja sobre aquello que hace posible que vivamos juntos. Se encarga de la convivencia y de cómo esta se va dando por medio de la construcción de consensos, de entendimientos, de valoraciones. Les proponemos entonces ver a la comunicación como los procesos de relación y de diálogo, por medio de los cuales las personas se informan, opinan, debaten, se cuestionan, aprenden, deciden cambiar, se hacen visibles, procesan sus conflictos y llegan a acuerdos. La comunicación, entonces, es diálogo y está íntimamente vinculada con los procesos educativos (porque para educar hay que convencer), y con el fortalecimiento de la democracia (porque la participación y la deliberación son componentes centrales de esta).

¿Qué características requiere tener la comunicación para que funcione de manera efectiva? En primer lugar, necesita ser *incluyente*. La comunicación se preocupa por volver visibles y audibles a quienes tradicionalmente no lo son; por ello debe ser sensible a las inequidades. Recordemos que la equidad es uno de los valores fundamentales del periodismo. En segundo lugar, tiene que ser *empática*, es decir, capaz de ponerse en el lugar del otro. Para ello tiene que conocer a ese otro, valorarlo y tener siempre una actitud de respeto y comprensión; pero no hay un solo otro, sino que estos son múltiples. Esto nos va a llevar necesariamente a la diversidad: los planes de comunicación tienen que adaptarse a los distintos públicos para intentar dialogar mejor con ellos (cuál es la mejor manera de adaptarse a esa diversidad es una pregunta constante: ¿por el género, por la edad, por la clase, por rasgos de personalidad?). En tercer lugar, debe *combinar* su lado *científico* con el *artístico*. La comunicación es una disciplina científica, en la que se trabaja sobre la base de hipótesis, que se comprueban mediante investigaciones y experimentaciones (cada vez que hacemos un proyecto esta-

mos planteando una hipótesis, cada vez que hacemos una evaluación estamos haciendo una investigación que observa los resultados del experimento que fue el proyecto). Pero, al mismo tiempo, la comunicación es un arte que —como tal— no puede ser siempre racional, no puede estar siempre controlada ni puede ser medida en su totalidad; además necesita ser creativa, y para ser creativa requiere ser osada, libre, atrevida, intuitiva. Finalmente, tiene que ser *ética*, orientada por los principios de la democracia: la equidad, la pluralidad, la honestidad que contribuyen a construir confianza. Recordemos que la democracia se construye sobre la base del consenso sobre ciertos valores mínimos que todos nos comprometemos a respetar, como el derecho a la vida. La comunicación necesita estar comprometida con esos valores.

2. APORTES DE LA COMUNICACIÓN A LA SALUD

De qué manera, entonces, es que la comunicación aporta a la salud. Identificamos los posibles aportes de la comunicación a la salud en cuatro áreas: en una mejor vinculación entre los servicios de salud y la ciudadanía al hacerla más humana y por lo tanto más eficiente; en la creación o fortalecimiento de redes de apoyo; en el desarrollo de una cultura de la salud que contribuya a transformar los estilos de vida y a prevenir enfermedades; y en la generación de diálogo público y privado para la salud.

2.1. La relación entre servicios y población, o entre el Estado y la ciudadanía

Cabe tomar en cuenta que los servicios de salud poseen un valor concreto (proveen información, diagnóstico y atención médica, y brindan recursos como medicamentos u hospitalización), pero también tienen un valor simbólico importante, pues representan la relación entre el Estado y la población. De esta forma, los servicios de salud y el acceso a ellos es una forma de incluir a los y las ciudadanas en la sociedad. Incluir significa reconocer la existencia y va-

lorarla, darle un lugar en la sociedad a esas personas. En este campo, se tiene el reto de prestar servicios eficazmente, de manera tal que se reconozca a las personas en su calidad de ciudadanos, es decir, de personas que son valoradas y respetadas como iguales, que tienen derechos.

En los *Talleres de Capacitación* a actores de salud de las regiones, realizados en el año 2003, encontramos que se percibe a la comunicación, y a la mejora de la relación con la población, como un asunto de incorporar técnicas de diálogo más eficaces. Si bien las técnicas pueden contribuir, obviamente, limitar la comunicación a este aspecto la frivoliza, la vuelve superficial y no permite ver los problemas de fondo y las transformaciones profundas que algo tan concreto, como acercar los servicios a la población, puede significar.

Cuando las personas se quejan por los malos tratos en los servicios de salud y se resisten a volver a ellos para evitar estas situaciones, estamos no solo alejando a usuarios de los servicios, sino que estamos excluyendo a ciudadanos, quienes se ven imposibilitados de ejercer sus derechos. Los malos tratos, por otro lado, no son solo una cuestión de cansancio de quienes trabajan o de mala educación o de un momentáneo mal humor. Es una forma de ejercicio/abuso del poder (¿con quiénes podemos ser rudos, si no es con los que «valen menos»?) por medio del cual un viejo orden del mundo se reproduce nuevamente, y quienes fueron históricamente excluidos (indígenas, que no hablan castellano, pobres, mujeres, ancianos), vuelven a serlo una vez más, reconfirmando muchas veces sus percepciones acerca de su poco valor. Esta exclusión que se da en los servicios de salud afecta la manera como las personas se sienten integradas a la sociedad y reconocidas como ciudadanos, es decir, como personas a las que se les valora y se les respeta.

Este ámbito es pertinente a la comunicación, y el reto —además de incrementar la asistencia a los servicios— que nos corresponde plantearnos es el de cómo hacemos para que las relaciones entre prestadores de servicios y usuarios sean más humanas.

¿Qué puede ayudar en este sentido? Existen dos grandes líneas de acción que contribuirían a mejorar la relación entre los estable-

cimientos de salud y la población: la propuesta intercultural de adaptar los servicios a la población local y la línea de vigilancia ciudadana.

La necesidad de adaptar los servicios a la población local es más clara en zonas rurales o donde las diferencias culturales son notorias. Sin embargo, en general, los servicios de salud deben guiarse por una ética en la que se reconozcan a sí mismos como servicios y a los usuarios como ciudadanos, es decir, como personas que tienen derechos no porque paguen, sino simplemente porque son seres humanos. En este sentido, adaptar los servicios implica escuchar, amoldarse, dejarse permear, establecer diálogos, aprender de la población y junto con ella, coordinar. En esta línea, es necesario lo siguiente:

- Continuar con la capacitación al personal de salud para que aprendan qué hacer para tratar mejor, pero también para que entiendan cómo, de alguna manera, reproducimos la historia y los problemas por medio de nuestras vidas cotidianas. Al mismo tiempo, es necesario que observen cómo esto se relaciona con el ejercicio de la ciudadanía y cómo mejorar la atención redonda en la relación entre el Estado y la ciudadanía, integrando a quienes han estado excluidos.
- Incorporar una perspectiva intercultural, que significa convivir y dejarnos permear, estableciendo un diálogo que permita que todos los involucrados se influyan mutuamente. Para ello, es fundamental dismantelar nuestras visiones y librarlas de jerarquías.¹ Necesitamos intercambiar experiencias y reflexiones al respecto.
- Educar y estimular a los y las ciudadanas para que conozcan sus derechos y los hagan valer. Los cambios no pueden venir solo del lado de un ministerio que se adapta, sino que también deben venir del lado de los ciudadanos que hacen escuchar su voz. Para esto necesitan calificar su demanda.

¹ Esto ya se ha venido haciendo y, en los casos donde efectivamente se han incorporado cambios, se han visto mejoras notorias en el número de usuarios.

Los programas de vigilancia ciudadana pueden trabajar dos aspectos: la vigilancia con relación a la calidad de la atención, y la vigilancia del uso de los recursos. El primer aspecto se complementa con la línea de adaptar los servicios a la comunidad local, y de lo que se trata es de encontrar formas institucionales para que las quejas, los descontentos y los problemas se discutan y sean resueltos, para que se pase de la queja a la solución de problemas. El segundo aspecto se ha trabajado poco, pero es particularmente importante en un país como el nuestro, no solo por los problemas de corrupción que existen lamentablemente en todos los niveles, sino porque esto ha generado a su vez una constante sensación de desconfianza y una percepción de que todos roban, todo funciona mal, y por lo tanto nada puede cambiar. La desconfianza alimenta la sensación de impotencia, corroe la capacidad de cooperar y es costosa. Los programas de vigilancia tendrían por función lograr que la población conozca el manejo de los servicios de salud de forma tal que, al mismo tiempo que se controle el uso de los recursos (de parte de la población), también se califique la demanda de la población. Cabe resaltar que la vigilancia no es un reto que atañe exclusivamente a los comunicadores, pero necesariamente tenemos que estar incluidos. Fiscalizar o vigilar implica volver públicos asuntos que suelen ser privados u ocultos. La vigilancia, entonces, es una actividad que debe ser comunicada para poder incrementar los niveles de confianza y la capacidad de actuar. Vigilar acarrea varios retos: convencer a los servicios de salud de que es conveniente que se instalen mecanismos de vigilancia ciudadana, desarrollar capacidades en las personas para que estén en posibilidad de vigilar, lograr que la población esté constantemente enterada de que existe un sistema de vigilancia ciudadana y de sus resultados. Cualquier programa de vigilancia debe necesariamente funcionar de cara a la ciudadanía.

Pero en la relación entre los servicios y la ciudadanía no se trata solo de servicios aislados y autónomos, sino que es necesario ver cómo se están distribuyendo los recursos del Estado. En este sentido, es un reto para los comunicadores del desarrollo hacer visible, para la sociedad en su conjunto, la equidad (o falta de ella) con la

que se asume esta tarea y poner en debate las políticas de salud para que estas sean producto de la deliberación.

2.2. La construcción de redes de apoyo

Las redes sociales en muchos casos son espontáneas (la familia, los amigos, la vecindad), pero también son creadas intencionalmente, desde dentro o desde fuera, con el fin de alcanzar un mayor desarrollo (cuando se promueve la formación o expansión de las organizaciones, cuando buscamos quiénes pueden ser promotoras de salud y promovemos la generación de nuevos vínculos entre vecinos), en cuyo caso son más formales.

En las Ciencias de la Enfermería, se han hecho diversos estudios que concluyen que es necesario que las personas cuenten con apoyo social para poder enfrentar y superar problemas de salud. Quiénes han estudiado los cambios de comportamiento también concluyen que el apoyo de los pares y de las redes sociales es fundamental para influir en la incorporación de nuevos comportamientos. Desde los estudios que se han focalizado en experiencias donde exitosamente se ha detenido la expansión del VIH, se ha resaltado la importancia que puede tener la comunidad como protección frente a comportamientos de riesgo. En nuestro país, sabemos de la importancia de las redes sociales, de las organizaciones y de la importancia de las comunidades, las que nos han permitido enfrentar el cólera, aplacar los estragos de la pobreza y frenar al terrorismo. El fortalecimiento y el desarrollo de estas redes de apoyo, o el vincularlas a la salud, es una de las tareas centrales de la comunicación, y al mismo tiempo es una de las tareas más difusas.

¿Qué es lo que las redes de apoyo aportan a la salud? O, en otras palabras, ¿qué apoyo se necesita que las redes den? Aportan apoyo emocional, material (se moviliza la solidaridad y se usan los recursos que dispone la comunidad), contribuyen a cerrar la brecha de conocimiento (dan a conocer información, se comparten aprendizajes), hacen que los cambios se vayan expandiendo (porque cuando vemos que otra persona hace algo distinto y le funciona bien nos sentimos más seguros para hacerlo nosotros también). En otras pa-

labras: tanto material como emocionalmente los tejidos sociales (las familias, las redes de amigos, los vecinos o las organizaciones) nos protegen frente a las incertidumbres que tanto generan los problemas y nos protegen en el proceso de incorporar cambios. Cuando contamos con el apoyo de un tejido social o de un grupo, somos capaces de enfrentar problemas e incertidumbres y enfrentar nuevos retos. Las comunidades, además, son una fuente constante de auxilio frente a problemas económicos, de salud, etc. Asimismo, las redes sociales controlan comportamientos por medio de la presión de grupo.

¿Qué es necesario hacer en este campo? Por un lado, intentar vincularnos con las redes de relaciones espontáneas, situación que es necesaria pero difícil, precisamente, por su carácter informal y espontáneo, por fuera de los márgenes de la planificación. Esto ya se ha venido haciendo desde distintas intervenciones vinculadas a la salud sexual y reproductiva. También es central que compartamos sistematizaciones, evaluaciones, cuestionamientos.

Por otro lado, también es necesario fortalecer las redes formales, a las organizaciones y sus líderes. En este aspecto, en el caso de nuestro país, las promotoras y los agentes de salud son un grupo de trabajo valioso, que aporta su trabajo voluntario a favor de la comunidad. Son tan necesarias que hasta el Estado requiere de ellas y ellos para llegar a la comunidad, porque solo no se da abasto. Se necesita fortalecer sus capacidades; pero no solo en términos de conocimientos de salud, sino afianzar su capacidad para comunicarse con la población y educarla. Implica un cambio en el perfil de las promotoras y promotores que pasarían o complementarían el rol que cumplen —centrado en la salud— con uno que sea de comunicación y educación. Existen proyectos que han venido haciendo esto, desde el lado de las ONG, y estas propuestas debieran ser sistematizadas y compartidas. La educación entre pares presenta dificultades naturales (porque cuando nos educamos no buscamos a quien es nuestro igual, sino a quien tiene algún tipo de autoridad) pero también grandes riquezas: la posibilidad de llegar a mucha más gente, la adaptación de los contenidos y las propuestas —que se va dando en un proceso natural—, y el crecimiento mismo de

quienes son protagonistas de este proceso, las promotoras y los promotores, que descubren nuevas capacidades y reconocimientos. Sin embargo, es necesario que el rol de los promotores se transforme para que incorpore el aspecto ciudadano: la capacidad de armar agendas de la salud, de negociar, de concertar y trabajar conjuntamente. En este aspecto, es crucial el reconocimiento que el Ministerio de Salud y las instituciones en general, le pueden dar a las promotoras con las que trabajan para establecer relaciones más dialogantes con ellas.

Para renovar o reforzar los tejidos sociales es necesario dotarlos de sentido (existen con un fin, su existencia no puede ser confundida con su razón de ser) y reconocerles un lugar. Esto es algo que los tejidos sociales hacen de por sí, pero también es necesario incorporarlos desde los espacios institucionales, para usar su capacidad creativa y productiva. Más aun, dándole espacio al trabajo colectivo y voluntario se incrementa su capacidad de acción. Esto implica, en concreto, incorporar a las redes y organizaciones formales en la definición de los planes de promoción, prevención y atención, así como continuar fomentando su creación. Significa, además, que quienes trabajamos en salud, nos incorporemos a los movimientos vinculados con otros temas (como los relacionados al desarrollo local y la descentralización) para incluir, en estos procesos de democratización, la preocupación y la acción por temas concretos como la propagación del VIH, de la violencia doméstica, o la generación de un medio ambiente más sano.

2.3. La promoción de una cultura de la salud

Es innegable que para mejorar la salud de la población es necesario que se den cambios en la vida cotidiana de esta, de todos nosotros. Cambios que, estando al alcance de la mano, pueden mejorar significativamente nuestra calidad de vida. El reto consiste en que la población haga el mejor uso posible de los recursos que tiene para cuidar de su salud. Se necesita, entonces, desarrollar procesos educativos, de cambios en la cultura, en los cuales la comunicación juega un rol central.

Ahora bien, ¿qué tipos de cambios se requieren? Las intervenciones en comunicación han estado centradas sobre todo en la prevención de enfermedades (prevención del VIH, de las EDA, del IRA, la vacunación, etc.), es decir, han abordado problemáticas concretas para prevenirlas. Esto ha ocasionado que se haya concebido la propuesta de comunicación educativa como una en la que se van abordando una sucesión de temas para persuadir a las personas de asumir ciertos comportamientos. Este tipo de intervención es necesaria, porque responde a urgencias; entonces no podemos negarnos a cambiar ciertos sencillos comportamientos, si con ellos se pueden salvar vidas. En este proceso, nos hemos preguntado cuáles son los factores que hacen que las personas cambien sus comportamientos, cuáles son las barreras y las oportunidades que se enfrentan en estos momentos de cambio. Las investigaciones han hallado que los cambios dependen de múltiples factores (del individuo, del apoyo que encuentran en el entorno, de las influencias que vienen de las relaciones interpersonales, del acceso a los servicios y de la asunción de derechos). Se ha encontrado, también, que los cambios son procesales y que están hechos de múltiples elementos: de la sensibilidad que tengamos frente al tema, de los conocimientos que tengamos, de las habilidades que podamos desarrollar, de nuestra autopercepción como personas capaces de cambiar. Por ello se ha reconocido que para que se cambie no es suficiente que los individuos lo hagan, sino que se necesita transformar también a los sistemas sociales, a los servicios, a la política. Sin embargo, en la práctica nos hemos centrado más en el cambio de comportamientos.

Por otra parte, en este proceso otra de las preguntas que nos hemos planteado constantemente ha sido cuál es la mejor manera de presentar los mensajes para que estos sean más persuasivos. Se han desarrollado entonces teorías que hablan de la importancia de vincular la educación con el entretenimiento y presentar modelos en los que las personas se puedan inspirar para cambiar; o de la forma como debemos apelar al miedo, pero al mismo tiempo que se cuida el no producir ansiedad; o de cómo las celebridades nos pue-

den ayudar, dadas ciertas condiciones, a apelar a aquellos sobre quienes tienen ascendencia. Este ha sido un camino en el que se ha aprendido. El trabajo de prevención y cambio de comportamientos es sin duda necesario, pero cabe preguntarse si es suficiente, si es lo más adecuado o si el tipo de impacto que se tiene es sostenible y es el que se desea.

Proponemos que para renovarnos en este terreno es necesario que hagamos dos ejercicios: que nos preguntemos si de esta forma estamos respondiendo a los retos que la promoción (y no solo la prevención de la salud) nos plantea; y que por otro lado —dado que estamos hablando de procesos educativos— revisemos qué es lo que la educación de adultos, los estudios culturales y las teorías de la interpretación tienen para enseñarnos.

Si nos preguntamos de qué forma el concepto de promoción de la salud nos reta y hace que sea necesario que renovemos nuestra forma de entender lo que la comunicación educativa puede hacer por la salud, podríamos responder que este es un terreno que necesitamos explorar, y necesitamos hacerlo de manera conjunta. A continuación, algunas reflexiones iniciales:

- La promoción de la salud nos plantea que el tratamiento de temas aislados es insuficiente y nos propone abordar el tema de los estilos de vida saludables que están como causa de muchos de esos problemas concretos de salud. Por lo tanto, no se trata de cambiar comportamientos aislados, sino de una transformación más profunda. Necesitamos cambiar las formas como nos relacionamos con nosotros mismos, la valoración que tenemos de nuestros cuerpos y de nuestro bienestar emocional. Implica colocar en el centro la capacidad que tenemos de prodigarnos cuidados a nosotros.
- Pero no se queda en el yo, sino que la salud nos obliga también a cuidar las relaciones con los demás, a quienes podemos apoyar y de quienes dependemos en última instancia. Coloca también como tema central el cuidado del medio ambiente, lo que implica que necesariamente tomemos conciencia de cuánto dependemos del medio en el que vivimos y de nuestra capacidad

de destruirlo o regenerarlo.

- Se requiere entonces que la salud sea un valor central en nuestra cultura. Que por ejemplo nuestras nociones estéticas estén asociadas con nociones de salud, que nos libremos de los paradigmas racistas que hacen que estemos descontentos con el color de piel o con nuestros rasgos. Se necesita que los estilos de vida que valoramos estén asociados con la salud, que la salud sea vista como un valor que nos obliga a una búsqueda y un cuidado constante. Es además una cultura del derecho a la salud, en la que las personas reconocen que tienen el derecho a demandar las condiciones que les permitan cuidar de sí, el derecho a un medio ambiente saludable, y en el que reconocen, además, sus obligaciones para con la comunidad y el medio en el que viven. Por allí se relaciona también con la promoción de valores como la equidad, la pluralidad, la capacidad de gozar de nuestras muchas culturas.

Asimismo, la educación tiene también mucho que decirnos en este campo de la Comunicación en Salud. Una de las preguntas que desde la educación nos tenemos que plantear es qué tipo de personas queremos formar mediante cada uno de los procesos de aprendizaje que desatamos. Desde la educación se aspira a personas que sean críticas, es decir con capacidad de plantearse preguntas; autónomas, es decir con capacidad de conducir sus propias vidas; y que sepan que están y siempre estarán en un constante proceso de aprendizaje, porque el mundo siempre está cambiando y nosotros necesitamos cambiar con él.

En los procesos educativos hay que tomar en cuenta ciertos criterios fundamentales: los aprendizajes son sostenibles, en el largo plazo, cuando no se imponen a las convicciones de las personas, sino cuando dialogan con este conjunto de saberes y experiencias que hemos acumulado a lo largo de nuestra existencia. Por lo tanto, educar está íntimamente vinculado —más aun si hablamos de educación de adultos— con el convencer, el argumentar. Así también el proceso educativo implica desarrollar todos los programas de comunicación que pretenden educar tratando a las personas como

seres racionales, y respetar su racionalidad, aunque no la comparemos. Cualquier intervención que tiene como asunción básica el desprecio hacia los saberes de otras personas está condenada al fracaso. Debemos recordar también que la educación, los aprendizajes son procesos permanentes porque constantemente se están generando nuevos conocimientos. Necesitamos pensar, entonces, en formas que permitan que las personas estén educándose constantemente. Por tanto, debemos imaginar planes o programas que estén diseñados para la educación continua de la población.

Requerimos entonces que se desarrolle una cultura de la salud, que es una cultura en la que se celebra el cuidado de uno mismo, de la salud; del amor al otro que se manifiesta por medio de los diversos apoyos que damos; es una cultura del aprendizaje constante, que se da mediante la búsqueda y acceso constante a la información, a las explicaciones, en la que quienes no sabemos de medicina podemos plantear preguntas y encontrar respuestas que nos permitan entender mejor. Una cultura en la que la medicina deje de ser un saber especializado y aislado; la comunicación tiene el reto de vincular a la salud a las personas. Una cultura en la que nos comprendamos mejor, y en la que decidimos hacer algo porque sabemos qué es lo que estamos haciendo y no solo porque nos dijeron que lo hagamos. Solo de esta manera podemos esperar que la salud de la población mejore de manera sostenida, así como una cultura que vaya integrando los distintos saberes que nuestro país alberga.

La salud nos plantea entonces a los comunicadores el reto de pasar de las campañas sobre ciertos temas a pensar en cómo hacemos para incidir en general en la cultura, para pensar qué valores, nociones, formas de entender el mundo debemos promover. Ahora bien, las transformaciones culturales exceden lo que los comunicadores pueden hacer (no somos suficientes, pero somos indispensables), por ejemplo, el rol que la escuela puede cumplir es fundamental. Entonces, ¿qué es lo que la comunicación puede aportar en este sentido?, ¿qué es lo que se debe hacer? Proponemos lo siguiente:

- Es necesario ofrecer un sistema de información constante sobre

temas de salud, por medio del cual las personas puedan estar al tanto de temas de salud, sean estimuladas a seguir estilos de vida saludables, y reciban información sobre problemas o temas concretos. Esta información es un derecho y su difusión es vital para vincular el saber científico y sus avances con la vida cotidiana de la población (la información sobre la salud no puede restringirse al dominio médico). La información debe ser asequible, confiable, clara. Para ello, se necesita que quien la dé tenga legitimidad, y en este punto el rol del Ministerio de Salud es central.

- Se necesita que nos propongamos incidir en los medios de comunicación, en general. No es suficiente con un programa o un conjunto de programas o materiales sueltos. Debemos recordar que nuestros mensajes están compitiendo con otros. Además, debemos recordar que los medios funcionan como un todo y las personas están comparando los distintos mensajes que reciben. Implica, entonces, entrar a producir en distintos géneros, y negociar con los productores para que incluyan cambios mínimos, pero significativos, que pueden ser inclusive cambios en los escenarios en los que se está y no necesariamente en las tramas. Al mismo tiempo, es necesario que las distintas intervenciones refuercen ciertas ideas centrales de manera conjunta (como que la salud es un derecho, que el cuidarse a sí mismo es una forma de quererse, o la necesidad de cuidar el medio ambiente) para que se vayan procesando como sentidos comunes.
- Es necesario también combinar esfuerzos con quienes estén trabajando la línea de recepción crítica para que se tenga una actitud más libre frente a los patrones de consumo que se propagan desde los medios y, en concreto, desde la publicidad.

2.4. Generación de diálogo público y privado

Nuestro país necesita que la democracia se afiance y se profundice, que se haga realidad. Uno de los campos que requiere ser transformado es el de la salud, en diversos sentidos. Se necesita que todos decidamos juntos cuál es el modelo de comunicación al

que aspiramos, que se debata cuál es el uso que se le va a dar a los recursos, que los y las ciudadanas vigilen cómo se usan estos, que nos propongamos la generación de equidad. Necesitamos también un modelo de salud que responda a ciertos valores éticos mínimos como el del respeto a la vida, el de la equidad, el del respeto a la pluralidad y a la identidad de cada persona y de cada comunidad. Los lineamientos generales del sistema de salud, los planes nacionales, los planes regionales y locales, la distribución de los recursos debieran ser materia de deliberación, de forma tal que se vayan generando consensos que permitan que se trabaje coordinadamente. Es necesario también darle espacio al disenso, para que nos renovemos escuchando a quienes ven la realidad desde otra perspectiva.

Cuando analizamos a la salud desde la perspectiva de la democracia encontramos tres retos centrales: cómo hacemos para que se respete el derecho a la vida, cómo hacemos para que las decisiones sean formadas mediante procesos de deliberación, y cómo hacemos para movilizar los recursos y generar trabajo conjunto.

La comunicación es central para la democracia: no hay comunicación sin democracia, tampoco hay democracia sin comunicación. La comunicación debe hacerse cargo de que las políticas de salud sean visibles para el conjunto de la población, que la población tenga información sobre las mismas o pueda acceder a ellas, que se escuchen las distintas opiniones, que se delibere y que la salud sea visible de forma tal que se pueda vigilar. Lograr esto involucra no solo a los comunicadores, sino a los activistas de la salud en general.

Pero la democracia, además, posee una dimensión cotidiana y no se refiere solo a lo que pasa en los grandes espacios públicos. En la vida diaria, el reto es que este sea compartido y no un aspecto alienado de nuestra vida.

Ahora bien, esto suena a trabajo político; por lo que cabe preguntarse cuál es el rol concreto que los comunicadores cumplen en estos procesos. Lo que nos compete es volver visibles a los actores, buscar formas que hagan que los y las ciudadanas estén informados, que tengan la posibilidad de participar (aunque no lo hagan) y

de lograr por medio de los espacios de encuentro y de los medios de comunicación, locales o masivos, que los temas centrales se conviertan en materia de deliberación, de forma tal que se formen voluntades para enfrentar problemas. No debemos olvidar que la agenda pública y la agenda política están íntimamente conectadas, y que influir en la primera nos permite llegar a la segunda. Los comunicadores podemos hacer que se perciban los temas y los actores que suelen ser invisibles, podemos llamar la atención sobre una urgencia o dar a conocer las dificultades que cierto sector de la población atraviesa, podemos también poner en debate las alternativas, o hacer que se discutan las decisiones que las autoridades están tomando.

ENTONCES...

- Es necesario incorporar a la comunicación como un eje central que renueva a la promoción de la salud y a los profesionales de la salud, su inclusión debe traducirse en quehaceres y acciones concretas y no solo en capacitaciones e intenciones. La inclusión de la comunicación debe abarcar además, a los comunicadores, pero no restringirse a ellos.
- Necesitamos renovar nuestra reflexión académica, los marcos conceptuales, nuestras hipótesis y nuestras aspiraciones. Para ello debemos alimentarnos de los distintos campos en los que la comunicación para el desarrollo en América Latina ha avanzado (siguiendo un camino distinto del norte). Debemos preguntarnos y desarrollar qué es lo que la promoción de la salud nos dice, cómo nos obliga a renovarnos. Debemos hacer que lo que hemos aprendido en educación de adultos, su filosofía, su interés por el desarrollo y crecimiento de las personas, sea incorporado a nuestra reflexión sobre la salud. Necesitamos que nuestras propuestas dialoguen, también, con teorías como las de la representación, que nos hablan de la importancia de las imágenes del cuerpo y de las valoraciones que se asocian a ellas.
- Necesitamos reflexionar de manera conjunta, alrededor de nues-

tras experiencias y alrededor de lo que cada uno va formulando. Más aun, porque alguna voz necesitamos tener en los escenarios internacionales. Si actuamos como compartimentos estancos, no vamos a resolver nada. Para ello es necesario que aceptemos que lo importante es participar, aunque no dirijamos.

**Evolución de la temática
cultural durante el proceso
seguido en el proyecto
*Fortalecimiento de las
capacidades nacionales en
Comunicación en Salud***

Sandra Vallenas



COMO SE SEÑALÓ AL INICIO, el *disparador* de los *Talleres sobre comunicación, salud y cultura*, realizados en el año 2003 fue la constatación de una percepción de la *cultura*, compartida por trabajadores de salud y comunicadores, como *barrera*. Esa postulación, de por sí, pone en un mismo saco a la cultura, junto con las limitaciones económicas y con las distancias geográficas, como obstáculos que impiden el acceso de la población —especialmente la población nativa— a los servicios de salud oficiales. Se estaría interpretando las barreras culturales que interfieren con la comunicación como vacíos de información —o *creencias* de la población— que resultan en un comportamiento individual incongruente con las recomendaciones y prescripciones de los servicios de salud; como un *ruido* en la interacción entre un emisor que detenta el discurso autorizado y un receptor desinformado y pasivo que no logra decodificar los mensajes, dificultad de comunicación entre el profesional de la salud/comunicador y la población nativa o indígena, donde el *problema* sería atribuido principalmente al receptor.

Desde el Consorcio de Universidades consideramos que la cultura no puede entenderse como barrera, en la medida en que como seres humanos somos portadores de cultura y productores permanentes de hechos y significados culturales; la producción de la salud es parte de la cultura. Las barreras, creemos, se erigen más sobre los cimientos de las relaciones de poder y de la exclusión, que

sobre las diferencias culturales; estas últimas, en realidad, se incorporan en la definición de esas relaciones y de esa exclusión. Así, los actores de la comunicación son sujetos sociales que portan a su encuentro en la comunicación toda su cultura, su posición en la estructura social, y el contexto particular de su inserción en la sociedad, descrito en relación con factores sociales como la etnia, el género, el estrato social, la edad.

En los talleres realizados se enfatizó el carácter político de la cultura, la jerarquización de las culturas y el resultante etnocentrismo, sugiriendo siempre para el análisis tomar en cuenta el contexto político, en sus distintos niveles, en el que los diversos sistemas médicos se relacionan, entran en conflicto y, también, se resisten. Se relevó, además, la diversidad cultural, contrariando la imagen de culturas discretas, homogéneas, e impermeables a su mutua influencia.

En los debates de costa, sierra y selva, uno de los centrales —y necesario— fue el relativo al desarrollo. Ello, porque el modelo asumido frente a las actividades de comunicación en y para la salud forma parte de una particular visión de la sociedad y del desarrollo, de los derechos humanos y de la ciudadanía. Surgieron en las discusiones dos enfoques del desarrollo:

1. El desarrollo como el proceso orientado a reproducir en los países subdesarrollados las condiciones características de los países desarrollados (industrialización, alta tasa de urbanización y educación, tecnificación de la agricultura y adopción generalizada de los valores y principios de la modernidad, incluyendo formas concretas de orden, de racionalidad y de actitud individual). El desarrollo como sinónimo de crecimiento económico con expansión rápida y sostenida de la producción, la productividad, el PBI y el ingreso per cápita; aquel que promueve la homogeneidad. Asociada a esta concepción va una comunicación para la salud unidireccional, con prescripciones *científicas* sobre la adopción de pautas correctas de cuidados biomédicos.
2. El desarrollo entendido como desarrollo de *capacidades* —en la perspectiva de Amartya Sen, entre otros— en el marco básico

de los derechos humanos. Es decir, el conjunto de procesos que aumentan la libertad efectiva de quienes se benefician de él para llevar adelante cualquier actividad a la cual las propias personas les atribuyan valor. El progreso económico y social están culturalmente condicionados, promoviendo la diversidad en vez de eliminarla. Se reconoce la necesidad de los sujetos de participar en las decisiones sociales sobre la adopción de estilos de vida, patrones de conducta, modas. La prueba de fondo es la libertad de los ciudadanos para ejercer su libre agencia y elegir de manera informada y participativa. Si tiene prioridad ese valor fundacional, luego las otras preocupaciones tienen que integrarse con su preeminencia.

Los programas y proyectos de comunicación ejecutados desde los servicios oficiales —Ministerio de Salud (MINSA)— y por los especialistas en comunicaciones han estado orientados, en buena medida, al cambio de conductas, hábitos, creencias y costumbres de la población, y con un esquema simple de «emisor – mensaje – receptor pasivo»; ellos están asociados a la primera de las visiones del desarrollo descritas. Con variaciones en unas y otras regiones, hubo entre los participantes de universidades, de diversas ONG y de la sociedad civil una mayor comprensión y aceptación de la comunicación relacional, cercana a la segunda de las acepciones del desarrollo arriba citadas.

A lo largo de los talleres hemos venido reforzando nuestra visión del espacio concurrente de la comunicación, la salud y la cultura desde la conceptualización que privilegiamos —que quisiéramos— del desarrollo. Recolocamos la salud en el marco del *desarrollo* y los *derechos humanos*. Desde allí, reconsideramos a los sujetos culturales individuales y colectivos en sus derechos y opciones. Desde nuestro propio compromiso con el desarrollo como libertad, apostamos a la comunicación para la salud como construcción de ciudadanía y sociedad civil.

En todos los talleres, se introdujo el planteamiento de la *interculturalidad*, despertando un gran interés en seguir desarrollando la propuesta regional y localmente. Es nuestra percepción que la

interculturalidad es, por ahora, un concepto incipientemente desarrollado entre los grupos con los que se tuvo contacto. En algunos casos, vuelve a subsumirse en la perspectiva unilineal del flujo del mensaje, con la única variación de que la enseñanza de la conducta correcta —pautada en el modelo occidental— se realiza en la lengua nativa. En otros, la interculturalidad es abrazada como *la* solución frente a las barreras culturales, sin saber exactamente de qué se trata. En los menos (observados en mayor medida en el taller de sierra), se entiende la interculturalidad como interacción, diálogo, enriquecimiento y construcción colectiva, sin olvidar el carácter político de las relaciones sociales.

Colocamos en el debate la complementariedad —¿o alternancia?— de la *medicina cosmopolita y universal* y la *medicina tradicional*, dejando como tarea pendiente la recontextualización, rescate y valoración de la medicina tradicional.

Finalmente, en las reuniones internas del equipo de coordinadores del proyecto surgió como necesidad vital —a partir de los debates en torno a la cultura, la política y el desarrollo— el ubicarnos, como académicos, como funcionarios o como operadores del desarrollo vinculados a los actores con los cuales nos relacionamos en nuestras actividades de investigación, de diseño de políticas y de conducción de programas y proyectos de desarrollo. Un estudio de Paulson estimuló nuestra discusión y auto-análisis, planteando lo siguiente para el caso boliviano que bien puede aplicarse al Perú:¹

- Los discursos del desarrollo que influyen en muchos proyectos de investigación y programas estatales o de distintas ONG presentan al académico/profesional como el agente, el que va a conocer/a generar el cambio, mientras que *el otro*, etiquetado en términos étnicos, es el objeto de estudio o el objeto a cambiar, como meta de los esfuerzos técnicos.
- El definir la etnicidad como característica de otros y como problema de otros grupos posee implicaciones éticas y prácticas

1 PAULSON, Susan y Pamella CALLA. *Engaging Ethnicity and Gender in Bolivia*. (Separata)

significativas para todos los actores. Si nos concentramos en estudiar y cambiar al otro, no tenemos que cuestionar nuestras propias posiciones y relaciones étnicas, y no tenemos que transformar los sistemas de poder y conocimiento que nos favorecen. Al centrarnos en el *reconocimiento* de la identidad única, esencializada del otro, evitamos *redistribuir* poderes y privilegios que monopolizamos.

- No diseñamos políticas y proyectos para cambiar las actitudes y prácticas de los grupos sociales dominantes. Las metas de los proyectos tienden al reconocimiento y ayuda de los pobres, indios, mujeres, madres solteras, homosexuales, analfabetos, y otros por el estilo. A tono con el discurso global, se repiten los *marcadores* clave de la otredad, que conceptualizan a los grupos mayoritarios (numéricamente) como marginales inferiores.
- Desde una concepción del desarrollo como la arriba señalada, sería deseable ampliar el ámbito de trabajo a todos los miembros de la sociedad (especialmente a los que no llevan etiquetas étnicas). Además, el cambio del conjunto supone el abordaje de políticas económicas, redistributivas y sociales de reconocimiento (del derecho a la identidad cultural, por ejemplo). Por último, nosotros, como profesionales/académicos/operadores del desarrollo, debemos explicitar nuestras propias identidades y posiciones y explorar enfoques alternativos para comprender las relaciones de diferencia y desigualdad que vivimos, y en las que influimos por medio de nuestro trabajo y de nuestras interacciones diarias. Haciéndolo desde la diversidad, desmontando la desigualdad en los intercambios mas no los intercambios mismos, conociendo a *los otros* nos conocemos mejor *nosotros*. Caminaríamos así hacia la construcción de un *nosotros* ahora sí incluyente, sin renunciar a nuestras identidades particulares.

Creemos que, a partir de los Talleres sobre Comunicación, Salud y Cultura se han logrado avances en la conceptualización de la comunicación y la salud desde la cultura. Se ha generado una lectura crítica de los distintos enfoques. Consideramos, sin embargo, que esta es una tarea permanente y de largo aliento, precisamente por-

que son los elementos subjetivos los que están en juego, en el escenario de las relaciones de poder. No existen fórmulas o recetas o cursos intensivos de las Ciencias Sociales que resuelvan los problemas de la articulación entre la organización del sistema de atención y los modos de vida de la población. Aunque suene conocido, para que la potencial contribución de las Ciencias Sociales al cuidado de la salud sea plenamente viable es necesario establecer una colaboración interdisciplinaria e intercultural entre científicos sociales, equipos de salud y usuarios, en un compromiso colectivo con el diálogo y la experimentación de nuevas formas de articulación de saberes y puntos de vista.

**Desencuentros
comunicativos en salud**

Rosa María Alfaro Moreno



DURANTE LOS AÑOS 2003 Y 2004, tuvimos la oportunidad de participar en el proyecto *Fortalecimiento de las capacidades nacionales de Comunicación en Salud*, conducido por el Consorcio de Universidades en ocho regiones del país. El acompañar y promover los procesos educativos vividos por unos treinta docentes de universidades públicas del país fue una oportunidad de aprendizaje también para nosotros. Así pudimos reconocer, entre todos, las competencias que exige una comunicación integral y comprometida con el desarrollo humano desde la salud. En ese camino, logramos identificar problemáticas significativas de cada localidad, a propósito de la convergencia entre ambas perspectivas disciplinarias; y asumir capacitaciones dirigidas a actores de la salud en cada zona de intervención: autoridades, profesionales, técnicos, promotores de base y ciudadanos.

Posteriormente, pasamos a la realización de experiencias de intervención pública utilizando medios y espacios públicos en una perspectiva de participación ciudadana, a partir de los problemas más graves y urgentes que percibía la población. Actualmente, estamos en pleno desarrollo de ocho actividades de Periodismo Cívico en salud. Transitamos así del taller a la acción con el objetivo de aprender a incidir en políticas locales de salud y de aportar a la forja de una conciencia pública que se haga cargo de sus derechos ciudadanos en salud. El círculo se fue ampliando, pues esta vez comprometimos además a más docentes, las ONG, mesas de concerta-

ción, redes, estudiantes, periodistas y medios. Al colocar tópicos de salud en el espacio público propiciando debate amplio y continuo en la búsqueda de soluciones, se viene comprometiendo al Estado, la sociedad civil y el mercado en una gesta común, pero teniendo como protagonista al ciudadano. Lo que presentaré a continuación son algunas de las más importantes lecciones aprendidas en estas dos fases de aplicación del proyecto.

1. CONFLICTOS E INCAPACIDADES COMUNICATIVAS QUE NOS SORPRENDIERON

Demanda de capacitación en Comunicación en Salud sin oferta suficiente

Percibimos en las diferentes ciudades, tanto en promotores y técnicos como en algunos sectores profesionales de la salud, que los participantes se encontraron ante nuevas perspectivas de trabajo no tomadas antes en cuenta, y manifestaron un gran interés por tales descubrimientos. De hecho la demanda que se fue gestando fue mayor que la oferta, incluso en términos cuantitativos. En algunas zonas, los locales quedaban pequeños. Al parecer, quienes están comprometidos con la salud pública en sus diferentes niveles no habían recibido capacitación alguna al respecto —según sus declaraciones— quizá porque siempre se contrataba el servicio de terceros para hacer comunicación. Al recibir nuestros enfoques y propuestas, más colindantes con una visión integral y complementaria entre comunicación y salud, profesionales y autoridades de salud sentían que no estaban en terreno ajeno, sino que la comunicación les competía directamente. La participación de docentes universitarios y de actores de la salud fue constante y activa: estaban ante una nueva oferta para mejorar la salud en el país desde la participación y ante una novedosa comprensión comunicativa. La pregunta reiterativa giraba en torno a la búsqueda de explicaciones sobre esta gran ausencia de una oferta comunicativa en salud desde la capacitación.

Homogenización comunicativa

Sin embargo, sí se implementaban diversas acciones comunicativas en cada región, más en unas que en otras. Pero el modo de intervenir era bastante similar, casi idéntico, primando el modelo de campaña, con una fuerte tendencia homogenizadora en su definición estratégica y en la espera de resultados casi mágicos, ligados nada menos que al cambio de comportamientos, como si fuese una operación simple. Estado y organizaciones no gubernamentales con proyectos grandes son los que más suelen asumirlo así. Nos preguntamos con gran preocupación ¿por qué los planes de Comunicación en Salud se parecen tanto entre sí, si pueblos, problemas, cultura y vivencias de la gente son tan diferentes?, ¿por qué se sigue la misma travesía metodológica cuando nos dirigimos a población rural o urbana, a jóvenes o mayores, a mujeres empoderadas o dependientes, en sectores de extrema y de mediana pobreza, en etnias y procesos culturales diferentes, o con respecto a conflictos de diverso tipo? Es evidente que el modelo seguido se basa en una intervención de campaña publicitaria, prototípica y superficial, que además supone una comprensión previa de la realidad centrada, casi exclusivamente, en problemas de conducta de la población usuaria. Dichos problemas deben ser resueltos recurriendo a una estrategia de seducción y no de convicción, menos aun de soluciones de conjunto sobre el mundo real en el que la ciudadanía está inserta.

El problema sujeto-realidad queda así reducido a su actuación exterior en busca de resultados elaborados desde comportamientos ideales, ubicando diferencias solo en el nivel del consumo de mensajes. Por ello, se opta por una estrategia de cambio centrada en las audiencias y no en su entorno, menos aún en la asociación entre tales conductas y las condiciones sociales, las subjetividades culturales, las políticas públicas, la ausencia de reconocimiento, la exclusión real y simbólica, etc. La comunicación se concentra así en la relación anunciador-consumidor, concepto extraído de las reglas del mercado, aplicándose mecánicamente hasta en situaciones difíciles. De allí que diferencias y complejidades se nieguen. En esa línea, la comunicación es un conjunto de recetas sobre pasos a

cumplir que incluyen la evaluación del impacto logrado; es decir, una suerte de normas aparentemente tecnológicas que varían según las modas del momento, entre flechas y caminos predeterminados a seguir. *El otro* no constituye un enigma a descifrar o descubrir, sino un extraño al que habría que convencer de cambiar; tampoco es un sujeto social o comunitario, inserto o enredado entre avances y problemas. Tal rusticidad comunicativa removi6 nuestras sensibilidades.

Desde esa mirada, era lógico que se supiera poco sobre la comunicación misma y para qué se trabajaba con ella, mucho menos cuáles eran los conceptos implícitos en las prácticas sugeridas; ya que siempre lejos del pensamiento y la teoría, se actúa casi a ciegas o se oculta la contradicción que podría existir entre una metodología o estrategia seleccionada y otra. En las famosas charlas, por ejemplo, se usaba la propuesta difusionista con un aderezo participativo final (alguien que sabe, frente a otro que no sabe nada, posición que Paulo Freire cuestionara llamándola educación bancaria, modelo muy usado por personal médico y por promotoras). Cuando se trataba de promover vacunaciones, en cambio, el mercadeo social más global desde campañas era seleccionado como única posibilidad. El periodístico casi no se usa, salvo tímidas notas de prensa que originan noticias de menor importancia, vía radio o periódico local; entonces, es evidente que algo de fondo está funcionando mal en comunicación para la salud en nuestros países.

**El aprendizaje del que conduce procesos
de comunicación es secundario: deshumanización
ética de la Comunicación en Salud**

La importancia del emisor como poseedor de la verdad y el saber, lleva a pensar a muchos que la comunicación debe cambiar a los otros, los pobres, que son los que tienen problemas de salud. No se percibe la reciprocidad del proceso comunicativo, no se reconoce que cuando el otro ayuda a que uno se vea a sí mismo, para cambiar o aprender, existe una comunicación realmente vital y transformadora. En países donde hay tan poca autocrítica, donde

el otro siempre tiene la culpa de lo que ocurre, y el que posee el uso de la palabra y el poder es dueño de la razón, la comunicación está interrumpida o en grave situación de conflicto. En este clima, el diálogo suele ser solo funcional cuando hay algo urgente que resolver y en su última etapa. Lo que observamos es que este proceso de ida y vuelta, de interacción humana y educativa, no se está utilizando en la salud.

En los autodiagnósticos, médicos y profesionales opinan mal de la población y esta, igualmente, se queja del trato médico; los docentes universitarios son muy críticos de las ONG y viceversa; a los periodistas se les ve como incapaces de colaborar; los promotores culpan a la población, pero también al sistema de salud. Sin embargo, la actitud de autocrítica no se ejercita, menos aun se trabaja con sentido amplio de comunidad. El nosotros colectivo se desliza y se pierde en múltiples fragmentos, panorama que no permite a la comunicación hacerse cargo de la salud como una tarea compartida. Pero, contra lo que se suele afirmar, es más bien el poder el más intransigente, y se ahoga en su pobreza comunicativa. Muy pocos se conmueven ante el dolor humano y la ética del cuidado ha sido reemplazada por la eficiencia cuantitativa. Desde esa perspectiva, la participación de las personas es más un ejercicio del habla individual que un proceso comunicativo de diálogo e intercambio. La mutua comprensión y solidaridad no tiene cabida. El propio sistema de salud conducido por el Estado está atrapado en pensamientos y conductas de carácter normativo desde donde emana lo que hay que hacer, sin ida y vuelta, de arriba hacia abajo, con lo que el proceso comunicativo llega a la población totalmente desgastado. Parece que no se quiere ver ni escuchar; la vieja organización cotidiana, tan inhumana, se repite y se repite hasta el agotamiento de nuestras esperanzas.

Lineamientos de políticas de salud sin comunicación

Tuvimos oportunidad de revisar los nueve lineamientos de salud elaborados por el Ministerio correspondiente y no aparecía referencia comunicacional alguna, incluso aquella con sentido demo-

cratizador no la mencionaba. Lo mismo ocurrió en gobiernos anteriores, aunque algunos sí la utilizaban, pero como propaganda e imagen. Actualmente se pretende hacer cambios, pero aún no se ven políticas precisas al respecto. Es evidente que la comunicación no ha venido constituyéndose en prioridad nacional y se la reduce a un rol técnico secundario en este mundo de profesionales médicos y políticos; inclusive la propia calidad de la atención en salud no se refería a lo comunicativo ni lo sobreentendía. Increíble. Si a ello añadimos que el Acuerdo Nacional tampoco nombra lo comunicativo como un eje clave, podremos ver claramente que se desconoce que ese es uno de los problemas más graves del país.

Nos dimos cuenta de que no solo estamos ante un problema de salud, sino de horizontes democráticos bastante oscuros en cuanto a transparencia, diálogo y construcción de lo común en el país. A la comunicación se la suele colocar en proyectos como actividades comunicativas específicas sin que se definan estrategias concretas y enganches con lineamientos y políticas de promoción de la salud; en efecto, estamos aún lejos de la comprensión y elaboración de políticas públicas comunicativas con sentido promocional y viceversa. Desde este ambiente de carencias y equívocos, tuvimos que trabajar.

Aislamiento de la universidad con respecto al desarrollo: parcelaciones que superar

Salvo excepciones, el mundo de cada universidad parece definirse y desarrollarse por sí mismo; es una parte más de la fragmentación social en la que se encuentra atrapado el país. Las lógicas institucionales son complejas y altamente competitivas, con serios problemas económicos, además de procesar controversias con el Estado. El *afuera* de la universidad como espacio de intervención está lejos, solo adquiere cierto protagonismo cuando hay que hacerle críticas a la realidad desde la docencia, a veces, cargadas de una ideologización excesiva y contundente. El hacer y promover cambios no parecería ser un terreno de su incumbencia, es como si no se sintieran parte de la sociedad civil. Más bien sue-

len haber tensiones entre universidades y las ONG en algunas zonas. La distancia entre universidad y medios es también sorprendente, más aun en aquellas que no cuentan con facultades o escuelas de Comunicación. En los pactos sociales o mesas de concertación local o regional, pocas universidades se comprometen. Aunque sí suelen existir diversos contactos y beneficios con respecto a la comunidad en cuanto a las prácticas de estudiantes, especialmente en profesiones vinculadas a la salud, y si bien hay voluntad de aportar beneficios para el desarrollo de la localidad; esta nueva tarea de inclusión universitaria en el cambio social será un proceso más largo, que sí es posible de realizar, aunque muchas veces los docentes hayan perdido capacidad de pugnar en el terreno de acción. Estos cambios requieren ser hechos también *dentro*, para poder ir gestando instituciones abiertas y colaboradoras. La experiencia de Periodismo Cívico demuestra que sí se puede jugar otro papel, altamente productivo y vinculante en el campo de la Comunicación en Salud.

2. NATURALEZA DE LOS DESENCUENTROS ENTRE COMUNICACIÓN Y SALUD

Estas retadoras impresiones nos llevaron a realizar un mayor análisis sobre lo que estaba pasando. Las preguntas, entonces, surgieron como retos que aún nos siguen interpelando. ¿Dónde están los problemas y los errores? ¿Qué es lo que nos ocurre que no queremos comunicación y la apartamos de nuestras búsquedas de cambio social? ¿Por qué se dan cita tantos problemas y confusiones comunicativas? ¿Acaso las políticas de salud solo se piensan desde lo macroestructural y no desde las relaciones sociopolíticas y las culturas humanas? ¿Por qué es tan fuerte ese sesgo técnico o de producción de materiales y campañas, desarticulado del diálogo y la conversación? ¿Cómo así se ha hecho tan homogéneo? ¿El aislamiento universitario es posible de superarse? ¿Es tan difícil desarrollar acciones de colaboración mutua con diversos protagonistas para hacer más efectivo el cambio social? Les presentamos algunas

reflexiones, como un primer esfuerzo, para reordenar la comprensión de nosotros mismos y de lo que nos sucede.

Reducción de la comunicación a su rol instrumental

Quizá uno de los problemas más graves que ha vivido la Comunicación en Salud es haber reducido su definición y aporte exclusivamente al campo instrumental, identificándola como un quehacer básicamente técnico, normativo y distante de la reflexión y del análisis, como si *el hacer* fuese un espacio distante e incompatible con el saber académico y el conocimiento. Suelen ser pasos de una fórmula para acatar o de una serie de condiciones para el cumplimiento de la norma y el manejo práctico, es decir, lo formal puesto en receta está aun sobre el sentir y pensar de la gente. No merece ser una política, tampoco un conjunto variable y diferenciado de estrategias. Existen profesionales de la salud y autoridades que buscan comunicadores en tanto productores de programas, materiales o ilustraciones, incluso se los ve como operadores de aparatos o redactores de prensa. Los propios comunicadores se ubican en esos roles instrumentales y operativos; la formación dada en las universidades los está condenando a ese signo. El comunicador como estrategia de la comunicación no existe y los que pretenden serlo están poco preparados para obtener esa habilidad. Quizá una de las explicaciones más dolorosas sea comprobar que el alejamiento de la teoría está pagando sus frutos. Grandes pensadores latinoamericanos admirados en Estados Unidos y Europa, más que acá, nos enseñaron que los medios no son simples instrumentos operadores por buenos o malos, sino sistemas de mediación cultural que ayudan a construir sentidos de diferente signo;¹ que las culturas y sus procesos de hibridación debemos conocerlas para ver qué hacemos con ellas;² que la modernidad del mundo abre perspectivas *desterrito-*

1 MARTÍN-BARBERO, Jesús. *De los medios a las mediaciones: comunicación, cultura y hegemonía..* Bogotá: Convenio Andrés Bello, 1998

2 GARCÍA CANCLINI, Néstor. *Culturas híbridas: estrategias para entrar y salir de la modernidad.* Buenos Aires: Paidós, 2001.

rializadas superando fronteras y les quita sentido y lugar a las identidades nacionalistas,³ por lo que se debe buscar otras más flexibles por fuera de oposiciones tradicionales. Además, nos enseñó que la gente que consume medios no es tonta y pasiva, sino que procesa lo que vive con lo que ve y es allí donde define sus sensibilidades, sus ideas de mundo, de localidad, de sí mismo,⁴ es decir, también de su salud. Es en ese sentido que toda simplificación sobre la comunicación es una señal de su pobreza conceptual y un nuevo peligro de negarse a asumir la realidad con toda su complejidad, dicho de otro modo, de situarse en la línea del fracaso y muy lejos del cambio social.

Sin embargo, este año de trabajo nos ha reportado significativos aprendizajes desde la acción y la capacitación acerca de cultura, ciudadanía, equidad, promoción de la salud y comunicación en la intervención en salud. Hemos pensado la comunicación desde la interdisciplinariedad. Los cambios sociales se vinculan con la comunicación por medio de representaciones simbólicas y de diálogos directos o mediados de carácter socializador. En ellos, la eficiencia y profundidad en las transformaciones son aspectos de una balanza que busca formar sujetos, comunidades e instituciones más relacionados entre sí para desarrollar cambios en el campo de la salud, desde personas y sociedades, haciendo uso del capital social que existe en el país pero que aún se encuentra disperso y poco socializado. Los cambios así no son simplistas y fáciles, sino complejos y apasionantes, porque levantan un nuevo reto para hacer del desarrollo y la salud un campo de real transformación del país.

En ese intento de aportar desde la comunicación a la salud, la primera tiende a readecuarse a la segunda, en la medida en que esta última, acostumbrada a pensarse desde sí misma sin tomar en cuenta los problemas sociales y culturales, se detiene en la enfer-

³ ORTIZ, Renato. *Otro territorio*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes, 1996.

⁴ OROZCO, Guillermo. "Televidencias: una perspectiva epistemológica para el análisis de las interacciones con la televisión" en *Lo viejo y no nuevo. Investigar la comunicación en el siglo XXI*. Madrid: Ediciones de la Torre y Proyecto didáctico Quirón, 2000

medad, la epidemiología o lo sanitario. Así, los conflictos solo se explican desde las problemáticas de salud y de los comportamientos que deben cambiar los usuarios. La salud se encierra en una isla, pero a la vez le incomoda su ostracismo, por lo que recurre a la comunicación instrumental como un recurso de emergencia, sin llegar a transformarse. No toma en cuenta otros factores ligados al cambio como la formación democrática, las equidades de diverso tipo incluidas las de género, los sentidos éticos por construir, etc. La parcelación temática y disciplinaria no construye un saber integrado de promoción de la salud; ya que no se debe cambiar solo desde el combate contra la enfermedad, ni siquiera desde la prevención, sino desde otras dimensiones sociales, culturales, prácticas de vida, etc.

Es por todo lo anterior que la comunicación instrumental resulta ser, cada vez más, una actividad momentánea y efectista, que no es continua ni ordenada de acuerdo con procesos de aprendizaje, sino que se limita a conseguir efectos e impactos inmediatos; por ello, pierde la visión integral de su intervención, con lo cual también la sostenibilidad se pone en cuestión. Generar aprendizajes es un reto que pesa muy poco en su definición y sentido. Al no apostar por las apropiaciones comunicativas de la persona y sus comunidades en diferentes campos de la vida cotidiana, el desarrollo se aleja. Lamentablemente, es en esa lógica que las directivas del Ministerio de Salud para cada ocasión marcan el paso de las intervenciones comunicacionales.

Un sistema de salud deshumanizado, con graves problemas de comunicación y participación democrática

El ya famoso *slogan* «personas que atienden personas», esbozado desde el Ministerio de Salud, no se cumple, pues se carece de políticas comunicativas que consideren al otro —el llamado usuario— como importante y capaz de generar aprendizajes por sí mismo y con nuestro apoyo; es decir, no se le admite como ciudadano de la salud. Inconscientemente se desprecia a la población, la que suele estar sometida a diferentes discriminaciones. El maltrato del

personal médico y del administrativo hacia el ciudadano se perpetúa cotidianamente y en todo el país; las distancias entre unos y otros son abrumadoras. No hay signos de cambio salvo excepciones, y una deficiente atención no ayuda a educar y cambiar, lo que erosiona la base misma del sistema de salud y evidencia una grave ausencia comunicativa de carácter humano. Es probable que la calidad de atención se haya venido aplicando bajo conceptos técnicos y de eficiencia en el tiempo de atención, los que no son precisamente medidos por criterios comunicativos. Aún funciona el modelo consumo-paciente que al no estar inmerso en el mercado, sino en el Estado, se deteriora aún más. Así se han sembrado muchos temores en la población para asistir al centro de salud; por ejemplo, el corto tiempo de atención, frente a una larga espera.

Estamos ante estrategias y prácticas negativas que distancian y generan conflictos complicados de resolver. La salud aparece como del Ministerio y no de la gente; incluso importa más que esta vaya al centro de salud o participe, por ejemplo, en vacunaciones, que las apropiaciones de la salud, es decir que se incluyan en el forjamiento de una cultura de la salud. El servicio está por encima del proceso educativo, y las relaciones personales tienden a ser intolerantes entre la población y el centro de salud. Solo se identifican visiones negativas sobre la población, sin detectar sus capacidades y aciertos para asociarse y trabajar juntos ni buscar mejoras para ese capital social y cultural, ya existente. Por otro lado, existe un visible desinterés de los trabajadores de la salud nombrados, una vez que consiguieron su estabilidad. Si relacionamos este comportamiento institucional tan poco corporativo con las sensibilidades ciudadanas frente a la salud, comprenderemos por qué los peruanos almacenamos tanta furia sin procesar, siempre al ritmo de odios e intransigencias. La salud no puede estar al margen de estos desencuentros comunicativos como si no existieran, por el contrario, debe hacerlos suyos para ayudar a resolverlos.

La comunicación tampoco se incorpora como línea de capacitación relevante para el personal de salud; se contrata a comunicadores para tareas específicas sin integrarlos a las políticas de conjunto. Esta es aún externa al sistema de salud y todos sabemos que sin

comunicación no es posible la promoción, ni siquiera la prevención. Tampoco hay inversión en estudios de salud y comunicación que ayuden a comprender-nos. Y si bien hay investigaciones dispersas en salud, estas se comparten poco con los que operan en la acción. Ausencia que también encontramos en las universidades. La comunicación está más vinculada a la acción práctica, sin constituirse en una búsqueda de saberes compartidos.

La organización del sistema de salud, por lo tanto, aún no es plenamente comunicativa y humana. Importan más los indicadores cuantitativos que los cualitativos. Es vertical. La conversación no es resultado de reflexiones compartidas. Las evaluaciones no sirven para aprender. El aparato conduce los servicios sin considerar a la gente, sus susceptibilidades o su palabra. Lo burocrático impide cambios internos. La rigidez interna del propio sector como organización institucional sigue la ruta de arriba hacia abajo, e impide relaciones democráticas. Las direcciones de comunicación tienden a ser de imagen del ministro o de la institución o de alguna actividad específica. En ese clima, se la reduce a comunicados, órdenes, normas, directivas, sin admitir la conversación. No se trabaja para recuperar las demandas y los problemas que se viven, o para organizarlos hacia el cambio. El pensamiento normativo, y no el comunicativo humanista, es el que prima.

Percibimos, entonces, que la democratización desde la Comunicación en Salud no se trabaja. Cabe preguntarse, ¿dónde están los empoderamientos ciudadanos?, ¿de qué participación se habla y cómo se la mide y califica? Mucha gente no sabe ni vive su ciudadanía, tampoco conoce sus derechos y responsabilidades, está excluida de la sociedad, marcada por la supervivencia. Sin embargo, en el ámbito comunitario a veces suele ser diferente, porque existe la disposición a hacer cosas juntos. En el ámbito de la salud, podemos preguntarnos ¿cuáles son esos derechos y responsabilidades?, ¿cuáles, las políticas de integración? El paciente se mantiene como un sujeto pasivo, con tan solo denominarlo así. Por ello surgen la desconfianza, las visiones de autoridad y la indiferencia. Al no ubicar los conflictos comunicativos internos, estos se apagan sobrevalorando la acción hacia fuera por medio de campañas de mercadeo

social que no siempre sirven para todo. Se ha perdido el sentido de lo lúdico o el edu-entretenimiento, por ejemplo, tan propios del largo plazo. Lo comunicativo distanciado de lo educativo y de lo político no puede progresar ni generar solidaridad, menos aún diálogo.

Promotores, una mediación comunicativa desaprovechada

Las y los promotores de salud han adquirido un prestigio en la comunidad, basado en la aceptación de su función de apoyo voluntario. Sin ellas no es posible la prevención, la asistencia a los centros de salud y hospitales o la promoción de la salud, según opiniones de la población. Pero desde el sector salud no se percibe lo mismo, más bien se les valora poco, ni siquiera se les da credenciales. Sin embargo, se les responsabiliza de las fallas del sistema de servicios. O se les idealiza como heroínas en el discurso. Cruce de miradas altamente significativo.

En realidad, son como intermediarios del centro de salud dedicados a captar pacientes y llevarlos a él, con lo cual se alejan de su comunidad, pues se deben al personal médico o técnico, en primer lugar. Hacen de bisagra asumiendo visitas domiciliarias; distribuyen y llenan la ficha familiar; reparten papillas; identifican enfermos para llevarlos al centro de salud. Aparecen como una extensión del aparato estatal. Muchos promotores se quejan de ser evaluados solo desde la cantidad de gente que llevan al centro de atención, inclusive la capacitación se orientaría a ese exclusivo resultado. No son percibidos como un potencial de educación y participación ciudadana. A veces, incluso, son vistos como representantes de los servicios de salud, especialmente en los sectores más pobres; constituyen *el otro* que estuvo cerca, pero que hoy se distancia. Está pero no pertenece. No siempre genera avances ciudadanos en la población. En ese sentido, si bien propician la solidaridad mantienen una visión negativa de la comunidad, a la que tildan de no escucharlos y de no poner en práctica lo que aprenden dada su desidia. Sin embargo, se les aprecia por la ayuda desinteresada que brindan.

En la práctica, sus expectativas de acción suelen ser cortopla-

cistas, lo que constituye un impedimento para que el sistema de salud cambie, dado que ellos resuelven los problemas comunicativos sin confrontar al personal médico. Sin querer ocultan y no resuelven la distancia y la desconfianza existentes. Ayudan a la gente, pero no transforman los servicios y la calidad de la atención, quizá porque ese no es su papel. La charla o la conversación personal son sus herramientas básicas de trabajo, lo cual limita la acción educativa. En realidad, han recibido poca capacitación en Comunicación en Salud. Sin embargo, suelen ser testigos increíbles de lo que pasa en la comunidad y en los servicios de salud, también de lo que a ellos les está sucediendo. Lamentablemente, desde esas capacidades espontáneas tan ricas no son escuchados. Es significativo que en los talleres que realizamos, cuando se les trató como ciudadanos y como líderes públicos de la salud en su localidad, se produjeron grandes transformaciones. Solo el hecho de ser ellos los planificadores de su trabajo cambió su lugar en la comunicación, más aun si la relación con la comunidad debía ser más democrática y movilizadora. La identidad del promotor es un aspecto clave a trabajar, a partir de ellos mismos y de su interpretación de lo real, en el campo de los aspectos objetivos y subjetivos de la salud.

**Desarticulación sin perspectivas de acuerdos
y acciones comunes: deficiencias en la participación
y en la deliberación**

En la intervención o la implementación de proyectos en salud, somos testigos de la desarticulación que existe entre unos y otros actores de la salud. En algunas zonas, las mesas de concertación configuran esfuerzos comunes para superar esta fragmentación. Sin embargo, la lejanía entre gobernantes, las ONG, universidades y ciudadanía sigue marcando el paso, una vez que termina la sesión o la actividad planificada. Muchos espacios de concertación son criticados porque se quedan en la elaboración de planes, pues o no se ven resultados o no se muestran. Nuestras capacidades corporativas más amplias no están desarrolladas. Cada institución se afirma a sí misma, negando competencias a las demás. La propia clase po-

lítica desconfía de la sociedad civil y no valora la importancia de la articulación. No hemos desarrollado capacidades para trabajar juntos reconociendo lo que cada uno puede aportar, desde un espíritu básico de confianza. Hay mucha experiencia acumulada que no ha sido procesada o estudiada. No estamos aún preparados para influir en redes sobre el sector salud, el Estado y el mercado. En muchos casos encontramos enemistades y distancias a veces irreconciliables entre las ONG y universidades. La fragmentación, sin embargo, solo se supera asumiendo recursos de acción y evaluándolos de manera conjunta.

Esto se agrava en la comunicación para la salud. Aunque esta no es una práctica y una preocupación generalizada, cuando se incorpora, en la mayoría de instituciones y organizaciones surgen competencias no siempre sanas. Es como una batalla de ofertas contrapuestas entre sí a partir del manejo de diferentes estrategias o técnicas, no precisamente de modelos comunicativos e intenciones de cambio. A la fragmentación que caracteriza a la sociedad posmoderna, le añadimos una voluntad que se niega a establecer vínculos vitales y flexibles de cooperación y construcción de consensos. No es mejor el que sabe dialogar o el que sabe asumir junto con otros determinadas acciones, sino el que se diferencia como el único e irremplazable, el que sabe y puede más. Aún nuestras instituciones son autorreferidas, cada una es única en el mundo, sobre todo hoy cuando se busca abarcar todos los temas.

Sin embargo, existen discrepancias de fondo en cuanto a los sentidos de la comunicación. Mientras que en algunos casos se busca por medio de ella el cambio de comportamientos, en cierta asociación con corrientes conductistas; en otros, el resultado estaría en el mejoramiento de las condiciones de vida para la salud de la población, respetando las culturas. Están también quienes la usan para generar democracia y ciudadanía en la sociedad, en la línea de construir inclusiones y equidades. No obstante, la discusión y el debate se evitan, cada uno en su cancha y con sus ideas. Menos aun se asume entre diversos actores el evaluar lo que se está haciendo, que es otra manera de generar acoplamientos.

No solo es la gente común y corriente la que tiene dificultades

para discutir, también están invadidos por el mismo mal los actores de la salud. Por esa razón se le tiene miedo al debate y se le iguala a una pelea o confrontación definitiva, se le teme como método de eliminación del adversario. Las opiniones se adjuntan unas sobre otras sin examinar acuerdos, novedades y desacuerdos. La enumeración de problemas sin ordenarlos es otra tara nacional. Así nada puede ser discutido. Por ello, cuando leemos los periódicos con miles de noticias aterradoras y desarticuladas entre sí, sentimos naturalmente que no hay más que hacer en el país o la localidad. Nos marean y nos sentimos tan poca cosa. Saber discutir es apasionante, recuperar lo que el otro dice para oponerse o para retomarlo significa interacción humana. Conocer en dónde están las discrepancias es saludable para una comunidad, sin quedarse en los chismes. Es igualmente fascinante unir información con opinión, mejorándola siempre. Más aun, encontrar gente que piensa como uno y que juntos puedan ayudarse es altamente esperanzador; o tomar en cuenta a otros que piensan distinto e incorporar lo que plantean, es incluso más reconfortante. Formar una cultura deliberativa es señal siempre de crecimiento y de salud mental de una sociedad. De esa manera, la salud pública debiera preocuparse más por crear vínculos para potenciar mejor el trabajo emprendido, sobre la base de un sano debate, dentro de los sistemas de salud y en relación con todos los actores del país. Para ello hay que demostrar que la salud pública es útil en la práctica concreta de resolver problemas.

En ese clima, los ciudadanos no constituyen un factor relevante en la construcción de la salud pública. Son la parte terminal de un sistema dirigido a unos usuarios definidos solo como necesitados. Siguen dominando las charlas verticales o una atención autoritaria como modo principal de comunicación y los espacios de participación son solo momentos útiles para que la gente se exprese o se apropie de un contenido decidido por el profesional o la autoridad. En muchos casos, ocupa solo un rol motivador. No se toma en cuenta que esta debe generar aprendizajes y mejores capacidades deliberativas que hagan comprender la compleja realidad que vivimos. Se valora poco que ella deba servir para aprender a tomar decisiones entre varios o muchos. Es decir, no se piensa en sus cualidades

educativas para adquirir poder, esenciales a cualquier participación, en un país donde la ciudadanía todavía está en camino de serlo. Menos aun lleva a entablar diálogos de mutuo enriquecimiento. «El acto educativo no consiste en una transmisión de conocimientos, es el goce de la construcción de un mundo nuevo».⁵ La comunicación participativa y la educación caminan de la mano, no son excluyentes.

Las experiencias de Periodismo Cívico que venimos realizando demuestran cuán unida puede estar la salud a la democracia y esta con el desarrollo. Estamos todos aprendiendo a colocar temas de salud en el ámbito público con el apoyo de muchas instituciones. Durante algunos meses, todos los actores de buena voluntad se unen para escuchar las propuestas de la ciudadanía y luego se debate sobre un tema álgido que haya surgido de la gente. Los debates transitan del diagnóstico a la propuesta, elaborando luego una agenda para resolver el problema seleccionado con la ayuda del periodismo. Los recursos participativos deben ser ambiciosos, apasionantes y creativos, pero no como un adorno folklórico, sino como un aporte a la solución de problemas que una sociedad asume al hacerse cargo de sí misma. Agenda que se entrega a la sociedad y que periodistas, universidades e instituciones de la sociedad civil y autoridades deben vigilar para que se cumpla. Sano ejercicio que nos viene demostrando que, aunque nos cueste mucho trabajo, un país que se integra de a pocos para desarrollar, sí es posible.

La perspectiva curativa de la enfermedad y la comunicación

Esta sigue siendo el eje de movilización y ordenamiento del sistema de salud y de los servicios que se otorgan a la población. Es decir, nos mueve la necesidad inminente. La prevención todavía camina alrededor de las vacunas como forma de evitar la enfermedad, pero no se compromete con el cuidado de la salud en la vida

⁵ FERNÁNDEZ MORENO, Juan Manuel. Asesor académico del Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa.

cotidiana, tampoco por medio del mejoramiento de las condiciones de vida. Menos aun se promueve una cultura del cuidado del cuerpo. El interés de participar en los programas sociales muchas veces va teñido de cierto asistencialismo vinculado a la alimentación, desde una demanda de subsistencia, pero no de promoción de la salud. Esta perspectiva reduce lo comunicativo a la relación médico-paciente, «arcángel y terrenal»⁶ luchando contra la enfermedad. Y, por otro lado, si bien la prevención crece en algunos aspectos vinculados a la infancia, no lo hace en otros, por ejemplo, entre mujeres y adolescentes.

Los medios de comunicación suelen darle más importancia a la enfermedad cuando esta crece o cuando se presenta una epidemia, es decir, cuando es noticia aparatosa. En una investigación realizada por el Centro de Investigación de la Asociación de Comunicadores Sociales, CALANDRIA, se demuestra que el conjunto de noticias de salud en el país es solo 3.4% de la información nacional que se emite, y es aún más bajo el porcentaje en provincias. De ese escaso 3.4%, el 62.5% de las noticias emitidas sobre temáticas de salud durante el año 2003 fueron de carácter curativo, 19.8% preventivo y 10% de promoción. Es evidente que ni lo preventivo ni lo promocional deben recordarse y quizá nunca se llegaron a leer, escuchar o ver. Y el 51.6% de ese total de salud es solo presentación o descripción de hechos, o presentación de casos individuales, como de sectores sociales que requieren ayuda (29.8%). Las opiniones de especialistas o autoridades, que podrían significar orientación, alcanzan el 12%. Por otra parte, casi no hay denuncias,⁷ es decir, la salud se exhibe pero con poca presencia cuantitativa. Lo curativo y la atención a la enfermedad sigue dominando el campo mediático.

La noción de promoción de la salud es aún ambigua, pero se la suele identificar con el trabajo comunitario o participativo sin incluir o diferenciar la perspectiva de salud que supone. Al solo en-

⁶ Frase compuesta por el Dr. Samuel Paredes en el Cuzco, para subrayar la lejanía entre médicos y ciudadanos.

⁷ Información sobre salud solicitada al equipo de investigación de Calandria para el Consorcio de Universidades, extraída del informe anual del monitoreo de medios que tal institución realizó en el 2003. Calandria. Lima 2004.

tenderla como comunicación directa, no se integra a los medios locales y comunitarios en esta perspectiva. El no tener precisión hace que todo ingrese en esa formulación. Tampoco se trabaja la comunicación como un componente central, despreciando su capacidad vital y humana. La información se toma poco en cuenta, no solo porque no se otorga, sino porque no se valora su importancia para el cuidado de la salud. No se ha formado aún una demanda informativa de salud en este campo. La propia vida saludable es más una frase que una realidad a conquistar. La ciudadanía solo aparece en el discurso y en escasos lugares, más bien, se sigue estando al frente de pacientes. Es curioso que haya instancias estatales que separen comunicación de promoción de la salud, cuando deben ir de la mano. Y muchas veces compiten ambas especialidades al entenderse forzosamente como diferentes.

Pérdida de lo comunicativo integral desde el Estado: sin conciencia sobre modelos y rutas comunicativos

Unos la identifican con difusión vía materiales varios, otros con mercadeo social, y también están quienes la asocian con la emancipación de sujetos y la búsqueda de comunidades saludables. Estamos ante usos parciales y discutibles de la comunicación desde el Estado, aunque podrían encontrarse las mismas figuras en otros campos. Por ejemplo, se disocia la comunicación del proceso educativo en el reiterado uso de campañas. En cada ciudad donde estamos trabajando, las autoridades identificaron a esta como la única forma de actuar comunicativamente sin diálogo explícito con la ciudadanía. No se imaginaban otro modelo comunicativo posible. Lo interpersonal, lo comunitario y lo mediático como ámbitos comunicacionales no están asociados entre sí, más bien van por caminos separados y hasta se oponen entre sí. Ante la dificultad de incluir a medios y periodistas desde lo informativo, recurren a campañas cuando tienen dinero presupuestado. La moda de las fórmulas o las normativas sigue operando. El *otro* específico a quien me dirijo cuenta poco, se le considera como una extensión del *nosotros* que hacemos comunicación para el desarrollo. Así, se ha perdido integralidad,

diversidad, aventura y pasión atrevida; es una tarea más de la agenda burocrática. La planificación suprime la búsqueda y el reto de comunicar, pues se sobrevalora el *spot* y la aparición publicitaria en medios. Así como tampoco se relaciona comunicación con promoción de la salud en la práctica.

Hay excesiva confianza en los medios para generar aprendizajes sin saber bien cómo programarlos para ello, más en la radio que en otros espacios y actores. Pero más se le valora por ser medio que por trabajar directamente la oralidad y la narración, modos de comunicación tan multiculturales en nuestros países. La innovación no se está practicando y cuando se hace uso de ella se toma más en cuenta las estéticas del creativo que las sensibilidades de los públicos, salvo normas básicas del mercadeo referidas a los gustos. En muchos casos, se simplifica tanto que se afirma que una buena comunicación debe ser simple y sencilla, como es la gente a quien nos dirigimos. Como si los conflictos, las incertidumbres y las desconfianzas no fuesen rasgos también de los pobres y quizá más difíciles de entender dadas las lejanías existentes. Se espera también la participación de la televisión, pero no hay sensibilización de los medios sobre la salud y es muy caro acceder a ella. Se ha probado poco el uso de Internet para obtener información y motivación relevante a la salud; y se ha dejado de lado la posibilidad de intercambio de experiencias y opiniones entre la gente de diferentes territorios y con capitales sociales o culturales enriquecedores.

Recordemos que las lógicas mediáticas no son las mismas que las del libro. El lenguaje audiovisual nos habita a todos, aunque con diferentes historias o experiencias culturales. La ficción y el consultorio son géneros más cercanos a la gente que lo informativo, a no ser que este último tenga un tratamiento innovador. La recuperación de los espacios públicos locales para ser espacios de producción colectiva o de construcción de lo público local, se trabaja poco y hay mucho por inventar. La información no termina de legitimarse como aspecto central en lo comunicativo, pero ingresando desde el entretenimiento. La gente sabe que debe vacunar a sus hijos, un logro evidente, pero sabe poco sobre la enfermedad y

lo que la origina. Por ello, la propuesta del Periodismo Cívico provoca tanta extrañeza al iniciarla. Es una transgresión a la información noticiosa cotidiana. Y justamente allí está su valor. El ciudadano se incorpora a la discusión pública.

3. RUTAS CENTRALES A DESTACAR

Nos quedan las preguntas, ¿cómo resolver tantos problemas y deficiencias en este campo?, ¿por dónde comenzar? No podemos ni debemos dar recetas al respecto. Aún hay mucho por conocer e investigar, como también ensayar salidas, perdiendo miedo a la innovación. Solo esbozaremos algunas rutas a seguir, pues recién estamos empezando a ser comunicadores para la salud desde una perspectiva de desarrollo.

Desarrollo de una cultura del cuidado del cuerpo para una vida saludable

Se viene trabajando poco en los planteos comunicativos para la salud sobre el conocimiento, cuidado y afecto de las personas por su propio cuerpo, muchas veces despreciado, subvalorado o discriminado. Esta sí es una línea de promoción altamente significativa y educativa, transformadora de por sí. Hay quienes se sienten encarcelados por su cuerpo debido a la raza, el sexo, la estética de su cuerpo, la edad, el ancho, la altura, las formas específicas que nos diferencian a unos de otros, más aun si siempre se le asocia al sufrimiento de un mal. No se puede avanzar desde el espacio exclusivo de la curación de enfermedades o de la prevención de las mismas, si este énfasis negativo te coloca barreras irreconciliables con tu cuerpo, sin crear fundamentos de cambio más profundos e interiorizados en la gente. Esta perspectiva de valorar el cuerpo humano, requiere ser retomada como base de las políticas de promoción y comunicación de la salud —reconociendo las diferencias culturales y las urgencias de salud— debiendo ser una obligación el reconocerlas como tales. La comunicación debe resaltar la importancia de

esta perspectiva, pues se relaciona con el incremento de la autoestima y con la dedicación de las personas a su cuidado, basada en el incremento del valor que se da la persona.

No se trata solo de una autovaloración, sino que ella te conduce al respeto del otro cuerpo. Por ello, la interiorización de valores de la salud es una tarea de encuentro del ser humano con su propio cuerpo y de respeto mutuo entre pares y diferentes. El cuerpo es el alma de la gente y no su contrario. Así, el cuidado de la salud se personaliza y se define como prioritario, y los cambios en las condiciones de vida de la población para una existencia saludable adquieren un sentido de transformación más comprometido. Autoridades, profesionales, técnicos, promotores de salud y comunicación deberán impregnarse de esta perspectiva hecha de sensibilidad e información. De esa manera, este enfoque hace más vinculante a la comunicación con promociones de nuevos estilos de vida saludables. Se debe dejar de lado esa visión de la población que percibe a la salud como algo externo a sí mismos. Hay mucho que recoger de las prácticas de la gente, como por ejemplo el deporte dominiguero, para ir elaborando esta nueva filosofía integradora que provoca que los seres humanos nos cuidemos y seamos tiernos y saludables con nosotros mismos.

Hacia una organización comunicativa del Estado: transformar los servicios para la atención en salud

Se siguen arrastrando grandes deficiencias en la atención de la salud. No solo porque esta no es permanente ni totalmente accesible, sino porque no posee la calidad humana que favorezca procesos de cambio en las personas y en las sociedades comunitarias, locales y nacionales, y no hace de la salud una responsabilidad propia de la sociedad. No hay comunicación respetuosa basada en la escucha y el diálogo horizontal en los servicios de salud. No se conversa para intercambiar información y ayudar a la población a resolver sus problemas. Menos aun se es educativo para generar aprendizajes. Se les trata mal a los llamados *pacientes* y hasta se les desprecia. Cada vez se reduce más el tiempo de atención, las discriminaciones permanecen, cuando no se incrementan. No nos cansamos

de repetirlo: el eje comunicativo debe centrarse allí.

Tales constataciones nos ayudan a entender cómo en la vida cotidiana reproducimos discriminaciones históricas que nos trascienden, pero que podemos remover y no nos atrevemos a hacerlo. Desde esta perspectiva, mejorar las relaciones entre el sistema de salud y la ciudadanía, especialmente la más pobre y necesitada, es una compleja faena a cumplirse en el largo plazo, con medidas de cambio en los tiempos más cercanos por determinar. Hace falta recordar que la prestación de servicios es un aspecto en el que se concreta la relación entre Estado y ciudadanía, desde ella se integra a personas o comunidades a la sociedad o se las excluye permanentemente.

El diagrama organizativo de la salud debe subvertirse. El lado más ancho de la pirámide debe ser el de la gente, como actores principales de la salud y en trance de hacerse cada vez más ciudadanos. Es decir estaríamos frente a autoridades colocadas abajo, para servir, en un proceso comunicativo permanente. Ello supone flexibilizar el sistema, adelgazar la burocracia sin caer en el caos; significa hacerlo más dinámico, rápido y profundamente dialogante. A más conversación, más salud. Todo cambio debe anunciar y tocar la estructura de poder para reordenarla y generar una democracia real. Quizá es desde este aspecto que debemos mirar las llamadas reformas del Estado, en las que lo normativo no reemplace lo comunicacional.

Comunicación con énfasis en educación y desarrollo participativo de la ciudadanía en el ámbito de personas y comunidades

Insistimos, las personas no somos simples usuarios, somos básicamente ciudadanos con derechos y responsabilidades frente a la sociedad y el sistema de salud. Somos parte sustancial de este conjunto de servicios que les otorga el Estado, porque es su deber hacerlo especialmente a favor de las personas más necesitadas. Se merecen una atención de calidad y pueden y deben protestar cuando no se les trata como ciudadanos con derechos. Por ello es tan

importante la formación de defensorías de la salud o del ejercicio del llamado *advocacy*. Son miembros activos y participativos de las políticas de salud, en su nivel crítico y en el de la proposición, también son merecedores de la libertad de expresión y tienen derecho a estar bien informados. Son ellos los que deben tomar decisiones responsables sobre su salud y sobre lo que debería hacer su localidad, y el Estado debe prepararlos para ello. Más aun, cada ciudadano individual lo es en la medida en que forma parte de una comunidad o de varias, no es un ser aislado o individualista sino socialmente integrado, vale por sí y por su pertenencia a grupos, organizaciones, redes, instituciones, etc., con quienes reconstruye su mundo cotidiano basándose en el trabajo común y la solidaridad a favor de una salud para todos. H. Mahler, señaló: «La salud mundial solo mejorará cuando los propios interesados participen en la planificación, aplicación y toma de decisiones de su propia salud y atención [...]. ¿Estamos preparados mental y profesionalmente para escuchar lo que les interesa, aprender de ellos lo que consideran importante y compartir la información apropiada, animarlos y apoyarlos? ¿Estamos listos para ayudarles a escoger entre soluciones posibles, establecer sus propios objetivos y evaluar esfuerzos? Hasta ahora, en muchos casos, la respuesta es no [...]. La comunicación para la salud debe contemplarse como una comunicación que posibilite al hombre la discusión franca de su realidad».⁸ Y ello nos vuelve a conectar con una comunicación más deliberativa en equilibrio con la que se publicita y se hace visible. Ambas son necesarias como políticas de comunicación.

Los derechos en salud y sus obligaciones requieren ser elaborados y montados por la propia gente, recogidos por las autoridades, y hacer de esta tarea una nueva gesta democrática, en la que los propios sujetos definan lo que son y lo que quieren ser con el apoyo de autoridades y el personal de salud. Levantar múltiples talleres de producción colectiva al respecto haría de la salud un tema crucial, tan o más importante que el desarrollo económico.

⁸ BAENA Paz, Guillermina y MONTERO Olivares, Sergio. *Comunicación para la salud, una estrategia para la participación comunitaria*. México: Editorial Pax, 1989.

La salud como un tema público: promoción con comunicación, educación, información y entretenimiento

La salud debe ser un tema de todos y de cada uno. No debe estar presente solamente para informar o educar, sino para ser debatido entre los ciudadanos de una sociedad local o nacional para llegar a consensos, asumiendo las discrepancias. El comunicador o el periodista debe ser un facilitador y orientador de esta articulación basada en la deliberación, como también lo son los promotores de salud, en principio. Para ello son útiles los medios locales y los masivos, como también las actividades públicas que congregan a personas y comunidades. La población no es una masa manejable, es un público participativo del acuerdo o del pacto social sobre salud, previa discusión, planteo de críticas y aportes, confrontación de información y de opinión. No se trata solo de que el tema esté en los medios, sino de que se convierta en una preocupación y responsabilidad compartida y visible. Desde esa perspectiva, la salud al hacerse pública se refuerza para influir sobre las políticas públicas de salud y sobre el tratamiento de determinadas problemáticas.

La Carta de Ottawa⁹ enfatizó que la *promoción de la salud* es una estrategia fundamental para lograr la salud pública, percibida como «[...] el proceso de habilitar a la gente para aumentar su control sobre la salud y mejorarla». En esta conferencia, se dejó en claro que la promoción no debía limitarse a estilos de vida saludables, sino llegar a «[...] las condiciones fundamentales y recursos para la salud: la paz, el albergue, la educación, el alimento, el ingreso, un ecosistema estable, recursos sostenidos, la justicia social y la equidad». En ese sentido, «La comunicación es el proceso de entender y responder a las necesidades de educación, información y motivación sentidas por una audiencia específica, para apoyar y facilitar la adopción de nuevos productos, servicios y comportamientos en

⁹ First International Conference on Health Promotion, 1986. Realizada en Ottawa, Canadá, bajo la promoción de la Organización Mundial de la Salud

¹⁰ CEVALLOS, Mercedes. *Plan de Información, Educación y Comunicación de los*

beneficio de la salud del individuo y/o su comunidad».10

Todas las acciones de Comunicación en Salud deben estar adscritas al concepto de *promoción para la salud* de manera preferencial, entendida como el proceso social, educativo y político que promueve estilos de vida saludables, que incrementa la conciencia pública sobre salud y la acción comunitaria a favor de ella, que brinda oportunidades y ofrece a la gente la posibilidad de ejercer sus derechos y responsabilidades, para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y al bienestar. Es decir, una sociedad vinculada comunicativamente entre sí para crear comunidades saludables.

Para ello hace falta una reconstrucción del papel de los géneros comunicativos, es decir, se debe rescatar la importancia de la información, del componente educativo y del entretenimiento que hoy trata de integrar estos dos últimos aspectos en el llamado edu-entretención. Propuestas como el Periodismo Cívico y el uso de las radionovelas, que hoy se están utilizando en el país, son muy útiles para repensar una comunicación mosaico, pero convergente. Pero de ninguna manera es una simple traducción o adaptación de los contenidos de salud, cambiando solo los mensajes, sino que se trata de unir las demandas del género o formato con las de la comunicación, las culturas y las prioridades en salud.

Comunicación con comunicadores y sin ellos

Este compromiso es tanto para profesionales de la salud como para comunicadores y periodistas. En el primer caso, porque con la comunicación su tarea se define como más integradora y les permite comprender qué está pasando con las subjetividades colectivas. Así sabrá entender cómo relacionar servicios de salud con promoción y comunicación, incorporándolos al quehacer cotidiano y a los momentos de las grandes definiciones, cuando se decidan políticas de intervención y de comunicación en planes de acción y procesos

programas de salud y Programa de Salud Básico para Todos. Ministerio de Salud. 1998.

de evaluación. Su trabajo, al ser más comunicativo, será también más educativo y político garantizando la sostenibilidad de lo que va aportando.

Pero a la vez requerimos de comunicadores bien preparados en lo académico y lo práctico, que forjen capacidades de pensar, evaluar y crear en su campo profesional. Deben ser capaces en la definición de políticas comunicativas en salud y de diseño de estrategias competentes en las que la educación, la comunicación y la política sean factores que se integran entre sí para incidir en el cambio. En otras palabras, que sepan ligar lo social con lo cultural y lo político, para lograr el cambio social. Eso implica una mejor preparación universitaria que, lamentablemente aún no es muy sólida en el país. Porque, comunicadores individuales e instituciones comunicativas deben seguir existiendo y deben mejorar ese saber hacer que todos requerimos, pero que a la vez debe sustentarse en el saber comprender y pensar. Se debe priorizar esa reflexividad que la modernidad requiere para admitir sus fracasos y renovarse permanentemente, como lo sostiene Anthony Giddens.¹¹ Es decir, el comunicador es el especialista al que siempre se puede y debe recurrir, pero no el único. Por ello la urgencia de formarlos de manera adecuada hacia el desarrollo.

Hacia un modelo relacional que usa diferentes estrategias

En este caso, la propuesta de comunicación apunta a construir relaciones entre los sujetos protagonistas de la comunicación dentro de un proceso o cuando se demanda que este exista. De ninguna manera el desarrollo es el contenido y la comunicación la forma, sino que es una saga integrada de convocatoria amplia. Estas relaciones van a permitir que los involucrados produzcan y construyan sentidos de comprensión de sí mismos, de los demás y de la realidad, posibilitando así cambios decididos por los propios sujetos,

¹¹ GIDDENS, Anthony. *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Editorial Península, 1995.

con respecto a su propia individualidad, en relación con otros, pero que apunten a que la opción y decisión sean personales. Los públicos serían los productores de sentido y no sus simples repetidores. Estas relaciones configuran redes de personas y comunidades, superando aquella dicotomía entre el proyecto individual y el colectivo. Más bien se apela a que, entre los sujetos comunicantes, se tejan nuevos sentidos de comunidad, menos colectivistas y más democráticos, en los que la conversación fluya y se configure como una actividad humana, social, cultural y política clave en la acción de compartir y de ser personas. En ese sentido, es muy diferente publicitar la planificación familiar siguiendo el modelo anterior, que generar procesos comunicativos que posibiliten que la gente se informe, discuta y pueda decidir qué debe hacer ante el mismo tema.

La salud no es tarea exclusiva de expertos, sino de todos; es un camino de democratización de la salud. Ese compromiso conjunto no les otorga diferente rol a los interlocutores de la comunicación. Y allí se encuentra ubicado el sentido de igualdad. Ni el comunicador es el que se niega a sí mismo para darle participación al ciudadano, ni tampoco es el único conductor o productor del diálogo. Sin embargo, es orientador y comunicativo en la perspectiva del cambio y allí se ubica su principal competencia. Pero sí es fundamental reconocer que la experiencia de transformar la realidad para hacerla más humana y justa es una tarea pública. En ese sentido, la comunicación debe conseguir que los temas sean producidos y apropiados como temas de todos.

Motivar y capacitar para que el propio sujeto sea protagonista del diálogo es la prioridad. Y en ese sentido incorporarlo al aprendizaje de la misma comunicación significa potenciarlo para ser interlocutor. Hay muchas experiencias latinoamericanas que han comprometido a los beneficiarios del desarrollo como conductores de programas y emisoras de radio. En nuestra experiencia, los promotores se convirtieron en periodistas locales y esperamos mucho de sus nuevos liderazgos comunicativos.

La apuesta supone que, cuando se toman decisiones sustentadas y útiles para la vida, los cambios que allí se generan se harán

dentro de un proceso de adecuación a la realidad, buscando su viabilidad. Y el colocar de por medio el construir juntos un nuevo sentido de salud lleva a practicar formas de cooperación generadoras de comunidades no solo articuladas por prácticas pragmáticas de cambio, sino porque se comparten interpretaciones sobre salud, desarrollo y sistemas culturales en confrontación y diálogo con sentidos éticos. Es interesante observar cómo —por ejemplo—informar, comunicar y educar para que la gente efectivamente conozca y defienda sus derechos, suponen estrategias sumamente diferenciadas frente a los que se proponen asumir, ellos solos, tales defensas, que luego las entregan ya resueltas.

De esa manera, lo relacional es la perspectiva comunicativa del conjunto de nuestra intervención; pero hace uso del mercadeo social, el Periodismo Cívico, las radionovelas, los juegos educativos, el uso de las plazas públicas audiovisuales, etc. Es una propuesta integral porque es incluyente; pero la ruta es hacer que la salud sea un tema de la gente para que de manera libre acuerde sus propios cambios mediante la transformación de sus prácticas de salud como actores ciudadanos de las mismas, vigilantes de los servicios que se prestan, pero también emprendedores de cambios.

Los medios se acercan al ciudadano y la sociedad coopera en la transformación periodística

No es solo un sueño o una quimera, esta afirmación puede ser una realidad. A veces los cambios que se van implementando de a pocos van trazando rutas de grandes transformaciones. Y una de ellas es reubicar al periodista, sacarlo de la sala de prensa a la calle para conversar y aprender de la gente. Hay desquicios que nos alborotan por las buenas, para saber. Preguntar y ser preguntado a la vez será una tarea de lujo. Estamos aprendiendo, por ejemplo, cómo una misma interrogante formulada de diversas maneras genera respuestas diferenciadas en la misma gente. Por lo tanto, saber interrogar para que la gente cuente y opine discutiendo, será la imagen de una sociedad donde la comunicación ocupe otro lugar, de tal

manera que la visibilidad pública de los temas vaya construyendo lo común y los sentidos de pertenencia.

La opinión pública en salud no puede seguir siendo la suma de los que piensan de manera individual, sobre la base de las preguntas de siempre. El gran ingeniero constructor de una opinión, como resultado de un quehacer periodístico que hace pensar y ayuda a situar a sus públicos en la deliberación, es el nuevo comunicador de la salud en perspectiva de desarrollo. Así la opinión será un resultado del intercambio y de la interacción comunicativa entre los peruanos. Pero poder hacerlo y adquirir estas nuevas competencias no será tarea fácil, como todo lo que será bueno.

Los estudiantes universitarios que participan de nuestra experiencia, especialmente de la de Periodismo Cívico, se están perturbando en un sentido positivo. Se dan cuenta de que la comunicación que están apoyando de manera voluntaria no es la misma que reciben en las aulas. Muchos se están replanteando los planes de estudio, las prácticas de aprendizaje, la docencia misma. Los perfiles profesionales a los que apuntaban se rompieron y requieren de otros. Hay docentes que los están apoyando en este proceso educativo de repensar su profesión y mejorar la currícula, además de establecer más relación entre comunicación y ese cambio social que no se predica, sino que aprende desde la práctica. Entonces la innovación sí es posible. De hecho, habrá una Maestría del Consorcio de Universidades que colocará nuevos retos y preparará a docentes y comunicadores para esta propuesta. Y así, seguiremos caminando.

**Entrenamiento a periodistas
radiales en comunicación
y salud: ilusión y realidad de
los medios de comunicación**

Ana María Cano Correa



LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN son considerados universalmente como factores fundamentales para dar a conocer productos, personas, candidatos, actividades. Cuando se habla de ellos se los menciona como si fueran de naturaleza homogénea; sin embargo, cuando se evalúan las posibilidades de contar con su apoyo en proyectos sociales, se evidencian más diferencias que similitudes entre ellos. Estas diferencias se originan sobre todo en sus características tecnológicas que implican infraestructura, equipos y cualidades expresivas particulares, pero también en su estructura organizacional, en el rol social que han logrado posicionar y en el imaginario de la gente en cada contexto social.

En el caso de la televisión y la radio, por ejemplo, los determinantes tecnológicos establecen una brecha abismal entre ellos. Los costos requeridos para instalar y operar una estación de radio no son en absoluto equiparables a la altísima inversión que se tiene que hacer para poner en funcionamiento una estación de televisión. Así, la empresa televisiva se ve obligada a priorizar el beneficio económico, recurre a la publicidad y sus tarifas son prohibitivamente altas. La radio es, en este aspecto, más cercana a los presupuestos generalmente exiguos de las organizaciones de la sociedad civil o entidades del Estado y por esta razón se encuentran más dispuestas a considerar la posibilidad de insertar mensajes o programas de contenido social.

La prensa —por su parte— y más concretamente la edición de impresos, utiliza tecnología y tiene costos operativos variables en función del producto que se quiera ofrecer: tipo de impreso, número de páginas, calidad de la impresión y frecuencia de la edición (diaria, semanal, mensual). En muchas poblaciones pequeñas existen periódicos de frecuencia semanal o quincenal de cuatro y ocho páginas que no requieren grandes presupuestos financieros y, sin embargo, se convierten en la voz pública.

La tecnología determina también otro tipo de limitaciones directamente relacionadas con su cobertura. La señal televisiva no puede llegar a zonas donde no hay electricidad y aun cuando hay experiencias de fuentes de energía alternativas estas no están ampliamente difundidas, por lo que los receptores de televisión siguen funcionando en el Perú, mayoritariamente, a partir de la energía eléctrica. La radio se posicionó como el medio de comunicación más accesible desde que se inventó el transistor, lo cual explica la generalización de su uso en manos de ricos y pobres en las grandes ciudades y poblaciones urbanas centrales, así como en las zonas rurales y poblaciones dispersas o aisladas. El periódico tiene un soporte físico —el papel— y su difusión depende fundamentalmente de su distribución y venta, lo que limita su lectura a segmentos sociales con recursos económicos y poblaciones ubicadas en lugares accesibles a medios de transporte permanentes.

Pero las diferencias entre los medios masivos no se reducen a factores meramente tecnológicos. El lugar específico que tiene cada uno en la sociedad está condicionado por cierto grado de especialización expresiva que han ido desarrollando la prensa, la televisión y la radio, respectivamente, en lo que se refiere a la información que difunden, los formatos utilizados y el acercamiento o distancia que tienen con el público.

Estudios realizados desde la investigación cualitativa han permitido establecer ciertas generalidades respecto a la preferencia de uso de cada medio, teniendo en cuenta —por ejemplo— la edad o nivel de instrucción de la gente. Así, se sostiene que la prensa, en tanto que es un medio que exige la lectura y el consecuente dominio de procesos de abstracción, es el predilecto de los adul-

tos en particular de los sectores más instruidos, vinculados al aprendizaje formal, al saber académico, con intereses políticos y culturales.

Por su parte la televisión, al estar constituida por imágenes que simulan la realidad y abundar en géneros de ficción, realiza un mayor impacto en los jóvenes y en personas más habituadas a relacionarse directamente, a informarse por medio de relaciones interpersonales, de intercambios presenciales, y familiarizadas con los lenguajes icónicos.

La radio, de naturaleza exclusivamente oral, tiene en los analfabetos, plenos o funcionales, a su público favorito. La palabra hablada es el sustento de la comunicación en comunidades en las que se respeta el saber tradicional, en el que existe predilección por fuentes de información identificadas; en consecuencia, este es el medio de comunicación de mayor relevancia en las zonas rurales o pobres, y muchas veces el único asequible.

Las organizaciones comprometidas en la promoción y ejecución de proyectos sociales pretenden a los medios de comunicación como aliados, ya que consideran que ejercen una influencia indiscutible en la sociedad. Sin embargo, el tipo de información, lenguajes, estilos expresivos y contenidos que se proponen en la prensa, televisión y radio de carácter comercial se contraponen a las dinámicas de reflexión, crítica, participación y acción que sustentan actualmente los proyectos sociales orientados al desarrollo.

En este contexto podemos afirmar que los medios de comunicación masiva tienen en común que proponen modelos de vida, actitudes y comportamientos contrarios a los objetivos del desarrollo social. Así, estimulan la emoción antes que la reflexión; la sobreinformación que ofrecen enerva la participación; la temeridad y la competencia, valores promovidos sobre todo a través de la publicidad, resultan más apetecibles que la cautela; la violencia parece más estimulante que la conciliación; correr riesgos es expresión de valentía, y, por lo tanto, crean un comportamiento mucho más seductor que la precaución; los excesos son propios de la juventud y la mesura es anticuada; y, por último, el futuro no existe, hay que vivir el presente.

En conclusión, la promoción de conductas saludables moral y físicamente, que benefician al individuo y a la colectividad resultan totalmente contrapuestas al discurso de los medios masivos.

Cabe anotar que, como es ampliamente reconocido, no toda la comunicación pasa por los medios masivos, sobre todo cuando se trata del establecimiento de conductas y comportamientos. La educación, familiar y escolar, es trascendental en la fijación de valores y principios básicos de afirmación del sujeto, los otros y el entorno. No obstante, el potencial que tienen los medios no puede ser desdénado, sobre todo cuando está demostrado que su influencia es proporcional al deterioro de las instituciones.

Recurrir a los medios de comunicación precisa de una definición clara de sus limitaciones y sus potencialidades. Por ello, se debe evaluar cuál de estos medios resulta el más apropiado para dar a conocer y convocar la participación que se requiere en cada proyecto, a qué segmentos de la población llega preferentemente cada uno de ellos, y tener en cuenta las localidades específicas en las que se va a trabajar. Dentro de este espectro, se debe conocer qué opinión tiene la población sobre cada radio, cada periódico, cada estación de televisión, para así elegir la opción más adecuada y conseguir que el medio considerado más significativo para los objetivos propuestos esté dispuesto a colaborar.

Para ello es fundamental tener en cuenta que, en última instancia, en las empresas y en los medios de comunicación hay personas, individuos de carne y hueso con intereses, preocupaciones, conocimientos, experiencias e ideales, que muchas veces coinciden con las aspiraciones del ciudadano común, de vivir en un mundo mejor.

LA(S) RADIO(S)

El Estado Peruano otorga diferentes tipos de licencias según la clasificación que establece la legislación en telecomunicaciones. Esto da origen a diversas denominaciones según el tipo de propiedad y objetivos de la organización.

Las emisoras pueden ser privadas, comerciales, educativas, comunitarias, religiosas, culturales y públicas. Es decir, las licencias de operación definen los márgenes de operación, según sea la categoría de la emisora. Así, las emisoras que se definen como instituciones sin fines de lucro ven limitadas sus posibilidades de financiamiento, porque no pueden realizar operaciones comerciales que les reporten ganancias por medio de la venta de espacios publicitarios.

En el otro lado, como contraparte, están las emisoras comerciales que tienen el negocio como objetivo primordial. Son empresas cuya razón de ser es ganar dinero y se desentienden de otras funciones sociales.

En la práctica esto ha determinado una suerte de territorialización de los temas, de manera que las emisoras comerciales se sienten absolutamente indiferentes a los temas de preocupación social de la comunidad; ya que para ello estarían las emisoras comunitarias o educativas que son financiadas y administradas por las diversas ONG, iglesias, asociaciones civiles o entidades públicas y estructuran una programación basada en objetivos culturales o de desarrollo, con programas educativos que abordan temas de interés social como los de salud.

Esta disposición orientada estrictamente a la búsqueda del lucro se traduce en un interés, permanente y exclusivo, por lograr sintonía de parte del público, apelando para ello a tácticas de reconocida eficacia: el sensacionalismo, la búsqueda del morbo en la presentación de las noticias, la denuncia malintencionada y, en casos extremos, pero no infrecuentes, el chantaje a empresarios y políticos que deben pagar al periodista o al dueño de una emisora para no verse atacados con o sin razón.

Desde el punto de vista organizacional, las emisoras de radio del interior del país no funcionan como empresas modernas. Conservan esquemas tradicionales en donde los dueños, locutores y conductores de programas se convierten en personajes de indiscutible poder. Por lo general, este poder no viene asociado al prestigio o calidad profesional, sino que se debe exclusivamente al lugar estratégico que ocupa, que deviene del control de las ondas radia-

les. Esta situación ha dado lugar a muchas desviaciones éticas que comprometen no solo a los periodistas, sino también a las autoridades públicas que llegan al soborno para que los comunicadores defiendan su gestión, y a los políticos que los invitan o agasajan para que les hagan propaganda o desprestigien a los contrincantes.

Esta dinámica está tan generalizada que hasta las universidades públicas han participado en este tipo de componendas cuando las crisis internas trascienden a la opinión pública y las autoridades recurren a alianzas oscuras con los periodistas para conservar sus puestos de trabajo.

La fragilidad ética de los comunicadores radiales tiene como una de sus explicaciones la precariedad económica. Las reglas del juego están planteadas de esta manera y aun en épocas de crisis, como durante la epidemia del cólera, los medios de comunicación comerciales cobraban al Ministerio de Salud por difundir sus campañas de prevención y atención de la enfermedad. Solo en Trujillo las emisoras de radio colaboraron gratuitamente con la campaña, como producto de una decisión explícita de los gremios locales.

EL PROYECTO DEL CONSORCIO DE UNIVERSIDADES

Dentro del proyecto del Consorcio de Universidades, llamado *Fortalecimiento de las capacidades nacionales en Comunicación en Salud*, se planteó la necesidad de convocar a algunos periodistas radiales que tuvieran especial relevancia en cada localidad, para constituirse en parte de los equipos multidisciplinarios que se establecerían en cada una de las seis regiones participantes.

El programa de entrenamiento a periodistas de informativos radiales se desarrolló durante el año 2003 en seis regiones del país: Ayacucho, Cusco, Huánuco, Junín, La Libertad, y San Martín.

A partir del diagnóstico elaborado el año anterior se pudo precisar que en las regiones seleccionadas la radio ocupa un lugar preferente en la población. Desde épocas remotas la radio ha suplido una serie de carencias de comunicación en las provincias del Perú, sirviendo —por ejemplo— de canal para la transmisión de mensa-

jes de persona a persona, entre familiares o amigos distantes. Ha actuado de receptora del malestar de la gente por medio de protestas y denuncias enviadas a la emisora, antes por correo y hoy a través del teléfono o el correo electrónico.

El reconocimiento del papel relevante de la radio en la sociedad está ampliamente documentado, de ahí que muchas instituciones organicen talleres o cursos de capacitación de diversa naturaleza, según los objetivos específicos de cada organización, con el fin de interesar a los periodistas y tenerlos como aliados de su causa.

Sin embargo, el proyecto del Consorcio de Universidades plantea diferencias sustanciales con lo que se ha venido dando en el trabajo con periodistas. En el aspecto estratégico son dos los enfoques en los cuales radica la novedad de esta experiencia: por un lado, se adjudica a la universidad la responsabilidad de guiar el proceso de entrenamiento y de esta manera, ella será garantía de sostenibilidad, de la continuación de acciones destinadas a la formación de recursos humanos en comunicación y salud; por otro lado, promueve la participación de representantes de los medios de comunicación en la conformación de alianzas interinstitucionales para la promoción de la salud.

SOBRE EL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO A PERIODISTAS RADIALES

Como parte de la estrategia general del Consorcio de Universidades se trataba que los periodistas de radio incursionen eficazmente en la promoción de la salud en asociación con la universidad local (y, eventualmente, otras organizaciones) y así constituir un núcleo base para vincular a la universidad con la empresa radial en todos sus aspectos: intercambio de información, prácticas profesionales y producción.

Naturalmente este trabajo envolvía a algunas facultades o escuelas, en particular las de Comunicación y Ciencias Médicas (Enfermería, Obstetricia y Medicina). Así, el programa de entrenamiento de periodistas radiales en Comunicación en Salud propo-

ne el trabajo conjunto de docentes universitarios de las áreas de salud y comunicación con los periodistas de las emisoras más reconocidas del lugar.

El programa de entrenamiento se define como un encuentro entre la preocupación por las necesidades de información de la población en materia de salud —identificada por el Consorcio en la investigación llevada a cabo en el 2002— y la posibilidad de que los participantes colaboren en las soluciones. No se trataba de un proceso de enseñanza-aprendizaje convencional ni un curso de capacitación, sino un intercambio productivo que conduciría a la realización de actividades conjuntas en el corto y largo plazo.

El objetivo fundamental de esta actividad se puede resumir de la siguiente manera: *propiciar que los periodistas radiales de las seis regiones priorizadas desarrollen habilidades que les permitan la cobertura, tratamiento y difusión de noticias referentes a la salud de manera constante, eficiente, variada y adecuada a las demandas de la población.*

En un primer momento se buscó identificar y reunir a profesionales de la radio dispuestos a participar de manera decidida en el desarrollo de su región. Se trató de convocar a personas con antecedentes en trabajo social, involucrados en el tema de la salud o que se encontraran trabajando en un programa radial orientado a mejorar las condiciones de vida de la población. Para esta selección, se recurrió al apoyo y experiencia de los docentes designados en cada localidad, quienes actuaron como articuladores de estos equipos regionales.

Se decidió invitar a los periodistas radiales en particular, considerando que, como responsables de los espacios noticiosos e informativos, ocupan un lugar estratégico en el establecimiento de la agenda pública en cada lugar.

Otras consideraciones más específicas justificaron la elección:

- En el marco de la promoción de la salud, es indispensable apelar a la propia población para que participe en la detección, señalamiento y búsqueda de alternativas de solución frente a los problemas de salud individual, social y ambiental que se pade-

cen en la comunidad. Por lo tanto, la salud debe ser materia de reflexión constante y a ello puede contribuir la radio aprovechando su lenguaje coloquial, íntimo, personal, poniendo especial atención en el concepto de prevención de la salud. Se toma en consideración que la escucha de los programas radiales informativos es por lo general individual o en espacios privados como la familia, en los que se debate precisamente los asuntos referidos a salud.

- Uno de los componentes de la promoción de la salud es la conceptualización de que la salud abarca mucho más que la ausencia de enfermedad, que un nivel óptimo de salud remite necesariamente a un estado de bienestar absoluto del ser humano, no solo en el aspecto físico, sino también el aspecto mental y emocional. Tal como sostienen estudios recientes, la persistencia con que los informativos destacan hechos morbosos o acontecimientos malsanos está creando en la población la imagen de que el mundo, la ciudad o el barrio, son mucho más peligrosos de lo que en realidad son. Se generaliza la sensación de inseguridad y desconfianza ante los otros. Las personas que escuchan noticieros en los que se reportan solamente actos de corrupción, asesinatos, asaltos y calamidades van desarrollando temor frente al entorno y escepticismo o angustia respecto a las autoridades, el país, el futuro.

Es conveniente, por ello, debatir con los periodistas acerca de la manera en que realizan su función informativa, apelando a recursos impactantes que pueden resultar nocivos para los radioescuchas.

- La demanda de información por parte de la población en temas de salud es acuciante y manifiesta. Hay ignorancia sobre la naturaleza misma de las enfermedades, sus manifestaciones primarias, las opciones para enfrentarlas en el nivel personal y familiar. Asimismo, no hay una imagen adecuada respecto a la oferta de servicios de salud existentes. Por último, falta información acerca del entorno ambiental, sus potencialidades, sus amenazas, lo que expone a la población a situaciones de riesgo de desastres naturales o a la depredación de los recursos existentes.

La ignorancia deviene en búsqueda de soluciones erróneas o tardías; por ello es importante incrementar la información sobre los problemas de salud recurrentes en un determinado contexto ambiental de manera de lograr uno de los grandes retos, que es el de la prevención.

- Se consideró conveniente exponer ante los periodistas radiales la propuesta de que el abordaje de temas relativos a la salud no estuviera restringida exclusivamente a un programa radial específico, por lo general a cargo de un médico, sino que el tema de la salud fuera objeto de discusión y reflexión permanente.

Muchas emisoras cuentan con programas dedicados a dar explicaciones y recomendaciones sobre la manera más adecuada de prevenir o tratar ciertas enfermedades, pero durante el resto de la programación no se refuerza y, en ocasiones, se distorsionan los mensajes emitidos en ellos.

Los noticieros y programas informativos ocupan un lugar privilegiado que deben aprovechar, desde el cual pueden ofrecer a los ciudadanos información constante acerca de las condiciones locales del medio ambiente, los obstáculos y los recursos que proporciona el entorno para la mejor conservación de la vida y la promoción del bienestar. Así, mediante el programa del Consorcio de Universidades se estableció la pertinencia de debatir con los periodistas a propósito de la tendencia generalizada de recurrir al impacto, el escándalo, para atraer la atención del oyente, sin reparar en el daño psicológico que pueden estar ocasionando. Por consiguiente, se planteó la necesidad de evaluar con ellos el papel que vienen desempeñando como transmisores de información y articuladores de la agenda pública.

Por estas razones, entre otras, fue que el proyecto para el fortalecimiento de las capacidades nacionales en Comunicación en Salud señaló a la radio como el medio de comunicación con el cual trabajar inicialmente.

ENTRENAMIENTO DE PERIODISTAS RADIALES EN COMUNICACIÓN EN SALUD

Los estudios acerca de la comunicación masiva en el Perú muestran que en general los medios de comunicación comerciales son esquivos a involucrarse en asuntos que no les reporte un beneficio inmediato. La propia legislación establece su carácter de empresa privada y les da amplia libertad para operar con fines de lucro y, al no asignarles responsabilidades de otra naturaleza, les exime de cualquier obligación social, de servicio o en beneficio de la comunidad en la cual se insertan.

Como se señaló anteriormente, en el caso de la radio, son las radios comunitarias, educativas o rurales las que asumen en forma exclusiva la tarea de brindar a los oyentes una programación con contenidos orientados a favorecer el desarrollo personal y colectivo. Al estar bajo la administración de instituciones que profesan un compromiso con el desarrollo humano, los contenidos que difunden abordan temáticas educativas, de salud, de formación cívica, de capacitación agrícola, etc.

El programa de entrenamiento a periodistas radiales del Consorcio de Universidades se orientó a periodistas en ejercicio, que estuvieran conduciendo programas informativos o noticieros, con el objetivo de involucrarlos de manera paulatina en este tipo de preocupaciones sociales, teniendo en consideración el impacto que tienen los noticieros en las localidades seleccionadas.

La investigación realizada por el equipo del Consorcio de Universidades en el año 2002 permitió precisar las demandas de la población en Comunicación en Salud: primordialmente, necesidad de recibir información adecuada, pero también necesidad de expresar, preguntar, reclamar, y compartir conocimientos y opiniones.

También pudimos determinar las dificultades y obstáculos que se presentarían al emprender el trabajo con periodistas para la promoción de la salud, ya que configuramos un mapa de los actores involucrados, expectativas, disposición personal, ideologías profesionales y el contexto laboral y político en el que se desenvuelven

los periodistas radiales en las seis localidades seleccionadas: Ayacucho, Cusco, Huancayo Huánuco, Tarapoto y Trujillo.

Metodológicamente, el programa de entrenamiento a periodistas no se planteó como un proceso de enseñanza-aprendizaje convencional o curso de capacitación. Como ya señalamos, ha habido muchos de estos que no dejan ninguna huella, ya que una vez concluida la capacitación el sujeto se repliega en su cotidianidad, perdiendo contacto con los capacitadores y, en el mediano plazo, con los objetivos de la capacitación.

Se propuso, por lo tanto, como un espacio de intercambio productivo que llevara a la realización de ciertas actividades entre la universidad local y los periodistas participantes, teniendo como finalidad que los periodistas de radio incursionen decididamente en la promoción de la salud y tuvieran en la universidad un referente de continuidad.

Se planteó la formación de un equipo base para relacionar a la institución educativa con la empresa radial en todos sus aspectos: intercambio de información, prácticas profesionales y producción, entendida como trabajo conjunto hacia la promoción de la salud mediante el vínculo con algunas facultades en particular: Comunicación, Ciencias Médicas, Ciencias Sociales.

La estrategia consistió en seleccionar a un pequeño grupo de periodistas radiales que pudieran incorporarse al equipo multidisciplinario local, conformado en el marco del proyecto del Consorcio de Universidades en Comunicación en Salud. Es decir, nos propusimos convocar a aquellos periodistas que pudieran identificarse con los problemas más acuciantes de la comunidad y que estuvieran dispuestos a trabajar decididamente por su solución, con otras instituciones y organizaciones de la localidad.

Desde el punto de vista metodológico, una primera etapa del trabajo estaba encaminada a motivar a los periodistas hacia una práctica más profesional de su función informativa. Debatir con ellos la situación e imagen pública del periodista radial, así como las oportunidades que el medio les ofrece para intervenir en el mejoramiento de la salud en su localidad. Se les brindó información acerca de los principios y conceptos básicos sobre desarrollo

humano y promoción de la salud, arraigando los conceptos con datos de la propia región. Para ello, se buscó la presentación de información acerca de los problemas de salud a cargo de expositores especialistas de la región, profesor o profesora de la universidad.

El primer encuentro pretendía un intercambio de experiencias entre los participantes acerca del trabajo diario en la búsqueda de la información, poniendo énfasis en la responsabilidad del comunicador y la necesidad de recurrir a la investigación para garantizar que esta sea veraz y pertinente.

La discusión debía permitir consensos acerca de cómo enfrentar los siguientes retos:

1. Identificar y sostener relación con fuentes confiables para acopiar información especializada oportuna, útil y adecuada, sobre indicadores de salud de la región.
2. Estudiar y analizar los mayores problemas sociales para enfrentarlos por medio de la radio de manera creativa y convincente.
3. Identificar a las instituciones de la región que trabajan en el campo de la salud (estatales, privadas, las ONG, iglesias)
4. Investigar y dar a conocer las responsabilidades, recursos y acciones de las entidades del Estado a cargo de la salud de la población.

En las regiones visitadas, son pocos los periodistas que tienen formación profesional; la mayoría de ellos se ha forjado en la práctica diaria, ha aprendido el manejo del medio y sabe sobrevivir situándose en un punto equidistante entre los poderes políticos y los gustos de las audiencias. No se ven a sí mismos como sujetos propositivos sino como intermediarios, amplificadores de los acontecimientos más impactantes. Dedican su mayor esfuerzo a dar cobertura informativa sobre sucesos de carácter político coyuntural, convencidos de que esto es lo que más atrae a las audiencias y mantiene alertas a las personalidades políticas.

Hay muchos intereses cimentados en una práctica basada en hábitos que todos comparten y que se contraponen a las posiciones

aparentemente idealistas o teóricas de los profesores o estudiantes de periodismo y comunicación. La investigación no es una práctica habitual del periodista radial y hay muchas justificaciones para ello. La primera es su formación empírica, no académica. Además, los periodistas que trabajan en radio muchas veces comparten esta actividad con otras que —por lo general— les resultan mejor remuneradas y les demandan mayor esfuerzo. Esto no les da tiempo para estudiar, buscar fuentes confiables, confrontar fuentes, revisar documentos, analizar datos, etc., como señalan los textos y manuales. Algunos manifiestan que en sus programas ocasionalmente tienen que recurrir a la lectura o al parafraseo de las noticias que aparecen en los diarios, porque no han tenido tiempo de conseguir material original.

Su trabajo es individual, aislado, no hay una organización, empresa o equipo de respaldo o complementario. Él solamente busca la noticia, la analiza, la redacta y la difunde. Asimismo tiene que gestionar la publicidad que le permita ganar lo necesario para pagar el costo de alquiler del espacio radial. Las empresas carecen de una organización con departamentos especializados en las diferentes etapas del procesamiento de la información, archivos o centro de documentación y muchas de ellas funcionan en locales de infraestructura improvisada y con presupuestos exiguos.

En este contexto, ha sido muy difícil interesar a los participantes en los principios éticos de la función periodística o que asuman su obligación de orientar adecuadamente a los radioescuchas para que se constituyan en ciudadanos activos, por lo menos en lo que se refiere a la salud; en otras palabras, que se dispongan a ejercer un auténtico rol fiscalizador de las autoridades públicas, sin compromisos cómplices o consignas partidarias.

Frente a los poderes públicos tienen una relación polarizada: o son agentes de propaganda —muchas veces con un pago de por medio— o de ataque permanente por antipatías políticas o rencillas personales. Esta relación es recíproca, ya que existen antecedentes de entidades públicas que proporcionan información relevante solo a unos cuantos periodistas incondicionales.

En general, se puede constatar cierta desconfianza frente a los comunicadores radiales porque —como declaran los funcionarios

públicos— los periodistas solo difunden noticias negativas o información distorsionada acerca de su desempeño, porque creen que eso vende más; es decir, nunca resaltan lo positivo.

Lamentablemente no existe una organización gremial (que funcione) que aglutine a todos los periodistas y que vele por sus intereses y, sobre todo, les facilite el acceso a mejores niveles de conocimientos y habilidades para desempeñar de manera más actualizada su misión. Por el contrario, las organizaciones de este tipo son fuente de discordia en su interior y de desprestigio de la imagen del periodista hacia el exterior. Solo en Trujillo existen organizaciones activas que cumplen esta doble función, por lo que los periodistas de esa región son los que tienen mayor nivel de preparación, aun cuando algunos también sucumben a intereses políticos o desviaciones de la ética.

Una de las mayores expectativas que generó el programa desarrollado por el Consorcio de Universidades ha sido que la institución educativa pueda ofrecerles en el futuro posibilidades de estudio, de aprendizaje en materias elementales concernientes a su actividad laboral como —por ejemplo— lenguaje radial, formatos, análisis de audiencias, estudios de públicos, dinámicas participativas, gestión de recursos, manejo de estrategias publicitarias, etc. Resulta elocuente el hecho de que cuando se refieren al público al que dirigen sus programas siempre la respuesta es: «público en general», independientemente de la hora de emisión o el formato del programa. No identifican públicos particulares, sea por categorías sociodemográficas como la edad (niños, adultos o ancianos), género (mujeres o hombres), o por actividad (localizados en el hogar, la escuela, la calle o el trabajo).

Para abordar temas de salud, este concepto de públicos específicos es fundamental, ya que en referencia a la salud se puede segmentar incluso de manera mucho más precisa a las audiencias, por ubicación geográfica, por actividad productiva, por padecimientos o dolencias, por situación de riesgo, etc.

Los periodistas son conscientes de sus limitaciones y manifiestan abiertamente su deseo de aprender. A partir de este acercamiento propiciado por el Consorcio de Universidades, se ha podido

comprobar que respetan a la autoridad de la universidad como institución formadora de comunicadores. Esta apreciación constituye la superación de un prejuicio hasta hace poco bastante común entre los periodistas en ejercicio, que sostenía que era la práctica la que daba categoría profesional al periodista, desvalorizando el aprendizaje académico que brinda la universidad. Es decir, esta polarización del *empírico* frente al *teórico* está siendo dejada de lado por el reconocimiento que los *empíricos* están dando a la formación universitaria.

Por parte de la universidad hay interés por compartir con los periodistas nuevos conceptos sobre la función informativa y paralelamente nutrirse con la experiencia que ellos tienen en el campo laboral. Este intercambio es a todas luces beneficioso para ambas partes y, en el corto plazo, puede ser determinante para mejorar la calidad de los programas noticiosos locales.

El marco conceptual desde el cual se apela a un compromiso mayor del periodista con el desarrollo local fue enfocado desde el derecho a la información que asiste a todos los ciudadanos de tener información amplia, veraz y oportuna mediante los medios de comunicación. Y en este contexto situamos la importancia de la comunicación para la promoción de la salud.

Al poner este tema en debate se ha podido comprobar que los periodistas tienen una gran disposición para mejorar la situación de pobreza y los problemas de violencia de sus localidades, sin embargo, siempre han pensado que de esto se deben encargar las instituciones públicas: es el Estado, y solo él, el que debe solucionar los problemas sociales. No han sentido nunca que ellos deban asumir alguna responsabilidad y que pueden contribuir con su trabajo diario de manera directa.

Durante las discusiones sostenidas, se abarcó el tema de la necesaria colaboración de los medios de comunicación en educar a la población en materia de participación ciudadana. En particular las radios tienen amplias posibilidades, por medio de acciones concretas como las siguientes:

- a) Señalar oportunamente los logros de las instituciones que trabajan en prevención: colegios, las ONG, municipalidades, cole-

gios profesionales, dependencias del Ministerio de Salud, organizaciones comunitarias.

- b) Establecer contacto con instituciones académicas del campo de la salud y la comunicación para la producción conjunta de programas.
- c) Facilitar mediante sus programas la expresión de las demandas de las organizaciones de base y de los ciudadanos particulares en materia de salud, y canalizarlas para su solución.

Muchos de los participantes en esta actividad no manejan conceptos clave que les pueden facilitar sustantivamente su rol fiscalizador, como el del derecho que asiste a todos los ciudadanos, y por lo tanto con mayor razón a los periodistas, de tener acceso a la información pública referente a las actividades, presupuestos, programas, contratos, licitaciones y planes operativos del sector público. Este tipo de dispositivos legales les permiten un acercamiento a fuentes de primera mano y les exime de caer en la inmoralidad de comprometer su línea informativa o ética para congraciarse con el funcionario público que ofrece información exclusiva.

A lo largo de la actividad y en cada una de las reuniones mantenidas con los docentes y periodistas, se trató desde el principio de desplazar la concepción de la salud como enfermedad. Esto se ha logrado solo parcialmente, tanto en el espacio académico como en el de los comunicadores. Si bien en el diálogo aparecían preocupaciones como el pandillaje, la contaminación ambiental del aire y por ruido, el abandono y maltrato de los ancianos, accidentes domésticos en perjuicio de los niños, etc.; cuando se encomendó como tarea práctica la realización de programas o *spots* radiales, los grupos en las seis regiones abordaron temas directamente relacionados con la enfermedad, como SIDA, infecciones respiratorias, embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades diarreicas, solo algunos se interesaron por la violencia doméstica. Solo en Cusco se han establecido de manera notoria requerimientos de información sobre medio ambiente, recursos forestales, como parte de la tarea futura del equipo.

Convendría discutir más a propósito de ello, ya que es legítimo que en lugares donde se sufren enfermedades que constantemente y a lo largo de los años tienen efectos devastadores sobre la población, esta sea la preocupación fundamental y se perciba como lejanos problemas de medio ambiente —por ejemplo— cuyas consecuencias no son tan dramáticas en el corto plazo.

Pero, por otro lado, también es necesario reconocer y analizar este hecho como una dependencia excesiva a supeditar la problemática de la salud a las políticas sectoriales o peor aun, restringirla a las estadísticas oficiales del Ministerio de Salud (MINSA). Este alineamiento con los parámetros del sector salud impide reconocer una gran cantidad de situaciones que, porque el MINSA no las registra, no son puestas de manifiesto por los medios de comunicación.

Los periodistas se han acercado a la universidad (muchos de ellos por primera vez) y han reconocido la experiencia acumulada que tiene en el abordaje de la salud. Se ha desmitificado un poco la imagen que tenían de que la universidad es absolutamente teórica y especulativa.

A partir del trabajo realizado con el Consorcio de Universidades no solo se han creado vínculos propicios para emprender acciones a futuro, sino que la universidad está asumiendo el liderazgo que le corresponde y que la comunidad le reclama. Esto se expresó enfáticamente en una de las visitas a la ciudad de Tarapoto: en un primer encuentro realizado en esa localidad, al iniciarse este programa, la expositora de la universidad increpó a los periodistas radiales su desinterés por los problemas de salud de la región y mencionó que dicha institución realiza permanentemente acciones de investigación o de intervención, sin embargo, estas no se dan a conocer a la población porque los medios no se acercan a ella; la respuesta de uno de los periodistas fue que le correspondía a la universidad ejercer un rol más activo en la sociedad, debe ser el ente articulador de las políticas de desarrollo de la región; en la medida que tiene objetivos de formación y de intervención en la sociedad, es la institución que debe señalar el camino, convocar, informar, de sus descubrimientos y propuestas.

En el transcurso del trabajo se pudo determinar algunas características particulares de los participantes de cada región, que da idea de la diversidad del país y que hay que tener en cuenta:

- Algunas regiones (particularmente de las ciudades más grandes o de la costa) cuentan con periodistas con formación académica en comunicación o periodismo. A lo largo de su trayectoria profesional han tenido acceso a capacitaciones por parte de diversas instituciones y también tienen instituciones gremiales bastante activas que se preocupan por realizar seminarios, congresos y cursos. Hay un mayor compromiso con el desarrollo de la región y formación ética entre los seleccionados.
- Otra característica es la presencia de maestros, que expresan su vocación docente en el trabajo periodístico radial. Están altamente involucrados con el desarrollo social y en el fortalecimiento democrático de la región. Además de la labor docente, algunos ejercen cargos en organizaciones gremiales. La presencia de la Comisión de la Verdad y Reconciliación en Ayacucho, por ejemplo, ha revalorado la tarea del periodista. Son numerosas las organizaciones (privadas, de Iglesia) que trabajan en esta región y que recurren a ellos para ofrecerles capacitación o solicitar su colaboración para difundir información. No obstante, el tema de salud en particular no ha sido destacado.
- En otras regiones se tiene todavía un concepto mercantilista de la función del periodista. Estos aceptan la capacitación como un beneficio personal, pero no consideran que vaya a significar un cambio en la naturaleza de su trabajo diario. Probablemente este bajo nivel de autoestima y valores éticos coincida con la poca formación de los periodistas, los cuales no tienen estudios universitarios en Comunicación, y también con la débil institucionalidad de estas regiones.
- Observamos también en muchas de ellas, una identificación evidente con el futuro de la región, una suerte de regionalismo que permite sacar adelante iniciativas a pesar de las dificultades o luchas internas.
- La incorporación de alumnos en las actividades es notoria y da perspectivas a futuro.

PERSPECTIVAS AUSPICIOSAS

Un elemento externo que debe marcar el inicio de una nueva etapa en las perspectivas de desarrollo de las regiones es sin duda el proceso de descentralización que está viviendo el país. Las expectativas de la población están centradas en la posibilidad de que sus autoridades cercanas, presentes en el lugar, resuelvan los problemas urgentes como la salud. En este contexto, se abre un panorama de autonomía que demanda responsabilidad a las instituciones locales y exige esfuerzos de concertación.

En tres de las regiones en las que se ha desarrollado esta actividad de entrenamiento a periodistas en Comunicación en Salud, se conformaron redes o equipos de trabajo con docentes de las facultades de Comunicación o Ciencias Médicas y periodistas radiales para seguir participando en acciones relacionadas con las mejoras de la salud de sus pueblos. Como tales, incluso, se han vinculado a otras organizaciones o campañas desarrolladas por instituciones de mayor envergadura, con objetivos específicos.

Por medio de la actividad desarrollada en el programa de entrenamiento a periodistas radiales, se ha logrado establecer la importancia de que el periodista sea parte de una estrategia global de promoción de la salud, que involucre a toda la sociedad.

En ese sentido, la evaluación de la experiencia nos permite plantear que proyectos futuros deberán contar con la participación de docentes, pero también de alumnos, tanto de Comunicación como de Enfermería, Obstetricia, Medicina, así como de las escuelas de Ciencias Sociales (Antropología, Servicio Social) y Educación. En las regiones donde ya se llevó a cabo esta actividad, los equipos locales están en condiciones de desempeñarse como conductores.

Por parte de los medios de comunicación, convendría contar con la participación de otros como la televisión y la prensa escrita e incluir a los dueños o administradores de las empresas para lograr consensos más amplios que el compromiso individual de los periodistas. Naturalmente que esto plantea una serie de dificultades de organización y logística, pero que pueden ser superadas en la medida en que ha quedado demostrado que la salud y también la educa-

ción y la lucha contra la pobreza son asuntos de primera importancia en las regiones, y en el marco de la descentralización se viene cimentando la convicción de que los problemas sociales solo podrán ser atenuados a partir de la articulación de esfuerzos y la consolidación de alianzas locales.

**Programa de pasantías
en Comunicación en Salud:
reflexiones de un tutor**

Pablo Espinoza



ME PROPONGO EN ESTAS LÍNEAS presentar algunas reflexiones sobre el sentido y función del *Programa de Pasantías en Comunicación en Salud* al concluir el Taller de Socialización que ha reunido en Lima, entre los días 11 y 13 de noviembre de 2004, a pasantes, tutores y responsables del Consorcio de Universidades.¹ Lo compartido e intercambiado en este taller, unido a mi experiencia como tutor y docente universitario, es lo que inspira estas reflexiones, hechas a manera de balance y buscando trazar perspectivas para futuras experiencias.

LAS VOCES DE LOS PASANTES

Antes de presentar nuestras reflexiones, conviene recoger algunas expresiones que se dejaron oír en las plenarios de intercambio. En la mayoría de los casos, recogemos casi literalmente la voz pro-

¹ En febrero de 2003, el Consorcio de Universidades inicia el proyecto llamado *Fortalecimiento de las capacidades nacionales en Comunicación en Salud*, el cual busca la construcción de una sociedad saludable mediante el fortalecimiento de las capacidades nacionales en Comunicación en Salud existentes en el país. Para su consecución, el proyecto planteó siete tareas, entre las cuales se encontraba el *Programa de Pasantías en Comunicación en Salud*, el cual dura cuatro meses. Durante el Taller de Socialización se presentaron y compartieron las experiencias adquiridas en dicho programa.

pia de los pasantes, sin orden ni jerarquía; por eso las entrecomillamos, advirtiéndolo que no identificamos a su autor o autora.

«La pasantía nos permitió conocer la realidad de nuestro pueblo con respecto a la salud».

«Me dejaron solo y tenía que llevar adelante la conferencia de prensa sin saber cómo hacerlo».

«Me preguntaban mis compañeros de trabajo qué significaba ser pasante y no supe qué responderles».

«Hemos aprendido a comunicarnos con diferentes personas y hacerles ver lo importante que es la comunicación para el desarrollo».

«La pasantía me ha enseñado a valorar las tradiciones y costumbres de mi pueblo y buscar estrategias para acceder a él».

«Descubrí que sin participación de la gente no hay sostenibilidad para un proyecto de desarrollo».

«El servicio directo a la comunidad nos enseña».

«Les mostramos a los trabajadores de salud qué importante era trabajar junto a otros sectores para mejorar la calidad de la salud en la población».

«Nos dieron una hora en la radio y yo invitaba siempre al personal del hospital, nadie quería ir y mandaban a los practicantes».

«Algunos colegas pensaban que llegaba para quitarles el puesto y por eso no me brindaban información».

«Nuestros mejores aliados fueron los promotores de salud, ellos están más cerca de la gente y comprendieron lo que queríamos hacer».

«“¿Qué hace una enfermera en una radio?” me preguntaron cuando llegué a la emisora como pasante».

«Tú eres enfermera y quieres que se hable de la salud en el periódico, está bien, pero a nosotros nos interesa que el periódico se venda».

«Mi jefe pensaba que yo era su secretaria».

«Yo estudio Ciencias de la Salud, pero el haber trabajado en un medio de comunicación me ha descubierto muchas cosas que no conocía y estoy pensando hacer una tesis sobre mi experiencia».

UNA EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE

La dimensión que está llamada a caracterizar la experiencia de la pasantía en Comunicación en Salud que promueve el Consorcio de Universidades es la relación entre enseñanza y aprendizaje. La institución, al recibir a un pasante, asume un compromiso docente con el mismo; y, el pasante, al incorporarse transitoriamente a dicha institución, buscará aportarle conocimientos y experiencias desde su formación académica y enriquecerla con la relación entre comunicación y salud.

Se trata, en otras palabras, de la presencia transitoria de un estudiante universitario en una institución o empresa que le permita ligar en su actividad los ámbitos de la comunicación y la salud, en diálogo con lo propio del fundamento y quehacer de cada institución. El proceso irá enriqueciendo su formación académica y preprofesional, lo que debe ser asegurado mediante un acompañamiento tutorial tanto desde el interior de la misma institución como desde fuera de ella.

La modalidad de pasantía, a diferencia del modelo de las prácticas preprofesionales que en el sistema universitario peruano están reglamentadas, permite, en el caso del Consorcio de Universidades, ir delineando sobre la base de la experiencia una propuesta más libre, creativa y adaptada al objetivo de formar profesionales que puedan aportar a la vinculación entre la comunicación y el desarrollo, particularmente en el campo de la promoción de la sa-

lud pública. Al ser un programa descentralizado y que busca impactar en ámbitos locales y en provincias, encuentra su riqueza y potencialidad en las diversas apropiaciones que se hacen de él.

El marco institucional, como soporte de estas experiencias de pasantía, es muy importante en la medida en que, en sí mismo, supone una articulación entre la universidad, las instituciones o empresas que acogen al pasante y el Consorcio de Universidades; este último funciona como entidad promotora y auspiciadora.

Poner el acento en la experiencia de enseñanza y aprendizaje que caracteriza a la pasantía implica que las instituciones u organismos (tanto estatales, privados o no gubernamentales) *receptivas* puedan asegurar espacios y estrategias pedagógicas que permitan al pasante comprender el propósito y el sentido orientador de las diversas actividades desarrolladas por dichas instituciones, en relación con la salud y/o la comunicación.

Por otro lado, el pasante deberá tener en claro que la perspectiva de su pasantía es vincular, a partir de una práctica ligada a su formación preprofesional, los ámbitos de la comunicación y la salud. De allí que, en las diversas actividades o proyectos a los que se incorpore, deberá preguntarse por el ángulo formativo de las mismas y los aportes al propósito de vincular la comunicación y la salud. Se tendrá especial cuidado en no perder esta perspectiva para no absorberse en un activismo que busque responder primero a las demandas de la institución que lo acoge, u olvidar el aspecto formativo que su presencia debe asegurar entre la experiencia y conocimientos de la institución que lo recibe, y los saberes y habilidades del pasante que se incorpora a ella. Esta relación se vive como una tensión propia de la modalidad de la pasantía tal como está concebida, y deberá ser motivo de revisión constante desde la tutoría.

Los pasantes, por ello, requerirán en cualquier caso una etapa de inducción o propedéutica orientada a conocer la institución, los propósitos que animan su quehacer, la normatividad que la regula, el contenido de los conceptos que sustentan sus trabajos y proyectos, las metodologías y estrategias que aplica, los públicos usuarios o destinatarios de sus servicios, los programas que desarrolla y la

forma como los viene aplicando en la realidad. La institución deberá tener en claro que recibe a un estudiante universitario que desea conocer la institución e incorporar lo que dicha institución pueda ofrecerle a su formación como profesional.

LA EXPERIENCIA TUTORIAL

Un elemento central del modelo de las pasantías en Comunicación en Salud es la dinámica de la tutoría. Esta instancia busca asegurar el proceso pedagógico y de diálogo entre las instituciones que permiten la pasantía de forma que se planifique, se haga seguimiento y la correspondiente evaluación del proceso de acuerdo a los objetivos que propone el Consorcio de Universidades.

Otra riqueza del modelo de pasantías es que se desarrolla con varios participantes en cada región, lo que permite vincular sus experiencias individuales y aprender de este permanente intercambio. Este frecuente compartir con la asesoría tutorial del docente universitario que se les asigne permite la debida distancia reflexiva y orientadora que asegure que la pasantía discurra por los cauces formativos que el Consorcio de Universidades desea promover, y se alcancen progresivamente los objetivos planteados en los proyectos individuales de cada uno de los pasantes.

Una de las sugerencias que recibimos en el reciente taller es que se asegure una tutoría interna, desde la propia institución, a cargo de una persona que esté efectivamente cercana a la labor del pasante y que pueda sostener un diálogo fluido con el tutor externo. De esta manera, dialogarán el mundo de la dinámica laboral y el mundo académico en función de asegurar la experiencia formativa del pasante.

Algunos momentos considerados clave en la experiencia son el asegurar un debido espacio para la capacitación de los pasantes y la inducción orientada hacia sus instituciones. Se propuso que en este primer momento se involucre también a quienes, desde las instituciones, sean los que acompañen la experiencia de pasantía.² Asimismo, se sugirió una evaluación a mitad de la experiencia de

manera que permita hacer los reajustes convenientes al proceso de la pasantía. Finalmente, el Taller de Socialización permitirá afirmar la experiencia en términos de aprendizaje.

Para futuras experiencias, se ha insistido también en unificar criterios y pautas para el ejercicio de la labor tutorial. Si bien la experiencia debe adaptarse a las diversas realidades, se ha constatado desproporciones en la relevancia o función de la tarea tutorial. En algunos casos, el tutor o tutora se convertía en un asesor o asesora externa de la institución colaborando de manera muy próxima en la resolución de tareas que la institución encargaba al pasante y que este no podía enfrentar por sí solo. En otros casos, hemos visto situaciones de tensión para los pasantes debido a lo recargado del trabajo en su institución, la atención a las demandas académicas corrientes y la respuesta a los encargos que la propia tutoría le establecía. Junto a ello, se han observado modelos de mayor distancia entre la pasantía y los espacios del intercambio con el tutor o la tutora. En cualquier caso, se requiere unificar criterios.

LA SOSTENIBILIDAD

Otro aspecto destacado es lo que se espera que suceda tras el paso del estudiante universitario por la institución. A diferencia de las prácticas preprofesionales, el objetivo deseado no es que el pasante permanezca o se incorpore a la institución (aunque las ofertas que esta haga puedan revelar una positiva valoración de su trabajo y aporte), lo que se pretende es que la perspectiva de trabajo en relación con la comunicación y la salud puedan mantener una sostenibilidad. El pasante *pasa*, la que está llamada a permanecer es el punto de vista o el enfoque de una Comunicación en Salud de la que el pasante ha sido un transmisor.

² Sería interesante si esta primera etapa lograra aproximar a pasantes y tutores de regiones próximas.

**Reflexiones acerca de la
comunicación y la promoción
de la salud: redescubriendo
o retornando a la realidad**

Samuel Paredes Calcina



EN EL AÑO 2003, MIENTRAS laboraba como Director del Centro Médico San Francisco, Cusco, de EsSalud (entidad prestadora de Seguridad Social en el Perú), así como docente de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, convocaron a una reunión en la ciudad de Lima, promovida por el Consorcio de Universidades, para desarrollar un plan de capacitación de Comunicación en Salud.

Para estos fines presenté un currículum, pero lo hice para ver si era elegido o no; en realidad, pensando en que tendríamos un viaje gratis a Lima, con hospedaje y alimentación, y asistiríamos probablemente a un evento más de los que ya estamos acostumbrados. «¡Oh, qué buenas vacaciones!», fue la expresión que tuve. Además, tomé en consideración que en mi ejercicio profesional, orientado fundamentalmente a la Salud Pública (epidemiología), había tenido contacto y adquirido competencias en IEC,¹ que se ocupa de mejorar las capacidades y por ende las estrategias de Comunicación en Salud; pensando evidentemente que el curso al que asistiríamos sería más de lo mismo, y por lo tanto nuevamente me pre-

1 Información, Educación y Comunicación. Denominación, creada por Luis Ramiro Beltrán (Coordinador del Programa de Comunicación de la Johns Hopkins University), de la estrategia aplicada dentro de los programas de salud.

gunté: «¿Podré estar en Lima para escuchar más de lo mismo, y de esa manera tener un nuevo paseo todo pagado?».

Cuando llegaron los resultados, me satisfizo conocer que había sido elegido y *premiado* con ello, y empecé a trazar mis estrategias para escuchar una serie de charlas, probablemente de lo más interesantes y científicas, pero con un gran componente teórico, y que serían a la larga concebidas por el suscrito como continuidad de las capacitaciones recibidas. Además, me daría la oportunidad de incrementar las relaciones con profesionales de otros departamentos, intercambiar experiencias en salud y proceder a «descansar de la rutina diaria, relajarme y de vez en cuando darme una dormidita entre conferencia y conferencia». Al llegar y alojarme en el Hotel el Condado, que contaba con todas las comodidades y especialmente *jacuzzi*, me dije de inmediato: «Es un buen comienzo para mis cortas vacaciones».

El inicio de nuestras actividades de capacitación estuvo marcado por las clásicas actitudes de intercambio de experiencias, presentaciones entre nosotros; pero, conforme avanzaba el evento empecé a observar y a conceptualizar nuevas maneras de comunicación entre las personas, mucho más personalizadas y -diré aquí- más *ate-rizadas*, orientadas al intercambio de vivencias, de comunicación interpersonal, así como al intercambio de los roles de emisor y receptor en forma permanente, integrado con un respeto irrestricto entre ellos y hacia sus propias culturas, y una integración en este proceso. La relación de todo esto con la aplicación práctica de lo aprendido en nuestros lugares de origen, ocasionó en mí, como persona y profesional, un cambio radical de actitud hacia esta capacitación, y por tanto determinó en mí el *afinar las antenas*. Me di cuenta de que había ingresado en un nuevo desafío, un cambio de actitud, no tan solo en mi vida profesional y personal, sino fundamentalmente como integrante de una sociedad.

Finalmente, creo que este cambio permanente de ricas experiencias comunicacionales, en algunos casos (si no puedo afirmar casi en todos) diametralmente opuestas a las del IEC, practicadas en forma continua y permanente desde el inicio de nuestras actividades del Consorcio de Universidades, ha determinado también que empiece a ver con otra óptica a la Salud Pública y especialmente a

las actividades preventivo-promocionales, lo cual trato de sistematizar en las páginas siguientes.

REPENSANDO LAS ACCIONES SOBRE EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD: PROMOCIÓN

Iniciaremos la reflexión indicando que la salud, definida por la Organización Mundial de la Salud no como una mera ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar físico, psíquico, y social; abarca no solo los estados no invalidantes, transitorios o permanentes ocasionados por la enfermedad, sino además otros estados como el de bienestar social, en los que se encuentran inmersos varios aspectos, desde un adecuado desarrollo social e integración a la sociedad, hasta el bienestar económico, entre otros.

A la luz de la realidad actual, se determina que el proceso salud-enfermedad no es estático sino al contrario, es un proceso continuo y cíclico, y con muchos planos que son necesarios tener en cuenta tanto en las actividades de Salud Pública como en las actividades clínicas, ya que una persona puede estar en óptimo estado de salud física, pero tener enfermedad o incomodidad en otras esferas —por ejemplo, ecológica— perceptible o no para ella misma, e incluso para los demás, pero que ingresa en esta lógica. Estos aspectos son fuertemente considerados al momento que empezamos a vislumbrar los factores de riesgo para una enfermedad X, en los que los factores sociales, ecológicos, económicos, culturales, etc., influyen en la definición de la misma, y no tan solo en una persona, sino en la familia y la comunidad.

Por otro lado, en este ciclo salud-enfermedad, es necesaria la instauración de *niveles de prevención*, que deberían ser comprendidos adecuadamente para llevarlos a cabo, de tal manera que surtan los efectos que se desean alcanzar. En este sentido, se conceptualizan cuatro niveles de prevención:

- 1) Prevención primordial, que tiene la finalidad de intervenir y revertir las condiciones subyacentes (por tanto factores causa-

- les específicos e inespecíficos) que ocasionan, luego, el desarrollo de la enfermedad; por ello, su actuación es en las poblaciones y grupos específicos seleccionados.
- 2) Prevención primaria, que actúa sobre factores de riesgo y causales, en personas sanas, población total y grupos seleccionados.
 - 3) Prevención secundaria, orientada a las actividades curativas en los pacientes y a la reducción de las consecuencias más graves de la enfermedad mediante el diagnóstico y tratamiento lo más precoces posible.
 - 4) Prevención terciaria, cuya meta es reducir el progreso o las complicaciones (secuelas y discapacidades) de una enfermedad ya establecida.

Estos cuatro niveles de prevención claramente identificados desde el punto de vista operativo, pueden ser consustanciales. Comprendidos así estos niveles, la pregunta surge de inmediato: ¿dónde está inmersa la *promoción* y qué deslindes de orden técnico podríamos encontrar con relación a la prevención?

Al llegar aquí nuevamente nos extraviamos, y surgen algunas otras preguntas como las siguientes: ¿es la prevención primordial sinónimo de promoción de la salud?, ¿la promoción de la salud es una actividad diferenciada de las preventivas, orientada solo a la salud, y la prevención, hacia la enfermedad?, y, ¿cómo se interrelacionan la comunicación, la educación para la salud, la ciudadanía y el género con la promoción de la salud?

De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española, la definición atribuida a promoción es: «elevación o mejora de las condiciones de vida, de productividad, intelectuales, etc.»; por lo tanto la promoción de la salud puede ser muy bien comprendida como la elevación o mejora de las condiciones de vida de las personas de una comunidad.

Por otro lado, este concepto conlleva evidentemente dos actores fundamentales: el individuo (y, por tanto, la ciudadanía) y el Estado (y, por tanto, los actores sociales desde el gobierno). Estos deben tener la voluntad de desarrollar esta estrategia, ya que si el individuo en el ejercicio de sus derechos no desea utilizarla, el Es-

tado por más esfuerzos que realice no logrará los efectos necesarios, y viceversa.

A continuación, trataremos de responder las preguntas planteadas.

¿Es la prevención primordial sinónimo de promoción de la salud?

De esta manera, podríamos concebir a la prevención primordial como un elemento inserto en las actividades de la promoción de la salud, puesto que mediante la modificación de las condicionantes legales (leyes, decretos etc.) y el ejercicio efectivo de la ciudadanía de los derechos otorgados por la ley, se permitiría finalmente la mejora de las condiciones de vida de las personas y, por ende, la conservación de la salud.

¿La promoción de la salud es una actividad diferenciada de las preventivas, orientada solo a la salud; y la prevención hacia la enfermedad?

Del discurso anterior se desprende que ambos conceptos son complementarios y necesarios en su accionar, no pudiendo desmembrarse uno del otro, como ha ocurrido hasta hace muy poco tiempo en nuestro país.

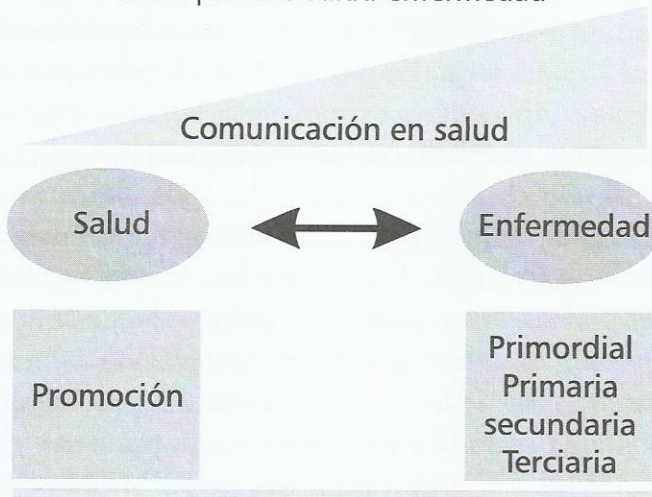
En el marco establecido por las actividades preventivo-promocionales, no se establecieron puntos de encuentro entre ambos, más aun se establecían diferencias marcadas. Sin embargo, ello derivaba de la falta o escaso interés del individuo en el desarrollo de actividades adecuadas y orientadas a la conservación de su salud. Por otro lado, el Estado, de acuerdo con la normatividad vigente, incentivaba dichas actividades, pero orientadas fundamentalmente a evitar la causalidad o eliminar los factores de riesgo que producen el desarrollo de la enfermedad. Entonces se puede afirmar que el Estado desarrollaba una política hacia la enfermedad.

De esta manera, las capacidades comunicativas eran y son en algunos casos de carácter vertical, con escasa o nula participación de la ciudadanía en la identificación de sus problemas. Asimismo, la percepción de los problemas, que en el Ministerio de Salud

(MINSA) está fundamentada en las estadísticas establecidas desde los Centros de Salud, determina que *los problemas* de salud de la población (especialmente la demanda y perfiles epidemiológicos) sean en algunos casos coincidentes y en otros discordantes con *la percepción de los problemas* de salud por parte de la población; lo que determina que los objetivos y planes del MINSA estarían *de espaldas* a los de la población, lo cual genera que la población se involucre poco o nada en el proceso, a menos que sea en el de enfermedad. De allí se comprende perfectamente la gran constante de la población que acude tan solo cuando está enfermo y muy poco o nunca cuando está sano, lo que determina que los centros de salud sean eso: centros de asistencia para recuperarse de la enfermedad. Esto evidencia una clara acción de carácter curativo-recuperativo y muy poco o casi nada preventiva, y menos promocional.

En consecuencia, las actividades de *comunicación*, tienen un fuerte componente curativo-recuperativo por lo que, en su ejecución, están orientadas a hacia la enfermedad, y no al fomento de la salud.

Cuadro 1
Relación de la Comunicación en Salud
en el proceso salud-enfermedad



Así, la información es predominantemente cuantitativa —por ejemplo, cuántos enfermos tenemos de tal o cual enfermedad— y no mencionamos cuánto más de sanos tenemos en nuestra población y qué hemos hecho para mejorar esta condición. Esto evidencia una política de reconocimiento tan solo de las curaciones y rehabilitaciones que realizamos, mas no las mejoras orientadas hacia la salud que obtenemos. Es obvio que las diferencias numéricas con relación a los enfermos las asumimos como población sana; pero estas no intervienen en nuestras proyecciones presupuestales o para la gestión, con lo que descuidamos de manera alarmante estas percepciones y por lo tanto a los sanos, lo que genera que los costos de atención sean cada vez más exagerados.

Pese a este enfoque del sector salud, se reconoce que los indicadores de salud (orientados a medir la carga de enfermedad) han mejorado en nuestro país; pero, en relación con los indicadores orientados a la población sana, muy poco o nada se ha realizado, aunque recientemente se han iniciado actividades de las direcciones de Promoción de la Salud orientadas a la población.

Por esta razón, la comunicación, como mencionamos anteriormente, era y continúa siendo de carácter *no dialogante, impositiva y vertical* desde de las entidades prestadoras de salud del Estado hacia la población; por ello, los mensajes tienen incluso un formato uniforme para todo el país, sin tomar en cuenta las condicionantes culturales, educacionales, de género, etc. de sus habitantes. Asimismo, existe la tendencia de recurrir a la comunicación como un elemento meramente instrumental, información exclusiva, sin capacidad de generar o ser formadores de opinión que incluso permite, en muchos casos, la distorsión y tergiversación.

¿Cómo se interrelacionan la comunicación, educación para la salud, ciudadanía y género con la promoción de la salud?

Realmente la comunicación, la educación en salud, género y derechos ciudadanos son ejes horizontales que cruzan todo el proceso salud-enfermedad, y estarían orientados al cambio hacia estilos de

vida saludables, fomento de la cultura en salud, y ejercicio pleno y verdadero de la ciudadanía. Debe mencionarse que para la ciudadanía está implícito el concepto de que la salud es un derecho, pero debe orientarse a esta ciudadanía, así como al Estado, a reconocer que si bien es un derecho, también está implícito el ejercicio de los deberes en salud hacia uno y hacia los demás. Por tanto, se deben asumir responsabilidades en *equidad*, frente a los servicios de salud y, en el sentido operativo, frente al adecuado uso de las prestaciones de salud.

Cuadro 2
Interrelación en el proceso salud-enfermedad

Promoción	Prevención Primaria	Prevención secundaria	Prevención Terciaria
COMUNICACIÓN			
EDUCACIÓN EN SALUD			
GÉNERO			
CIUDADANÍA			

¿Se estarán haciendo esfuerzos para solucionar estos problemas de integración entre salud-enfermedad, promoción de la salud, comunicación, etc.?

Claro que sí, pues al analizar lo realizado por el Consorcio de Universidades, mediante un trabajo nacional en el que se involucran las universidades, se empieza a generar una nueva corriente comunicativa en la que el actor principal es el individuo, en relación *dialogante* con el Estado (sus representantes). En ese momento, se empieza a identificar sus principales problemas y se comienza a trabajar en la búsqueda de soluciones por medio de una *comunica-*

ción cívica (que no es sino la utilización del *Periodismo Cívico*), que permite reconocer que algunos problemas son también identificados tanto por la población como por el Estado. Además, no solamente se ve involucrado el sector salud, sino también instituciones como el PRONAA o los ministerios de Agricultura, Energía y Minas, Economía y Finanzas, etc., y también los municipios locales y provinciales; lo cual hace que se pueda plantear una verdadera *intersectorialidad* como planteamiento de solución.

Esta corriente de identificación de un nuevo actuar del Estado con relación a la población, y del individuo y la comunidad hacia el Estado, permite realizar una actividad verdaderamente ínter e intrasectorial. De este modo, todos se involucran en la búsqueda de soluciones a los problemas, pero de manera consensuada, con gran capacidad dialogante y especialmente *propositiva*, en la que el individuo, su familia, su entorno profesional y la comunidad plena trabajan hacia objetivos comunes con sus autoridades, con lo que se logra un trabajo plenamente participativo.

Estos hechos son necesarios para lanzar una verdadera *promoción de y para la salud*, sin descuidar evidentemente la enfermedad y sus secuelas; por tanto, la promoción sería una suerte de eje transversal, que va mas allá de la prevención, y que es prioritaria no tan solo por los niveles de participación en todo el proceso salud-enfermedad, sino porque permite que las comunidades inicien y mantengan una comunicación permanente, fluida y eficaz con sus autoridades en la búsqueda de solución de problemas.

Nota sobre los autores

LUIS EDUARDO BACIGALUPO CAVERO-EGÚSQUIZA

- Licenciado en Filosofía por la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP).
- Doctor en Filosofía por la Universidad Libre de Berlín.
- Docente de la Especialidad de Filosofía en la PUCP.
- Director de la Dirección Académica de Proyección Social y Extensión Universitaria de la PUCP.
- Director del Proyecto *Fortalecimiento de las capacidades nacionales en Comunicación en Salud* del Consorcio de Universidades.
- Miembro del Consejo Académico del Fondo Editorial de la PUCP.
- Vicepresidente del Consejo de Lima del Intercambio Cultural Alemán Latinoamericano (ICALA) de la Agencia Católica Alemana de Intercambio Académico (KAAD).
- Ex Presidente del Consejo Directivo del Consorcio de Universidades (2001-2004).
- Autor de diversas publicaciones sobre temas de ética y política entre otros.

ESTELA AURORA ROEDER CARBO

- Licenciada en Comunicación Social por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), con estudios de Maestría en Antropología en la UNMSM.
- Docente de la Facultad de Comunicación de la Universidad de Lima.
- Expositora en eventos nacionales e internacionales.
- Ha sido Directora General de la Oficina de Comunicaciones del Ministerio de Salud.

- Investigadora del Consorcio de Universidades en el *Estudio base para el fortalecimiento de las capacidades nacionales para la comunicación y promoción de la salud*.
- Miembro del equipo de Capacitación del personal de salud en servicio, del Proyecto *Fortalecimiento de las capacidades nacionales en Comunicación en Salud - I etapa*, del Consorcio de Universidades.
- Asesora del Despacho Ministerial del Ministerio de Salud.

CELIA CRISTINA ALDANA DURÁN

- Licenciada en Comunicación Social por la Universidad de Lima, Master in Arts in Media Studies por la Universidad de Sussex.
- Docente de la Facultad de Comunicación en la Universidad de Lima.
- Expositora en eventos nacionales e internacionales.
- Miembro del equipo de Capacitación del personal de salud en servicio, del Proyecto *Fortalecimiento de las capacidades nacionales en Comunicación en Salud - I etapa*, del Consorcio de Universidades.
- Coordinadora del Programa comunicación, salud y medio ambiente de la Asociación de Comunicadores Sociales Calandria.
- Autora de diversas publicaciones sobre temas de género y liderazgo, comunicación, salud y desarrollo.

SANDRA VALLENAS BÉJAR

- Licenciada en Sociología por la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP) y Marymount College (Tarrytown Nueva York), con estudios de Maestría en Sociología en la PUCP y de Economía Política en la New School for Social Research de Nueva York.
- Docente e investigadora del Departamento de Ciencias Sociales de la PUCP, en los temas de salud, población y género.
- Expositora en eventos nacionales e internacionales.
- Participa activamente en organizaciones de la sociedad civil.
- Miembro del Comité Directivo de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, como Coordinadora de la región andina.
- Fue miembro del primer Consejo Directivo de Foro Salud.

- Coordinadora de los Talleres de comunicación, salud y cultura del Proyecto *Fortalecimiento de las capacidades nacionales en Comunicación en Salud - I etapa*, del Consorcio de Universidades.

ROSA MARIA ALFARO MORENO

- Licenciada en Educación con estudios de Doctorado en la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Ejerció la docencia durante 25 años y coordinó el área de Comunicación y Desarrollo en la Facultad de Comunicación, de la Universidad de Lima.
- Investigadora en temas de comunicación, desarrollo y ciudadanía.
- Coordinadora de Capacitación del personal de salud en servicio, del Proyecto *Fortalecimiento de las capacidades nacionales en Comunicación en Salud - I y II etapa*, del Consorcio de Universidades.
- Fundadora y Presidenta de la Asociación de Comunicadores Sociales Calandria.
- Directora Ejecutiva de la Veeduría Ciudadana.
- Expositora en certámenes nacionales e internacionales.
- Autora de diversas publicaciones sobre comunicación, cultura, desarrollo y sociedad.

ANA MARÍA CANO CORREA

- Licenciada en Comunicación Social por la Universidad de Lima.
- Docente en la Facultad de Comunicaciones de la Universidad de Lima.
- Editora de la revista *Diálogos de la Comunicación* de FELAFACS.
- Expositora en eventos nacionales e internacionales.
- Miembro del equipo de investigación del Consorcio de Universidades que elaboró el Estudio de base para el fortalecimiento de las capacidades nacionales en comunicación y promoción de la salud.
- Coordinadora del Programa de entrenamiento en Comunicación en Salud para periodistas radiales, que formó parte del proyecto del Consorcio de Universidades *Fortalecimiento de las capacidades nacionales en Comunicación en Salud I*.
- Miembro del equipo del proyecto del Consorcio de Universidades *Fortalecimiento de las capacidades nacionales en Comunicación en Salud - II etapa*.

PABLO DE JESÚS ESPINOZA ESPINOZA

- Licenciado en Comunicación Social por la Universidad de Lima, con estudios de Maestría en Comunicación en la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP).
- Docente e investigador vinculado a la comunicación y desarrollo en la Facultad de Artes y Ciencias de la Comunicación de la PUCP.
- Experiencia pedagógica y de trabajo formativo con grupos de base en sectores populares.
- Ha realizado labores vinculadas a proyectos de desarrollo en las zonas altoandinas del sur del país y colaborado en diversos proyectos de comunicación social, radiales e impresos.
- Integró el equipo de comunicaciones del Instituto Bartolomé de las Casas de Lima (IBC) y dirigió la revista Signos.
- Tutor del programa de pasantías del proyecto *Fortalecimiento de las capacidades nacionales en Comunicación en Salud - II etapa*, del Consorcio de Universidades.

SAMUEL CRUZ PAREDES CALCINA

- Médico Cirujano por la Universidad Nacional de San Agustín con estudio de postgrado en Neurología Clínica en la Universidad Peruana Cayetano Heredia y Maestría en Salud Pública en la Universidad de Chile.
- Docente e investigador en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco (UNSAAC).
- Coordinador del internado rural de la UNSAAC.
- Autor de diversas publicaciones sobre temas de salud.

APUNTES ACERCA DE LA COMUNICACIÓN
EN SALUD EN EL PERÚ, se terminó de
imprimir en los talleres de
Gráfica Delvi SRL
Av. Petit Thouars 2009, Lince
en el mes de Febrero de 2005



El Consorcio de Universidades es una asociación sin fines de lucro conformada por cuatro universidades privadas del Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Universidad del Pacífico y Universidad de Lima.

El Consorcio de Universidades se propone, en primer lugar, contribuir al perfeccionamiento institucional mediante la autoevaluación del proceso formativo y las actividades inherentes a él, como son la docencia, la investigación y la proyección social. De este modo, se busca mejorar la calidad de las instituciones y formar recursos humanos calificados.

Se pretende beneficiar, mediante la transferencia del conocimiento, a los profesores y alumnos de cada una de las universidades del Consorcio y, simultáneamente, a las distintas organizaciones de la sociedad civil.

Asimismo, es objetivo del Consorcio coordinar programas conjuntos de investigación básica y aplicada, así como proyectos de desarrollo en el marco de la proyección social universitaria. Para esto, otorga prioridad a la capacitación de los agentes de desarrollo y promueve alternativas viables de solución a los principales problemas del país



EL CONCEPTO DE COMUNICACIÓN EN SALUD se ha convertido en un eje básico de la preocupación por el desarrollo de nuestros países. Alrededor de él giran diversos aspectos centrales de esta problemática, como ciudadanía, equidad, calidad de vida, bienestar y felicidad. El enfoque que se ofrece pretende superar la manera como históricamente se ha abordado la salud en el Perú, entendida desde percepciones negativas y extremas, como la enfermedad y la muerte. El objetivo es devolver a las personas la capacidad de manejar su salud y desarrollar estilos de vida saludables desde un enfoque reflexivo, positivo y crítico.

Bajo este enfoque, el Consorcio de Universidades viene desarrollando el Proyecto de Fortalecimiento de las capacidades nacionales en Comunicación en Salud, con financiamiento del Proyecto Change/AED-Grupo Manoff y auspicio de la Agencia de Estados Unidos para el desarrollo internacional (USAID) a partir de febrero de 2003.

Con esta presentación, el Consorcio de Universidades pretende difundir siguiendo su lema *Saber que se expande*, las diversas experiencias recolectadas y las reflexiones que este tema genera, desde diferentes miradas y ponerlas a disposición de las universidades, ONG e instituciones que vienen trabajando en el tema.



MANOFF GROUP INC.