

Comunicación para la salud del pueblo

Una revisión de conceptos básicos

Luis Ramiro Beltrán Salmón

En memoria de la comunicadora PATRICIA ANZOLA, entrañable amiga colombiana que luchó por la salud del pueblo.

Resumen

Texto presentado originalmente en el IV Foro Nacional de Salud Comunitaria realizado en la ciudad de Bogotá, Colombia, del 9 al 11 de septiembre de 1998, está dedicado a reflexionar sobre la relación entre comunicación social y participación popular y de estrategias comunicativas. Siguiendo un formato de cuestionamientos y respuestas, aborda las diferencias entre comunicación e información, partiendo de los paradigmas clásicos y, de manera complementaria sobre la relación entre la comunicación social, la participación popular y las estrategias comunicativas para fomentar la misma. También se detiene a responder qué es la salud y cuál es la comunicación que debe establecerse para ella. De igual forma se pregunta sobre el papel de la participación popular en la salud, así como lo que hace la comunicación para mejorarla y ampliarla. Finalmente, abunda sobre la planificación en la comunicación para la salud.

Palabras clave: Comunicación para la salud, Participación social, Planificación de Comunicación para la salud.

Abstract

Communication for People's Health. A Review of Basic Concepts

This text –originally presented at the Fourth National Community Health Forum held in Bogotá, Colombia, from 9 to 11 September 1998– is dedicated to reflection on the relation between social communication, popular participation and communication strategies. Using a question and answer format, it addresses the differences between communication and information based on the traditional paradigms and, in a complementary manner on the relationship between social communication, popular participation and communication strategies to promote it. It also pauses to address the question of what is health and what is the communication to be established for it. Similarly it asks about the role of popular participation in health, as well as what communication does to improve and expand it. Finally, it discusses planning in health communication.

Key words: Communication for Health, Social Participation, Planning for Health Communication.

Luis Ramiro Beltrán Salmón. Boliviano. Doctor en Comunicación por la Universidad del Estado de Michigan. Premio Mundial de Comunicación “McLuhan-Teleglobe” del Canadá (1983). Premio Nacional de Periodismo de Bolivia (1997). Áreas de interés: Comunicación para el desarrollo nacional en general. En particular: Comunicación para la salud y Comunicación para el desarrollo democrático. Crítica de la comunicación para la dominación interna y para la dependencia externa, así como Comunicación alternativa; lrbeltran@unete.com

Damas y Caballeros:¹

Me es grato congratular a la Fundación Santa Fe de Bogotá por el acierto de dedicar este foro al tema de información y comunicación para seguridad social en salud. Reitero cordialmente a sus personeros mi agradecimiento por su gentil invitación para concurrir a este encuentro. Ella me brinda el placer de volver a Colombia, país al que mucho quiero por haber residido y trabajado en él por tres inolvidables lustros.

Entiendo que el fin último de esta actividad es el de sentar lineamientos estratégicos para refinar los procesos comunicativos de la institución, de manera que aumenten el impacto de las acciones de ella al servicio del mejoramiento de la calidad de la vida de los colombianos.

La Fundación me ha encomendado, al servicio de ese propósito, principalmente precisar los conceptos de comunicación e información, señalando diferencias si las hubiera. Y me ha pedido ocuparme, complementariamente, de la relación entre comunicación social y participación popular y de estrategias comunicativas. Atenderé ese encargo buscando articular respuestas a estas preguntas:

¿Qué son la comunicación y la información?

¿Qué es la salud?

¿Qué es la comunicación para la salud?

¿Qué es la participación popular en salud?

¿Qué hace la comunicación por la participación?

¿Qué es la planificación en comunicación?

Para ajustarme al tiempo de exposición previsto, me limitaré estrictamente a lo esencial en cada uno de esos rubros. Y daré mayor atención a los principales que a los complementarios.

1. Este texto fue expuesto en el IV Foro Nacional de Salud Comunitaria realizado en la ciudad de Bogotá, Colombia, del 9 al 11 de septiembre de 1998. Se publica íntegramente en su formato original gracias a la autorización expresa del autor.

¿Qué son la comunicación y la información?

¿Son ellas una y la misma?

Se diría que no lo son. Pueden ser tenidas por hermanas, pero no por gemelas. Tan relacionadas entre sí se las percibe a menudo que, para unos, la comunicación contiene a la información y, para otros, la información contiene a la comunicación, cual si fueran siamesas. Sin embargo, hay entre ellas tanto convergencias como divergencias. El análisis de su naturaleza, primero por separado y luego en plan comparativo, debe permitir la identificación de las características particulares de la una y de la otra.

El reino del monólogo

¿Qué es la comunicación?

La primera respuesta a esta pregunta tiene alrededor de 2,300 años de antigüedad. La dio Aristóteles cuando describió a la comunicación como constituida por “...tres elementos: *hablante, mensaje, oyente*” (Retórica, I, 3) y afirmó que el propósito de ella era “*la búsqueda de todos los medios posibles de persuasión*”. Es decir, el mensaje va del locutor al auditor, teniendo el primero el poder para determinar el comportamiento del segundo mediante la locución.

Las características señaladas en esta definición –los componentes básicos, la finalidad y la unidireccionalidad– han perdurado hasta hoy en la mayoría de las concepciones ulteriores de la comunicación.

La más difundida y duradera de las definiciones contemporáneas es la de Harold Lasswell. Él sostuvo, a mediados de la década de 1930, que una forma conveniente de describir un acto de comunicación era la de responder a esta interrogación: “*¿Quién dice Qué en Cuál Canal a Quién y con Qué Efecto?*” (Lasswell, 1948). Agregó así al esquema de Aristóteles el *Cómo* y tornó explícito el *Para Qué*. En cuanto a lo primero, destacó entre los canales a los de alcance masivo (entonces prensa, radio y cine) anotando su función de dar “*información*” al público. Respecto de lo segundo, predijo que determinados *contenidos* de esos medios tendrían determinados *efectos* en la conducta de la gente. Y advirtió que quienes tuvieran control sobre dichos contenidos lo tendrían también sobre tales efectos. Por tanto, inevitablemente los medios de comunicación masiva formarían parte de la estructura de poder de la sociedad y apuntalarían la conservación de su hegemonía.

El influyente modelo de Lasswell confirmó y refinó la noción de la comunicación como un fenómeno lineal y hegemónico que va del que habla, que tiene el poder de persuasión, al que escucha, que es el objeto de ella. Constituyó, además, el primer reconocimiento franco de la información como sustancia de la comunicación, primordialmente la masiva.

En el último tercio de la década de 1940, surgió también en Estados Unidos de América otro modelo que iría a cobrar, igualmente, amplia acogida y persistente influencia. Era la “*teoría matemática de comunicación*” que daría pie a la “*teoría de la información*”, la disciplina científica que se ocupa de la creación, el manejo y la transmisión de datos. Formulado por dos ingenieros especializados en telefonía, Claude Shannon y Warren Weaver (1971), este modelo concibió a la comunicación como un fenómeno compuesto de cinco partes: (1) una *fente* de información que produce mensajes; (2) un *transmisor* que convierte a los mensajes en señales transmisibles; (3) un *canal* transportador por el que se efectúa la transmisión de dichos mensajes; (4) un *receptor* que reconvierte las señales en mensajes; y (5) un *destinatario* que es la persona, o cosa, a la que van dirigidos los mensajes. Añadieron posteriormente a este modelo un elemento que llamaron “*ruido*” refiriéndose a cualquier perturbación del mensaje o interferencia del canal.

También agregarían un concepto ya aportado por otro ingeniero, Norbert Wiener (1950), creador de la cibernética, el estudio científico de mensajes y especialmente del control sobre ellos. Fue el de la *retroalimentación* (“*feedback*”) o retorno de la comunicación desde el destinatario de la información contenida en el mensaje/señal hasta la fuente originadora de éste. Este elemento de regresión permitía a la fuente verificar y ajustar automáticamente el mensaje para que llegara adecuadamente al destinatario y cumpliera su propósito.

Como lo anota un analista canadiense, “*Shannon y Weaver produjeron el primer modelo formal de transmisión de información*” (Crowley, 1982, p. 49). Esto es cierto y es importante. La noción de transferencia estaba ya implícita en la definición de Aristóteles y se perfiló más en la de Lasswell. La comunicación es, en ambos casos, algo que pasa de una persona a otra u otras; hay en el fondo de esto la idea de un sujeto activo que traslada ese algo a un sujeto pasivo. Y en la visión de Shannon y Weaver eso se formaliza, en efecto, en los elementos de su modelo que tiene como eje a la transmisión de la información. El logro de ésta depende de los siguientes factores en interrelación: (1) la condición y la capacidad del canal por el que la comunicación ocurre; (2) la influencia del ruido del ambiente; y (3) el volumen de redundancia en el mensaje.

¿Y qué es la información?

En general –afirma la Enciclopedia Británica en su versión en español– puede llamarse información a todo suceso capaz de transmitir conocimientos entre un emisor y un receptor a través de un medio de comunicación (*Enciclopedia Hispánica*, 1990-1991, vol. 8, p. 176).

Y el conocimiento –en la óptica de algunos– es un cuerpo organizado de información, una estructuración de datos sobre hechos.

Nadie, ni los propios autores Shannon y Weaver, tampoco Wiener, habrían podido intuir en su tiempo las múltiples y enormes implicaciones que su aparentemente simple aporte conceptualizador iría a tener en los años siguientes a los de la década del 40. Pero fue la “teoría de la información” la que brindó la base principal² para la edificación de dos disciplinas científicas, la cibernética y la informática, que irían a resultar instrumentales para una modernización sin precedentes. La aplicación de éstas a la innovación tecnológica en diversos campos –comenzando por los de la información y la comunicación mismas– desde mediados de la década de 1960, pero especialmente a lo largo de la de 1970, llegaría a generar diversos, profundos y rápidos cambios en la sociedad, la economía, la cultura y la política a escala mundial. Encabezada por el computador electrónico y el satélite, iría a nacer así, en “la Era de la Comunicación”, la “Sociedad de la Información”.

¿Y qué, exactamente, es esa sociedad? El sociólogo español Manuel Castells (1998, p. 11) ofrece esta respuesta:

...En realidad, es la sociedad en que vivimos ... La difusión y desarrollo de ese sistema tecnológico cambió la base material de nuestras vidas y, por tanto, la vida misma en todos sus aspectos: en cómo producimos, cómo y en qué trabajamos, cómo y qué consumimos, cómo nos educamos, cómo nos informamos-entretendemos, cómo vendemos, cómo nos arruinamos, cómo hacemos la guerra y la paz, cómo nacemos y cómo morimos, y quién manda, quién se enriquece, quién explota, quién sufre y quién margina...

...En último término, la sociedad de la información es aquella en la que el poder de nuestras tecnologías electrónicas y genéticas amplifica extraordinariamente el poder de la mente humana y materializa en la realidad nuestros proyectos, nuestras fantasías, nuestras perversiones, nuestros sueños y nuestras pesadillas ... Es un retrato de nosotros mismos, en toda su crudeza...

2. Posteriormente vinieron a robustecer el esquema contribuciones de matemáticos, como el soviético Andrei Kolmogorov, en materia de probabilidad y estadística.

El modelo de Shannon y Weaver fue formulado esencial y específicamente con referencia a la comunicación entre máquinas. Sin embargo, sus conceptos básicos atrajeron pronto la atención de estudiosos de la comunicación entre seres humanos.

A principios de la década de 1950, Wilbur Schramm (1961) –sin apartarse de la raíz aristotélica y en concordancia con el planteamiento de ella derivado por Lasswell– hizo una adaptación del modelo de Shannon y Weaver a la comunicación social. Entendiéndola como el hecho de compartir experiencias (información, ideas, actitudes) por intercambio de símbolos, mantuvo los tres elementos originales –*fuerza, mensaje y destinatario*– y añadió los componentes *codificador* y *decodificador*. Es decir, indicó como función de la fuente la de convertir el mensaje en señal, el contenido en simbolización formal (lenguaje) que permitiera su transmisión. Y, en el otro extremo del esquema, indicó como función del destinatario la de decodificar la señal (lenguaje) para reconvertirla a mensaje. O sea, reconoció la capacidad de la gente para cifrar y descifrar mensajes (ideas, sentimientos) mediante sistemas simbólicos compartibles (lenguajes).

En resumen, las definiciones tradicionales de la comunicación la describen como el acto unidireccional de transmisión de mensajes (expresivos de experiencias) de fuentes emisoras *codificantes* a receptores *decodificantes* a través del empleo de símbolos (pertenecientes a códigos compartidos por ellos) por medio de canales transportadores de señales y con fines de persuasión.

La práctica de la comunicación en la realidad latinoamericana no discrepaba de esa formulación teórica. Lo que ocurría con frecuencia con el nombre de comunicación era más bien un monólogo dominante en beneficio de la fuente iniciadora del proceso. La retroalimentación no se empleaba para brindar la oportunidad de diálogo auténtico sino sólo para verificar el efecto de persuasión. El destinatario de los mensajes era pasivo ya que casi nunca se le brindaba la oportunidad para actuar como un verdadero y libre emisor; tenía que escuchar y obedecer. O sea, una relación asimétrica y autoritaria favorable a la dominación de la mayoría por la minoría.

Adiós a Aristóteles

Los cuestionamientos iniciales a la concepción clásica de la comunicación surgieron en el primer tercio de la década de 1960. Y las nuevas definiciones que de ello se fueron derivando conducirían a trazar líneas demarcatorias entre el concepto de información y el de comunicación.

En Estados Unidos de América el comunicólogo y lingüista David K. Berlo (1960 y 1963) afirmó que la comunicación no podía entenderse como la trasmisión mecánica de información. Esto porque no era posible meter ideas en las cabezas de la gente como si fuera a “baldazos”, ya que los significados no estaban en los símbolos sino en las personas. La comunicación no consistía, pues, en insertar datos en la mente del prójimo, sino en exponerlo a símbolos que tuvieran la probabilidad de evocar en él los significados apetecidos. Además, la comunicación no era un acto aislado y unilateral sino un proceso dinámico de interacción entre los seres humanos.

En Brasil, un pedagogo católico, Paulo Freire (1970), inició una revolución en el modo de concebir la educación. Estigmatizó como “*bancaria*” a la educación tradicional porque halló que los maestros actuaban al modo de “*banqueros*” de los “*ricos*” en conocimientos por pertenecer a las élites del poder que monopolizaban la información. Es decir, hacían en las mentes de los “*pobres*” (los ignorantes) “*depósitos*” que contenían el conjunto de normas, mitos y valores de las minorías opresoras del pueblo. Éste podía “*cobrar*” esos “*depósitos*” si aprendía aquello y lo aplicaba fiel y sumisamente. Esta educación pro-oligárquica, opresiva y manipulatoria era dirigida a la “*domesticación*” de las masas desposeídas en favor de los intereses de las élites privilegiadas.

La antítesis tendría que ser una “*educación liberadora*”, una “*pedagogía del oprimido*” que estimulara a los desheredados a cuestionar la sociedad para luchar por hacerla justa. Como ellos ignoraban la naturaleza de la estructura de poder conservador que los sojuzgaba, había que estimularlos a percatarse de su realidad mediante un proceso de “*concientización*” apoyado en una técnica de “*investigación temática*” en pequeños grupos de reflexión y acción. Y esa educación emancipatoria tendría como eje una “*relación horizontal*” entre maestros y alumnos en vez de la imposición de los primeros sobre los segundos. Clave de tal relación debía ser una auténtica comunicación de *doble vía* basada sobre el *diálogo* libre, revelador y creativo.

Vasto y profundo iría a ser el alcance de esta innovadora concepción pedagógica entre los educadores de América Latina. Y, además, ella llegaría a dar inspiración a comunicadores comprometidos con el cambio social justiciero para repensar también su oficio.

A fines de los años del 60, ya desde el exilio en Chile, el propio Freire (1969) publicó su libro *¿Extensión o Comunicación?* Y, a la cabeza de la

década de 1970, comenzaron a enunciarse otras propuestas de remozamiento de la concepción de la comunicación en Latinoamérica. Algunos criticaron la excesiva concentración de la investigación sobre comunicación en el receptor o destinatario para hacerlo posible de persuasión; esto, en cambio, sin prestar atención a la fuente. Otros, como el investigador belga residente en Chile, Armand Mattelart (1970), apuntaron a un sesgo conservador del *status quo* social en la dedicación de esa investigación al análisis de los efectos y las funciones. Y hubo en Colombia quien iniciara el cuestionamiento del modelo de difusión de innovaciones formulado por Everett Rogers (Cuéllar y Gutiérrez, 1971).

En 1972, en Buenos Aires, se hizo este señalamiento:

La comunicación no es un acto sino un proceso por el cual una individualidad entra en cooperación mental con otra hasta que ambas llegan a constituir una conciencia en común ... La información es, por el contrario, sólo una transcripción unilateral del mensaje de un Emisor a un Receptor... (Noseda, 1972, pp. 6 y 8).

Y en ese mismo año y lugar se propuso entender a la comunicación más bien como

aquel proceso de interacción social, basado en el uso de sistemas simbólicos, por el cual los seres humanos intercambian, en plan dialógico, experiencias afectivas y cognoscitivas, influyendo recíprocamente en su conducta con diversos fines (Beltrán, 1972, p. 15).

En 1973 Frank Gerace Larufa (1973), estadounidense radicado en Bolivia, hizo el primer intento de adaptación del pensamiento freiriano a la comunicación. Publicó en Perú el libro *Comunicación horizontal* que contenía varios apuntes críticos al tradicional modelo “vertical” de comunicación y esbozó ideas preliminares para reemplazarlo por otro que fuera “horizontal”, en el sentido de equitativo y democrático. Por ejemplo:

...Si se busca al hombre nuevo, y si se buscan nuevas formas de diálogo entre hombres nuevos, parece que no es posible seguir cosificando a las personas humanas tildándolas de fuentes y receptores o destinos...

...Lo que se busca es acceso a los medios de comunicación... No nos conformamos con la visión quietista del concepto de fomentar la crítica del “receptor”. No es cuestión sólo de procurar que el oprimido se dé cuenta del contenido dominante y alienante de los programas de la industria cultural... Se trata de cambiar las estructuras...

...El mismo término comunicación encierra mucha confusión. Si la comunicación no suscita comunión, si no unifica los polos comunicadores y comunicantes, es mera información... (Gerace, 1973, pp. 19,28,29,33).

Fueron sobresalientes luego en esta línea de pensamiento contribuciones como las del brasileño Joao Bosco Pinto (1972, 1978) y el paraguayo Juan Díaz Bordenave (1972, 1974, 1978) y, bajo un enfoque concomitante de *“lenguaje total”*, la del español afincado en Latinoamérica Francisco Gutiérrez (1973).

A lo largo del resto de la década se fueron agregando al empeño reformulador numerosos autores latinoamericanos como Máximo Simpson, Mario Kaplún, Miguel Azcueta, Marita Matta, Daniel Prieto, Rafael Roncagliolo, así como algunos norteamericanos y europeos, tales como Jean Cloutier, Richard Johansen y Josiane Jouet. Florecieron así en varios puntos de la región muchas proposiciones bajo denominaciones como “comunicación dialógica”, “comunicación participativa”, “comunicación grupal”, “comunicación popular” y “comunicación alternativa”, siendo estas dos últimas las de más alta frecuencia.

Y, en otro orden de análisis, críticas y concepciones de investigadores como el venezolano Oswaldo Capriles, el chileno Patricio Biedma, el argentino Héctor Schmucler, el brasileño Jose Marques de Melo y la estadounidense Elizabeth Fox, vinieron a enriquecer la producción del pensamiento renovador en medio de una década de frágil debate mundial sobre la propuesta tercermundista en favor de un “Nuevo Orden Mundial de la Información y la Comunicación”.

En 1976 los comunicólogos norteamericanos Stanley Harms y Jim Richstad (s/f.) formularon un *“modelo de intercambio en comunicación humana”* entrelazando tres conceptos: “derechos”, “recursos” y “necesidades” de comunicación.

En 1977 el periodista e investigador chileno Fernando Reyes Matta (1977) propuso un *“modelo de comunicación con participación social activa”*. Más que un replanteamiento a fondo del concepto mismo de comunicación, ese interesante modelo fue un diseño práctico para un régimen de organización institucional capaz de propiciar la comunicación horizontal. Pero logró comenzar a interrelacionar los conceptos de “acceso” y “participación” como claves definitorias de aquel tipo de comunicación.

En 1980, conjugando sistemáticamente los elementos básicos de esos modelos, destacando el factor diálogo e incluyendo el elemento de propósitos se llegó a la formulación de un “modelo de comunicación horizontal” que se trasunta en esta definición:

La comunicación es el proceso de interacción social democrática, basado en el intercambio de símbolos, mediante el cual los seres humanos intercambian voluntariamente experiencias en condiciones de libre e igualitario acceso, diálogo y participación. Todos tienen el derecho a comunicarse para satisfacer necesidades de comunicación por el disfrute de recursos de comunicación. Los seres humanos se comunican con múltiples propósitos. El principal no es el ejercitar influencia sobre el comportamiento de otros (Beltrán, 1980, p. 31).³

Los lados de la frontera

Consideración aparte merecen los planteamientos dirigidos a hacer una diferenciación taxativa entre información y comunicación. También en esto el impulso esclarecedor provino de América Latina.

Al empezar la década de 1960, el primer tratadista en la región del tema comunicación y cultura y fundador de la investigación sobre comunicación en aquella, Antonio Pasquali, publicó en Venezuela su libro *Comprender la Comunicación*. Comenzó por admitir en él que la comunicación y la información tienen como elemento en común el ser un proceso de envío de mensajes. Pero hizo esta aclaración deslindante:

Relación de comunicación sólo es aquella que –prescindiendo del medio o aparato empleado para facilitarla– comporta el uso de canales naturales en las fases extremas de envío-recepción, un proceso de elaboración y comprensión mental del mensaje enviado-recibido, la producción de efectos de convivencia, y una situación de auténtica acción recíproca entre agente y paciente (entre transmisor-receptor de mensajes e interlocutores) (Pasquali, 1985, p. 49).

Expresó luego con énfasis el autor su convicción de que el diálogo entre pares, en condiciones de libertad y equidad, estaba en el meollo de esa relación de comunicación. Y, en función de ello, recalcó la importancia crucial de la interacción en estos términos:

Sólo hay verdadera Comunicación en caso de auténtica acción recíproca entre agente y paciente, en que cada interlocutor habla y es escuchado, recibe y emite en condiciones de igualdad (dialéctica del diálogo) (Pasquali, 1985, p. 47).

3. Traducción del original en inglés por el autor del presente ensayo.

Advirtió Pasquali que la sola existencia de flujo bidireccional de informaciones no resultaba necesariamente en comunicación porque la respuesta del destinatario era mecánica y se hallaba preestablecida, no era producto de un proceso de comprensión mental. No hay, sostuvo, comunicación entre máquinas; sólo intercambio de datos y órdenes, nada más que información y retroalimentación que no genera diálogo real y plenario.

De ese tipo de razonamiento derivó el pensador venezolano estas definiciones distintivas de comunicación e información:

COMUNICACIÓN es la relación comunitaria humana consistente en la emisión-recepción de mensajes entre interlocutores en estado de total reciprocidad, siendo por ello un factor esencial de convivencia y un elemento determinante de las formas que asume la sociabilidad del hombre (Pasquali, 1985, pp. 51-52).

Por INFORMACIÓN debe entenderse todo proceso de envío unidireccional o bidireccional de información-orden a receptores predispuestos para una decodificación-interpretación excluyente, y para desencadenar respuestas pre-programadas (Pasquali, 1985, p. 50).

En suma, la diferencia capital está en que la comunicación es procesal, ambidireccional e interactiva, dialógica y propiciadora de comunidad de significados o conciencia. Amplia repercusión tuvo en el ámbito académico el pensamiento de Pasquali.

El debate dirimitorio no se agotó en la década del 70. Uno de los aportes a éste en la del ochenta fue el de J. Antonio Paoli (1983), cuya argumentación central fue ésta:

1. Comunicación es el acto de relación entre dos o más sujetos mediante el cual se evoca en común un significado. Para que haya comunicación los actores de ella deben haber tenido algunas experiencias similares evocables en común. Y para poder evocarlas en común necesitarán de significantes en común y de un mismo lenguaje o código para interpretar la realidad.
2. La información es un conjunto de mecanismos que permiten al individuo retomar los datos de su ambiente y estructurarlos de una manera determinada, de modo que le sirvan como guía para la acción. No es lo mismo que la comunicación, pero la supone. La información no son los datos, sino lo que las personas hacen con ellos. Dos personas tienen la misma información no cuando tienen los mismos datos, sino cuando tienen el mismo modo de orientar sus acciones.

3. La comunicación y la información son fenómenos muy estrechamente ligados entre sí. La sociedad no puede ser tal sin comunicación ni puede transformarse sin información. Si sólo hubieran procesos de información, la sociedad no podría existir.

La reflexión sobre el tema continúa en la presente década, como se lo puede ver por unos cuantos ejemplos. David Johnson (1996) advierte que la revolución de la información está contribuyendo a la rápida fragmentación de la cultura. Otros, en afán más bien conciliatorio, proponen una convergencia integratoria de la información, la comunicación y los medios (Baldwin, Macvoy y Steinfield, 1996). Robert Anderson (1977) afirma que los medios “no pueden poner mensajes y significados en nuestra mente”, que solo pueden ofrecerlos a nuestra atención, la que nosotros podemos conceder o no.

Por su parte, Francisco Tremonti halla que la diferencia principal entre los dos conceptos es la presencia de significado en la comunicación. “*La información como tal, señala, no envuelve un significado consciente por sí misma, conciencia humana o conciencia de cualquier tipo*” (Tremonti, 1997, p. 52). Y añade otros dos criterios distintivos. Uno es que, a diferencia de la información, la comunicación no se transporta: “...*Si mi interlocutor conoce el lenguaje que estoy usando, puede reaccionar formando su propio concepto en su mente acerca de lo que yo digo. Mis pensamientos no se envían a través de ningún canal físico, como puede ser un cable, un teléfono, etc.*” (Tremonti, 1997, p. 52). El otro criterio diferencial es que, en tanto que la información es ilimitada en cantidad, la comunicación es finita. Y hace dicho autor este alertamiento sobre ello:

La inhabilidad para reducir la información a términos que puedan ser usados en una comunicación humana significativa crea un sobrante tal de información que puede constituir un reto a toda la sociedad (Tremonti, 1997, p. 56).

La influencia y la hidalguía

Como resulta evidente por la recapitulación aquí realizada, el pensamiento latinoamericano, crítico y creativo, desempeñó un papel de vanguardia en el cuestionamiento y replanteo de la conceptualización sobre la comunicación.

Los análisis y las propuestas de varios de los autores nombrados en este ensayo viajaron, en particular en la década del 70, por muchos países, tanto los del “Tercer Mundo” como los altamente desarrollados, por medio de revistas, libros y reuniones.

Notable fue el impacto de esa reflexión renovadora en el ámbito académico, inclusive entre los propios autores de los modelos clásicos. Ya en 1972, Harold Lasswell (1972) mismo habló del “modelo oligárquico”, afin al clásico y lo contrastó con el “modelo participativo”, afin al renovador. Y en 1973, refiriéndose a los modelos tradicionales como el que él mismo formulara, el renombrado Wilbur Schramm dijo con entereza:

Todos ellos fueron contruidos sobre la idea de algo que se transfería de un emisor a un receptor. Voy a preguntar si ésta seguirá siendo la manera más fructífera de ver la comunicación (Schramm, 1973).

Y en aquel mismo año, el otro connotado teórico de la comunicación para el desarrollo, Daniel Lerner, hizo con igual amplitud esta admisión: reconoció que la interacción de doble vía y la retroalimentación habían llegado a ser conceptos esenciales en su pensamiento sobre la comunicación.

El reconocimiento más franco y amplio de la importancia de las nuevas conceptualizaciones fue hecho por Everett Rogers (1975, 1976), internacionalmente célebre por su teoría de la difusión de innovaciones, una variante específica del modelo clásico. Con admirable integridad y rigor, este investigador estadounidense llegó a llamar a ese modelo “el paradigma moribundo” y lo criticó en términos muy afines a los empleados por críticos latinoamericanos. Dijo, por ejemplo:

El modelo predominante de comunicación es un paradigma lineal, de izquierda a derecha... Este concepto mecanicista ayuda a la comprensión debido a su simplicidad, pero hace gran daño a la realidad. Peor aún, los modelos lineales implican una visión autocrática y unilateral de las relaciones humanas... Ignoran a la estructura social ... (Rogers, 1974, p. 51).

Y en 1982 Rogers, abierto a la crítica y valeroso en la autocrítica, reformuló sustancialmente su teoría difusionista introduciendo en ella numerosos elementos correctivos derivados, según lo reconocería hidalgamente, de los planteamientos renovadores “tercermundistas”, principalmente los latinoamericanos (Rogers, 1982).

De los medios a las mediaciones

En 1987, al cabo de tres quinquenios de protestas y propuestas centradas en una visión de la comunicación protagonizada por emisores-dominantes dotados de medios masivos y receptores-dominados “sin el menor indicio de seducción ni resistencia”, surgió con vigor un modo sustancialmente nuevo de pensar ese proceso que iría a alcanzar amplia resonancia. Fue una visión

de la comunicación desde el lado de la recepción y del reconocimiento de lo que la cultura popular produce por fuera de los medios masivos.

Artífice de ese distinto enfoque fue el investigador colombiano Jesús Martín-Barbero, quien hizo este señalamiento:

...Cargada tanto por los procesos de transnacionalización como por la emergencia de sujetos sociales e identidades culturales nuevas, la comunicación se está convirtiendo en un espacio estratégico desde el que pensar los bloqueos y las contradicciones que dinamizan estas sociedades-enrucijada, a medio camino entre un subdesarrollo acelerado y una modernización compulsiva. De ahí que el eje del debate se desplace de los medios a las mediaciones, esto es, a las articulaciones entre prácticas de comunicación y movimientos sociales, a las diferentes temporalidades y la pluralidad de matrices culturales (Martín-Barbero, 1987, p. 203).

Las derivaciones de este nuevo enfoque conceptual en la investigación y en la enseñanza de la comunicación fueron y seguirán siendo sustantivas.

¿Qué es la salud?

Tampoco para la salud hay un significado único, un concepto inequívoco y universalmente acordado. Tal como en el caso de la comunicación, en el de la salud hay una definición tradicional o clásica que prevalece y una definición renovadora que procura sustituirla.

Ausencia de enfermedad material

En la concepción tradicional, la salud es simplemente la ausencia de enfermedad. Por tanto, se la percibe como un problema de origen únicamente físico-biológico.

En la lógica formal del positivismo –explica un ex-Ministro de Salud de Bolivia– se la estudió y trató como el efecto mecánico de una causa externa y unidireccional que alteraba el funcionamiento orgánico, casi en la misma forma que el maleficio o el castigo divino de la edad media (Torres-Goitia, 1998, p. 31).

Y añade este médico salubrista que todavía hoy en muchas Facultades de Medicina la enfermedad es considerada sólo como el efecto de la acción de algún agente físico, químico o infeccioso que provoca una cierta patología, prácticamente sin relación con el medio social y económico en que vive la gente. Visto ello así, se considera lógico que la enfermedad sea:

...diagnosticada y tratada por un experto profesional con la menor injerencia posible de quienes son profanos en la materia” (Torres-Goitia, 1988, p. 37).

El corolario de esta visión es la curación de enfermedades o heridas para evitar la muerte. Y esta tarea es vista como exclusivamente propia de profesionales de la medicina y de sus auxiliares en relación individual con los enfermos.

Presencia de bienestar integral

En la base del planteamiento opuesto al concepto clásico de la salud está la convicción de que factores del contexto social, económico y cultural son determinantes para que los seres humanos disfruten o no de la salud. “...*En ninguna parte existe la enfermedad como ‘naturaleza pura’, sino que siempre está mediatizada y modificada por la actividad social y por el medio cultural que esa actividad crea*”, afirma el catedrático médico de la Universidad de Yale, George Rosen (1985, p. 77). Conceptos como éste no son en realidad nuevos, como tampoco es reciente la propuesta para reemplazar la medicina practicada con ánimo de lucro por una medicina con ánimo de servicio social desinteresado. Algunos de los precursores de estas ideas fueron notorios en el siglo XVIII, por ejemplo, los médicos Johan Peter Frank y Bernardo Ramazzini. Pero fue sólo a partir del siglo XIX que cobró cierto vuelo la idea de una medicina social basada sobre el concepto de la salud como algo no puramente biológico.

En 1848 –dentro de un clima de revolución política en Europa– se produjo en Alemania un movimiento de reforma de la medicina que, entendiéndola como una ciencia social, proclamó la convicción de que la salud del pueblo era algo que concernía a toda la sociedad y que, por tanto, era deber del Estado asegurarla. Uno de los más radicales adherentes a ese credo fue el ruso Rudolf Virchow, médico y activista político. En 1847, al evaluar una epidemia de fiebre tifoidea, la atribuyó fundamentalmente a factores socioeconómicos y desahució la utilidad del tratamiento médico. Considerando el problema tanto social como biológico, propuso entonces reformas amplias y profundas en la sociedad capaces de asegurar educación, libertad y prosperidad en democracia. Afirmó que, en la democracia, todos tenían igual derecho al bienestar y que las condiciones para que éste se diera eran la salud y la educación, que el Estado tenía la obligación de “mantener y promover” (Virchow, cit. por Rosen, 1985, p. 81). Ideas tan audaces como estas tuvieron mínima acogida entre la comunidad médica, cuando no despertaron fuerte resistencia. Habría de transcurrir un centenario

de años antes de que ellas recobraran vigor y pudieran alcanzar resonancia internacional. Y esta vez Norteamérica vendría a ser el escenario de la insurgencia conceptual renovadora.

Nacido en Francia y formado en Suiza, el médico Henry Sigerist se afincó en los Estados Unidos de América, llegando a consagrarse como el líder mundial en historia de la medicina.⁴ Desde 1932 hasta 1947 dirigió en la Universidad de Johns Hopkins un instituto especializado en aquella disciplina y, desde 1948 hasta su muerte en 1956, fue investigador en la Universidad de Yale. Compenetrado a fondo de la evolución de la medicina desde sus remotos orígenes egipcios e identificado con las luchas de los reformistas antes mencionados, Sigerist rescató, en la primera mitad de la década de 1940, las ideas que animaban aquellos. Y llegó a dar a ellas solidez, unidad y vuelo en la creativa forma de una política de “promoción de la salud” (Sigerist, 1941, 1946). Su concepto central fue el principio de que, más que depender de la medicina, la salud del pueblo estaba cifrada en que se dieran en su favor condiciones decorosas de vida y trabajo, educación libre y medios adecuados de reposo y recreación. Llamó “*promoción de la salud*” a la tarea de lograr el acceso de toda la gente a esos tres beneficios básicos y consideró a la promoción como la misión primordial de la medicina. La segunda en importancia debía ser la prevención. Y la curación (“restauración y rehabilitación”) tenía que ser la última, pues había que recurrir a ella sólo en caso de falla de la prevención.

Sigerist planteó, pues, un régimen de prioridades completamente inverso al que se hallaba en vigencia en su tiempo. ¿Lo escuchó alguien entonces? Más que de abierta condenación, la reacción a su propuesta fue de indiferencia y desaire. El espíritu de su planteamiento innovador fue recogido sólo por la entonces flamante Organización Mundial de la Salud en esta definición de 1947: *La salud es un bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades*. Pero ese principio no pasaría del nivel declarativo. Todo seguiría igual. Y sólo unas tres décadas después ideas como las de Sigerist llegarían hasta el plano de acuerdos oficiales para la toma de acción reformista a escala mundial.

⁴ Véase en Sigerist (1958) una historiación biográfica de la medicina desde la Antigüedad hasta el Siglo XX y en Sigerist (1944) un recuento analítico de la experiencia de la Unión Soviética en materia de medicina socializada.

La reforma en el papel

En 1974 el Gobierno del Canadá planteó mediante el “Informe Lalonde” el enfoque de un *campo de salud* compuesto por los estilos de vida y las características del medio ambiente, además de serlo por la medicina y la biología. Como estrategia principal para aplicar ese enfoque escogió a la promoción de la salud, especialmente por medio de la educación y la recreación. También sostuvo la prelación de lo preventivo sobre lo curativo.

En 1978 las estrategias de previsión y promoción fueron adoptadas como primordiales por delegados gubernamentales de 134 países en reunión auspiciada por la OMS y el UNICEF en la Unión Soviética. En la “Declaración de Alma-Ata” ellos proclamaron a la salud como un derecho fundamental y universal. Para lograr su plena vigencia formularon una política caracterizada por la consigna *Salud para Todos en el Año 2000*. Como instrumento clave de ella señalaron a la “Atención Primaria en Salud”, consistente de la prestación a toda la gente de un conjunto de servicios indispensables para su salud. Éstos deberían brindarse con la participación activa de la comunidad en su conducción y en vinculación cooperativa con los otros sectores como los de alimentación, vivienda, educación, comunicación y ecología.

En 1979 el Gobierno de los Estados Unidos de América, por conducto de su Director General de Salud, adoptó a su vez la estrategia de *promoción de la salud*, principalmente por *mejoramiento de los estilos de vida*, y la de *prevención de enfermedades*, principalmente por *protección contra amenazas del medio ambiente* (U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1979).

Y en 1986 esa transformación conceptual alcanzó su culminación en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud patrocinada por la OMS en Canadá. Entendiendo a la promoción esencialmente como “el proceso de habilitar a la gente para aumentar su control sobre la salud y mejorarla”, la reunión –al firmar la “Carta de Ottawa”– la consagró como la estrategia fundamental para lograr la salud pública universal. Y, yendo más allá de Alma Ata, recomendó que la aplicación de la estrategia de promoción llegara hasta

las condiciones fundamentales y los recursos para la salud: la paz, el albergue, la educación, el alimento, el ingreso, un ecosistema estable, recursos sostenibles, la justicia social y la equidad (First International Conference on Health Promotion, 1986).

Muy atrás quedó entonces la tradicional percepción de la salud como algo puramente físico, relacionado sólo con enfermedad y muerte y a cargo exclusivo de la medicina. Esto en la teoría.

En la práctica, en cambio, con sólo una excepción, los países de las Américas no han aplicado amplia, sostenida y aceleradamente las políticas de promoción y prevención públicamente proclamadas y solemnemente firmadas por representantes gubernamentales. Esa excepción la constituye el Canadá, que no permite la práctica comercial de la medicina, ya que tiene más bien un sistema de medicina social financiado por el gobierno federal y operado por entidades provinciales autónomas. Clara indicación de que, por inversa, tal transición no ha ocurrido en Estados Unidos de América es el hecho de que, cuando menos hasta 1983, del gasto anual en salud montante a 300 mil millones de dólares el 98% se aplicaba a lo curativo.

Nada mejor se puede indicar sobre la situación en América Latina. Al contrario, ella estaba empeorando ya a principios de la presente década, según la OPS:

...En la mayoría de los países los servicios de salud pública se han deteriorado considerablemente y predomina la tendencia a la reducción del gasto per cápita en salud por parte del sector público y a una concentración en acciones de carácter curativo de los cada vez más escasos recursos disponibles (OPS, 1991).

Y en 1992, aquí en Bogotá, los Ministros de Salud de América Latina admitieron esa dura realidad así:

La región, desgarrada por la inequidad que se agrava por la prolongada crisis económica y los programas de ajuste macroeconómico, enfrenta el deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de la población, junto con un aumento de los riesgos para la salud y una reducción de los recursos para hacerle frente (OPS/Ministerio de Salud de Colombia, 1992).

Cada vez hay menos dinero, es cierto, para atender las necesidades más premiosas de las grandes mayorías del pueblo crecientemente empobrecidas y sin poder. Pero el dinero no escasea cuando se trata de atender demandas de minorías poderosas como, por ejemplo, los ejércitos. Según la CEPAL de las Naciones Unidas, el gasto público en defensa y seguridad alcanza anualmente en la región a 45 mil millones de dólares, sin justificación valedera para ello. Y por cada dólar que los gobiernos destinan a gastos militares, principalmente a importación de armamentos, asignan sólo nueve centavos de dólar a salud (CEPAL, cit. por Agencia EFE, 1998, p. H1).

En tales condiciones de abandono y ante la recurrencia epidémica de viejos males y la aparición de nuevas dolencias, el mal estado de la salud pública se está agravando en América Latina, como también en otras partes del mundo subdesarrollado. Y las metas comprometidas internacionalmente ya son francamente incumplibles en los plazos que se habían señalado. Así lo admitió la Organización Mundial de la Salud en la reunión de su Asamblea General realizada a mediados de 1997 en Ginebra cuando en uno de sus documentos de trabajo dijo:

A medida que se acerca el nuevo milenio, queda claro que la salud para todos no se logrará en el año 2000 y que el plan deberá re-examinarse en el contexto de dramáticos cambios sociales, económicos y políticos...

Y ya mucho antes, al principio de la década, su rama regional, la Organización Panamericana de la Salud, había reconocido que ésta se hallaba postergada por falta de acción y de recursos estatales en Latinoamérica (Cit. por Inter-Press Service, 1997, p. 5).

En suma, a las palabras se las lleva el viento y al pueblo, como siempre, se le pasa la cuenta del desastre...

¿Qué es la comunicación para la salud?

En un sentido general e ideal, la comunicación para la salud consiste de la aplicación, planificada y sistemática, de instrumentos de comunicación social al logro de comportamientos de la población compatibles con sus necesidades de bienestar y con las finalidades de servicio expresadas en políticas, estrategias y planes de salud pública.

Vista como *proceso social*, la comunicación para la salud es un mecanismo de intervención institucional para ejercer, a escala multitudinaria, influencia sociocultural que proporcione conocimientos, propicie actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública.

Vista como *ejercicio profesional*, la comunicación para la salud es el empleo sistemático de medios de comunicación –individuales, de grupo, masivos y mixtos, tanto tradicionales como modernos– como herramientas de apoyo al fomento de comportamientos colectivos funcionales al logro de los objetivos de los servicios de salud pública.

Agente de transformación

Bajo cualquier punto de vista, la comunicación para la salud es un ejercicio educativo comprometido con la generación de cambios de conducta conducentes al mejoramiento del estado de la salud del pueblo. Así lo subraya específicamente una reciente definición de especialistas que la entienden como

la modificación del comportamiento humano y de los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven salud, previenen contra la enfermedad y protegen de daños a las personas (Elder, Geller, Hovell y Mayer, cit. por Graeff, Elder y Mills Booth, 1993, p. 19).

Nueva pero fructífera

La comunicación para la salud, joven heredera de la antigua educación para la salud, no tiene mucho más de unos tres quinquenios de operar como tal. Pero allá donde ha sido ejercida eficientemente como una hábil combinación de arte con ciencia, ha logrado ya producir resultados satisfactorios a costos razonables y en plazos aceptables.

Un ejemplo saliente de ello se ha dado en el área de la salud infantil y materna en que operan –en apoyo a organismos estatales de los países en vías de desarrollo– principalmente entidades internacionales, públicas como el UNICEF y privadas como la Academia para el Desarrollo Educativo (AED). Experimentados funcionarios de esta última manifiestan convicciones como éstas:

La comunicación para la salud ha tenido un papel significativo en cambiar comportamientos relacionados con la sobrevivencia infantil, especialmente en las áreas de control de enfermedades diarreicas y de inmunización en una variedad de situaciones culturales a través del mundo en desarrollo... Estas experiencias han demostrado que la comunicación, en coordinación con comunidades y con el sistema de provisión de cuidados de salud, puede producir cambios significativos en una población meta (Graeff, Elder y Mills Booth, 1993, p. 17).

Otra área especializada, la de la comunicación para la salud reproductiva registra en varias partes del mundo⁵ resultados muy alentadores. Dirigentes de una entidad que se destaca en este campo, el Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins, razonan a raíz de esas experiencias así:

5. Incluyendo a Latinoamérica, como se puede ver en el resumen descriptivo de ello contenido en Beltrán (1997).

...El poder de la comunicación es claro... La cuestión ya no es si es que la comunicación para la salud puede influir sobre el comportamiento. La cuestión ahora es cómo afinar nuestra comprensión de la comunicación para hacer un mejor trabajo (Piotrow, *et al.*, 1997, p. xvii).

“Información, Educación y Comunicación”

En efecto, comprender a cabalidad el oficio es indispensable para poder ejercerlo debidamente. Las ideas que lo sustentan tienen que estar claras de principio si las acciones van a ser eficaces. Pero esto, lamentablemente, no siempre ocurre. Se habla de información, educación y comunicación para la salud, condensándolas a menudo en la sigla *IEC*. Pero no están disponibles enunciados precisos y de universal validez para cada uno de estos términos y así se tiende a usarlos indistintamente. O se dan acepciones diferentes para los mismos fenómenos.⁶ Surge entonces la confusión perjudicial.

Una manera de aliviar esa indeseable situación es pensar en la *información*, la *educación* y la *comunicación* como *funciones* especializadas dentro de la comunicación para la salud como un todo. Así tomadas ellas, en vez de intentar su diferenciación formulando una definición “de diccionario” para cada una, se puede llegar a distinguirlas bajo criterios prácticos y operativos. Por ejemplo, éstos:

- Propósitos principales a que sirven;
- Canales que usualmente emplean;
- Públicos a que se dirigen; y
- Principales competencias requeridas.

Se puede anotar, en el cuadro (referido en la página 38), variaciones de grado en la capacidad distintiva de los criterios propuestos. Por ejemplo, la del primero, el referente a los propósitos, luce menor que la de los demás. Esto se debe, principalmente, a que los tres elementos característicos del comportamiento humano de que se ocupa la comunicación –el *conocimiento*, la *actitud* y la *práctica* (de la que la destreza es un tipo eminente)– suelen estar presentes naturalmente en los casos de más de una de las funciones propuestas.

La capacidad distintiva parece aumentar cuando se intenta correlacionar las categorías de función. Esto ocurre marcadamente en el caso de la relación entre el criterio referente a los canales y el referente a las competencias. Da constancia de ello esta afirmación de unos expertos internacionales: “... Aunque muchos profesionales que trabajan en esta área hacen distinción entre términos como educación en salud; comunicación en salud; promoción de la salud; e información, educación y comunicación (*IEC*), en la realidad de la práctica hay muchos entrecruces...” (Graeff, Elder y Mills Booth, 1993, p. 13).

Esquema de modelación de conductas por medio de Información, Educación y Comunicación

Funciones	Propósitos principales a que sirven	Canales que usualmente emplean	Públicos a que se dirigen	Principales competencias requeridas ¹
Información²	<ul style="list-style-type: none"> - Crear un clima general propicio - Divulgar conocimientos - Forjar actitudes 	<ul style="list-style-type: none"> - Medios de contacto interpersonal, masivo y a distancia - Teléfonos - Correo 	<ul style="list-style-type: none"> - General - Líderes de opinión - Forjadores de decisiones sobre asuntos de interés colectivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Periodismo - Publicidad - Relaciones públicas - Encuestas de opinión - Mercadeo social
Educación	<ul style="list-style-type: none"> - Impartir orientaciones y destrezas 	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos de contacto interpersonal, formal y presencial en aula 	<ul style="list-style-type: none"> - Maestros - Estudiantes de primaria y secundaria - Estudiantes de universidades e institutos de salud - Funcionarios del sector salud (médicos, enfermeras) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pedagogía - Psicología educativa - Técnicas de contacto individual - Dinámicas de grupo
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgar conocimientos. - Forjar actitudes - Inducir prácticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Medios de contacto interpersonal, masivo y a distancia - Recursos de contacto interpersonal y presencial fuera del aula y no formal 	<ul style="list-style-type: none"> - Individuos, grupos y masas de interés como beneficiarios de programas 	<ul style="list-style-type: none"> - Principios de comunicación para el desarrollo - Técnicas de contacto individual, de grupo y de masas - Antropología cultural - Psicología social

1. Una competencia debe ser exigible por igual para especialistas a cargo de cada una de las tres funciones: la de programación, entendida como el conjunto de destrezas de investigación, planeamiento, prueba, fiscalización, evaluación y ajuste para la producción y distribución de mensajes.
2. Este término también se aplica en instituciones y empresas al control de documentos científicos y al procesamiento electrónico de datos. Sin duda esas son otras funciones comunicativas pero no corresponden sino acaso como apoyo logístico al proceso de IEC.

tencias. Es tan directa y estrecha esa relación, que produce el más fuerte efecto diferencial de todos. La profesión de comunicación es hoy compleja y diversa al punto que prácticamente ya nadie puede estar igualmente calificado para ejercer bien las tres funciones de la comunicación educativa. Cada una de ellas demanda aptitudes y hasta vocaciones diferentes. Y cada comunicador tiende lógicamente a especializarse en aquello que más le gusta y que mejor sabe hacer. No tiene sentido, por tanto, que se espere que uno lo haga todo o que se lo ponga a hacer lo que no sabe hacer muy bien. Sería como esperar de un médico que fuera a la vez pediatra, oculista y traumatólogo. Infortunadamente, aquello no parece ser comprendido siempre en los organismos de salud y como tampoco se suele apreciar en ellos en su debida jerarquía a la actividad de comunicación, se la confía a veces casi a cualquiera pese a que en todos los países latinoamericanos las universidades gradúan cada año centenares de especialistas en comunicación. Muchos de ellos debieran ser ganados para la causa de la salud del pueblo, para enfrentarse al reto de servirla, el más noble de todos los que demandan el concurso de la comunicación para el desarrollo.

¿Qué es la participación popular en salud?

Se habla mucho de la participación popular en el manejo de la cosa pública, pero se hace muy poco de ella. Desde hace cuando menos unos cuarenta años, parece haber consenso universal en que los gobiernos no pueden lograr el desarrollo de sus países sin la intervención activa del pueblo en la construcción de éste. Pero de la conciencia a la acción hay un abismo poblado de añejo paternalismo asistencialista, de renuencia a la redistribución del poder político y económico, de resistencia burocrática a la descentralización de recursos y a la delegación de autoridad, de soslayamiento de las organizaciones propias del pueblo, y de imprecisiones y contradicciones en lo conceptual. Sólo allá donde se logra superar esas formidables barreras se puede esperar que la participación popular pueda pasar del discurso demagógico o ingenuo a la realidad efectiva y promisoría.

Para concebir con realismo el papel que la comunicación debe y puede jugar al servicio de la participación, el comunicador tiene que saber concreta y claramente en qué consiste tal participación. Inventarios analíticos de múltiples experiencias de fomento de ella en varias partes del mundo han identificado dos tipos básicos de fenómeno: la *participación genuina* y la *pseudo-participación*. Los analistas –Arnstein (1969) y Deshler y Sock (1985)– describieron esas categorías más que definir las.

Sin embargo, podemos entender por *participación genuina* a aquella en que la gente del pueblo interviene protagónica, sostenida y autónomamente

en la toma de decisiones y en la ejecución y evaluación de acciones instrumentales al logro del desarrollo. Y por *pseudo-participación* podemos entender aquella en que la gente del pueblo interviene subalterna, ocasional y parcialmente en la toma de decisiones y en la ejecución y evaluación de acciones instrumentales al desarrollo.

Los indicados analistas hallaron que, operativamente, la *participación genuina* tiene dos características: la *cooperación* y el *potenciamiento*⁷ y que, en cambio, la *pseudo-participación* se caracteriza por la *asistencia* y la *domesticación*.

La *cooperación* permite al pueblo intervenir en la toma de decisiones para planificar las acciones de los servicios de desarrollo. Es decir, el pueblo actúa en este caso como “socio menor” de las entidades promotoras del desarrollo, puesto que hace aportes a aquellas acciones sin margen importante para iniciativa propia.

El *potenciamiento*, en cambio, dota al pueblo de poder efectivo para intervenir, detentando autoridad y controlando recursos, en el diseño y organización de proyectos y programas de desarrollo, así como para fiscalizar su ejecución por las instituciones dedicadas a éste y para evaluar sus resultados. En este caso el pueblo es “socio mayor” de las instituciones pro desarrollo no sólo porque tiene igual jerarquía que ellas en el emprendimiento sino porque inclusive, en nombre de los intereses de la comunidad, ejerce la facultad democrática de controlar su desempeño.

La *asistencia* se limita a consultar ocasionalmente a personeros de la comunidad algo sobre los programas y a la provisión de ayuda a ésta en plan alivatorio de los síntomas de sus problemas, no solutorio de las causas raigales de éstos. La *domesticación*, peor aún, organiza a las comunidades para que endosen planes y tomen parte de acciones que algunas instituciones trazan y ejecutan sin tomar en cuenta la voluntad de la gente. Dan así por sentado que lo que hacen por ella, y lo que ponen a ella a hacer, es necesaria e indiscutiblemente bueno para el pueblo que, por ser ignorante, no tiene que ser consultado ni puede conducir operaciones. En suma, no hay en ese caso participación real. Lo que hay es una manipulación, autoritaria e irrespetuosa de la gente para aparentar que el desarrollo se hace con su voluntaria intervención.

7. Del inglés “*empowerment*” que se suele traducir literalmente con el neologismo “empoderamiento”. Pero “potenciamiento” puede ser igualmente entendido como conferir poder, autoridad o facultad para algo. Es, por tanto, un término más apropiado.

Una definición coincidente con el espíritu de la “participación genuina” es esta:

Participación de la comunidad es el proceso de educación y potenciamiento por el cual la gente, en asocio de aquellos que tienen capacidad para atenderla, identifica problemas y necesidades y asume por sí misma responsabilidades de planificar, manejar, controlar y evaluar las acciones colectivas que se prueben necesarias⁸ (Askew, MacDonald y Lenton, 1986, citados por McKee, 1992, p. 3).

La participación popular en salud

Otra definición coincidente con aquel espíritu, pero que incluye referencia a la participación en salud y en comunicación, es ésta:

Animación de la participación comunitaria es la activación sistemática del proceso de intervención, autónoma y dinámica, de las agrupaciones básicas de la sociedad en la toma de decisiones y en la conducción, participativa o autogestionaria, de los programas de desarrollo, especialmente en cuanto a los servicios de salud y nutrición, educación y cultura, comunicación social, vivienda y transporte y protección del medio ambiente (Beltrán, 1994, p. 82).

Para el ideal democrático lo deseable es la participación de todos y cada uno de los ciudadanos en la lucha por el desarrollo. Pero, en la práctica, es muy poco posible involucrar en ello a toda la población de un país. Por eso, normalmente, las instituciones promueven la participación de porciones menores de esa población agrupadas en comunidades locales, de preferencia suburbanas y rurales, por ser en estos ámbitos marginales donde el subdesarrollo es más acentuado. De ahí que se hable muy a menudo de las agrupaciones sociales básicas como ejes de *participación comunitaria*.

También se habla de *movilización comunitaria para la salud* como un proceso basado sobre la participación popular, según lo refleja el enunciado que usara como punto de partida un reciente seminario internacional:

Movilización comunitaria para la salud es la participación (autónoma o estimulada externamente), sostenida y protagónica de los individuos, grupos y organizaciones naturales de la comunidad en el planeamiento, ejecución y evaluación de acciones para resolver problemas de salud definidos en consenso por todos los actores (Universidad Johns Hopkins/ Save the Children, 1998).

En fin, virtualmente nadie se opone a esa participación y varios, más bien, la proponen desde hace muchos años. Pero ¿cuántos la han puesto en práctica en realidad en lo que se refiere al campo de la salud?

8. Traducción del inglés por el autor de este ensayo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud proclamó como deber y como derecho la participación de individuos y colectividades en la planificación y ejecución de acciones de atención a la salud. Su “Declaración de Alma-Ata” de 1978 cifró en buena parte el logro de la aspiración de “salud para todos en el año 2000” en la intervención activa del pueblo en el mejoramiento de la situación sanitaria. Pero este mandato estratégico no fue llevado a la práctica más que en mínima medida, por lo menos en Latinoamérica. Así lo señala un destacado experto en salud pública, el doctor Javier Torres-Goitia⁹ (1998, p. 32):

Las burocracias oficiales ni debatieron ni asimilaron los fundamentales cambios conceptuales que se plantearon en Alma-Ata. Muy pragmáticamente se limitaron a desarrollar el primer nivel de atención interpretándolo como sinónimo de Atención Primaria. Simplistamente malinterpretaron sus conclusiones y decidieron “hacer participar a la comunidad” como una estrategia más incorporada a la rutina de sus servicios que se mantuvieron elitistas, autoritarios y biologicistas.

Deplora ese experto que, en no pocos países de la región, la estrategia de Atención Primaria hubiera sido desvirtuada al convertirla en un recurso para bajar costos y desligarse de responsabilidades. Y añade que de ello pasaron algunos a montar un régimen al que llamaron de “Medicina Comunitaria”, por el cual se reemplazaban a veces los órganos públicos de salud por precarios y pobres servicios comunitarios. Evidentemente, ese médico se está refiriendo a lo que en la tipología aquí presentada se ha reconocido como “pseudo participación”, aquella fementida por la cual los jefes y los técnicos de los servicios de salud reclutan el concurso obediente de la población a sus inconsultas decisiones y acciones programáticas.

Entre 1982 y 1984, cuando fue Ministro de Salud en Bolivia, Torres-Goitia inspiró y apuntaló una singular experiencia de “participación genuina”. Fue una *movilización popular para la salud* resultante de una alianza entre federaciones obreras y campesinas, juntas vecinales y el Ministerio de Salud en la que esas agrupaciones desempeñaron el liderazgo. Presidido por un Consejo Nacional de Salud, impulsado localmente por Comités Populares de Salud y auxiliado por comunicación participativa, el movimiento operó en todo el país millares de pequeñas unidades de rehidratación oral formadas por voluntarios de las comunidades, realizó con éxito campañas preventivas y estableció farmacias populares y guarderías infantiles. El pueblo asumió así la responsabilidad de conducción de los servicios de salud (Universidad Johns Hopkins/Save the Children, 1998, pp. 29-50).

9. Presidente del Grupo Parlamentario Interamericano de Población y Desarrollo y Vicepresidente para América Latina de la Organización Mundial de Médicos Parlamentarios, así como de la American Public Health Association. Ex-Senador y ex-Ministro de Salud de Bolivia.

Colombia: salud para todos a partir del 2001

Desde el inicio de la presente década, Colombia se ha embarcado en un proceso de transformación institucional que tiende a rescatar ideales de reforma radical de la teoría y la práctica de la salud como los proclamados en Alma-Ata en 1978 y en Ottawa en 1986.

La nueva Constitución de 1991 destacó entre los derechos de los colombianos el derecho a la salud y a la seguridad social, sustentado en criterios de universalidad, solidaridad y eficiencia. Para dar vigencia a ese derecho se promulgó en 1993 la Ley 100 que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud para brindar a toda la población la protección integral de su salud. Estableció la ley para ello la obligación universal de cotización al seguro y previó que los servicios de salud llegaran a ser más sensitivos a las necesidades de la población y presten atención eficiente. Dispuso dicha ley, por otra parte, que el sistema fuera operado con la participación del pueblo, a la que definió como: “*la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto*”. Esta definición corresponde, evidentemente, a la categoría de “participación genuina”, puesto que confiere a los ciudadanos alto poder de decisión sobre la prestación de los servicios.

El sistema colombiano pone a disposición de sus afiliados un conjunto de cinco planes dirigidos a asegurar la prestación integral de servicios. Aquel denominado “Plan Obligatorio de Salud” brindará atención que cubra todas las patologías. Lo hará mediante una combinación de intervenciones entre las que se prevén acciones de *promoción de la salud* y de *prevención de la enfermedad*. Esta plausible previsión de cumplir funciones promotivas y preventivas conlleva para el sistema el desafío de contar con una alta capacidad comunicativa.

¿Qué hace la comunicación por la participación?

La comunicación para propiciar la participación tiene que ser, a su vez, necesariamente participativa. Así como la “participación genuina” es potenciadora y autonomizante, no manipulatoria, la comunicación para fomentarla tiene que ser “horizontal”, en el sentido de dialógica y equitativa, no puede ser monológica, unidireccional y autoritaria. O sea que el “público” no debe ser tomado como simple “*objeto*” pasivo de la comunicación sino que debe ser considerado “*sujeto*” de ella, en el sentido de actor protagónico. Para ello, propone el comunicador educativo paraguayo Juan Díaz Bordenave

(1998, p. 94), la comunicación debe tender “...a disminuir su énfasis en la difusión de mensajes informativo-persuasivos e incrementar el apoyo al desarrollo del poder comunicacional de la comunidad organizada”. Estima este especialista que es mucho más importante que la comunicación apoye a la gente para que desarrolle la capacidad autónoma de tomar decisiones, que lograr que ella acepte y aplique lo que le proponen los mensajes de procedencia externa.

Para que el comunicador logre comportarse de ese distinto modo tiene que repensar la naturaleza de su papel en el proceso de desarrollo, replantear –en concepto y en procedimiento– la función que está acostumbrado a cumplir.

De la persuasión a la mediación

Esto equivale, según el especialista argentino Daniel Prieto, a sustituir la comunicación tradicional por una nueva, acorde con la intervención protagónica del pueblo en el desarrollo. Y ésta, a su modo de ver, es la *comunicación educativa*, que se basa en

...la participación de la gente en la generación y apropiación de conocimiento, en el intercambio de experiencias, en el reconocimiento de su propia situación social, en la recuperación de su cultura y de su pasado... (Prieto, 1998, p. 67).

Pasar de la comunicación persuasiva a la educativa, lo advierte Prieto, no es algo simple ni fácil porque requiere de un aprendizaje de formas diferentes de comunicar y de relacionarse. Y aclara:

La comunicación educativa no se concentra sólo en producir y enviar mensajes, sino por acompañar aprendizajes en el seno de las relaciones naturales y por crear dentro de las comunidades (Prieto, 1998, p. 71).

Por “comunicación educativa” Prieto, a mayor abundamiento, entiende aquella que: (a) tiene por protagonista a la gente del pueblo; (b) refleja las necesidades y trasunta las demandas de ella; (c) se familiariza con su cultura; (d) la acompaña en los procesos de transformación que se impulsan para el desarrollo; (e) facilita al pueblo vías para expresarse; y (f) busca contribuir a la democratización de la sociedad.

Así concebido el nuevo comunicador para el desarrollo, no es más aquél que decidía lo que la gente debía pensar, sentir y hacer. Ya no es el poderoso jefe de campañas persuasivas o el experto en “mercadeo social”. En vez de ser conductor, ha pasado a ser lo que Daniel Prieto y Francisco

Gutiérrez calificaron de “*mediador pedagógico*”. O sea, un intermediario de la relación entre el pueblo y los programas de desarrollo, un agente estimulador que acompaña y apunta las intervenciones participativas propias de la voluntad comunitaria, un comunicador que ha aprendido a escuchar mucho más que hablar. “La mediación es –lo recalca Prieto (1998, p. 72)– un proceso interactivo en el que nos integramos a un proceso de interaprendizaje que no puede resolverse en algún encuentro esporádico en alguna campaña”.

La promoción participativa y mediadora

Hubo en el campo de la salud una percepción muy semejante a la que acaba de mencionarse respecto de la comunicación. En Alma-Ata la comunidad internacional había entendido en 1978 a la participación como el proceso por el cual individuos y familias asumirían la responsabilidad de cuidar de su propia salud y de la de los demás, así como la de contribuir al desarrollo individual y comunitario. Consciente de las implicaciones de esta trascendental redefinición, el Director General de la Organización Mundial de la Salud, el doctor H. Mahler, advirtió a sus colaboradores en 1985 que la salud sólo podría mejorar cuando los propios interesados en conservarla participaran activa y plenamente de la planificación y de la ejecución de los programas pro salud. Y les planteó luego esta franca pregunta:

...¿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 sus esfuerzos?...

Se contestó a sí mismo así:

Hasta ahora, en muchos casos, la respuesta es no...

Les hizo, en consecuencia, esta recomendación:

...Debemos dejar de adaptar las comunidades a sistemas y programas que proyectamos sin un sentido real y profundo de los aspectos sociales, problemas de salud o dificultades económicas.

Y, con lucidez y firmeza, les expresó su convicción de que

...el personal de salud debería aprender en primer lugar a actuar como mediador¹⁰ de las actividades de los individuos, familias y comunidades (Mahler, 1985, p. 36).

10. Énfasis agregado por el autor de este ensayo.

Poco después, en 1986, la primera conferencia internacional sobre promoción de la salud, organizada por la OMS, definió la **promoción**, a grandes rasgos, como “*el proceso de habilitar a la gente para aumentar su control sobre la salud y para mejorarla*”. Y la vio como una estrategia de **mediación** entre la gente y sus ambientes para armonizar las decisiones personales con la responsabilidad social. La conferencia, que consagró sus radicales decisiones reformistas en la “Carta de Ottawa”, subrayó la crucial importancia de contar con la participación comunitaria y con la comunicación para poner en práctica esa política de promoción.

Y, sin duda, la política de promoción de la salud es, por la complejidad y profundidad de los diversos cambios de conducta que prescribe, la que requiere más que ninguna otra de la participación genuina y de la comunicación horizontal para poder ser llevada a la práctica.

Funciones y servicios

En sentido general, las funciones que la comunicación educativa ha de cumplir en favor de la promoción de la salud son las siguientes: (1) *motivación* para lograr los compromisos de adhesión; (2) *orientación* para auxiliar con información instrumental a quienes han resuelto participar; (3) *capacitación* para que los participantes adquieran las destrezas necesarias para que el proceso de intervención sea productivo; (4) *estimulación* para lograr la continuidad del esfuerzo participatorio; y (5) *vinculación* entre agrupaciones participantes, y entre éstas y organismos gubernamentales y no gubernamentales, comprometidos con el mejoramiento de la salud.

Díaz Bordenave (1998) estima que una tarea prioritaria de los sistemas de comunicación para la salud debe ser la de facilitar la reunión de la comunidad para que analice sus problemas y plantee soluciones. Entre los servicios comunicativos que él ve pertinentes a este rubro están estos:

1. Apoyo a los dirigentes comunales para que diagnostiquen la problemática de su situación de salud y para que la ventilen con sus comunidades;
2. Estímulo a la reflexión comunitaria sobre iniciativas en favor de la salud y a la práctica de determinar prioridades para la acción solutoria;
3. Apoyo al intercambio de ideas sobre mejoramiento de la salud entre comunidades distantes entre sí;
4. Apoyo a la organización de la comunidad para la toma de acciones que contribuyan a resolver los problemas de salud;

Díaz Bordenave cree que la comunicación también puede ayudar mucho a las comunidades dándoles información que les permita acceder a los servicios de salud, apoyando sus reivindicaciones, consiguiendo para ellas legitimación por autoridades y prensa y manteniéndolas informadas sobre los logros del proceso de desarrollo en que participan.

El primer mandamiento

“Conocerás a tu público mejor que a ti mismo” puede tenerse como el mandamiento primordial de todo comunicador responsable y eficaz. Pero reviste particular validez cuando se trata de hacer comunicación para la participación comunitaria y, más aún, si ésta ocurre en el campo de la salud. Las comunidades rara vez son agrupaciones humanas homogéneas, estables y libres de conflicto. Hay, normalmente, dentro de cada una de ellas apreciable variabilidad significativa en muchos sentidos, desde el sexo y la edad hasta la ocupación y el nivel de ingreso. También suele haber importantes diferencias culturales que van de la diversidad de lenguajes o dialectos a diferencias étnicas, políticas y religiosas. Pretender comunicarse con la gente como si constituyese un “solo público” sería cosa de ignorancia o de arrogancia. La única forma de elevar la probabilidad de contacto exitoso es recurrir al estudio sistemático de la audiencia fraccionándola en los distintos segmentos de interés en relación con los mensajes de los programas y señalando prioridades para aquéllos. Especial atención debe prestarse, por supuesto, a las percepciones, creencias, hábitos y actitudes de la gente respecto de la salud. Éste es un territorio en que suelen convivir difícilmente los principios y métodos de la medicina profesional con los de la medicina tradicional.

La interlocución presencial

La selección de los medios a emplearse tiene que ser hecha evitando el azar. Ningún medio es “el mejor” para todo. El uso de cada uno de ellos depende de los propósitos que animan a la comunicación y de los públicos que son pertinentes en cada caso. Hay, sin embargo, en algunos casos hay tendencias a preferir en parte un tipo de medios sobre otros. Para la comunicación comunitaria, y especialmente para aquella que propicia la participación en salud, los medios de contacto interpersonal parecen ser más adecuados que la mayoría de los masivos. Una razón para ello es la evidente ventaja que aquellos medios –como consultas en hospitales, visitas a familias, reuniones de pequeños grupos y asambleas populares más amplias– tienen en cuanto a retroalimentación. El contacto de cara a cara da, sin duda, al comunicador la opción de ajustar de inmediato sus mensajes a las reacciones de su interlocutor. Luego de analizar el componente

de comunicación en varios programas exitosos de desarrollo comunal en distintas partes del mundo, un experto internacional en comunicación para la salud, especialmente la materno-infantil, llegó a la conclusión de que esos éxitos se explicaban principalmente por haberse empleado métodos de contacto interpersonal y por haberse apelado al concurso de promotores residentes en las comunidades locales.

Esto, señaló Neil McKee (1992, p. 154), es harto contrario a la idea de que se puede cambiar conceptos sociales o vender productos sociales efectivamente por canales de medios masivos. La evidencia abrumadora indica que, en la mayoría de los contextos de desarrollo comunitario, no hay sustituto para el mucho más difícil trabajo de involucramiento de la comunidad y de educación.

Sin embargo, eso no quiere decir que la comunicación para la participación no debería recurrir a los medios masivos para hacer su trabajo. Eso no puede ser, primero, porque ellos pueden ser buenos complementos de la comunicación interpersonal, antecediéndola, acompañándola o secundándola. Y, luego, porque hay evidencias recogidas en años recientes de que, en disparidad con algunas teorías de comunicación, los medios masivos, y en particular la televisión, pueden tener algunos efectos importantes en los comportamientos de salud pese a no disponer de retroalimentación inmediata. Compensan en parte la carencia de ella con su amplio alcance, su rapidez de difusión y su posibilidad de alta frecuencia en la repetición de mensajes. Además, recursos especiales como la radio comunitaria, el video interactivo y los periódicos rurales dan a los masivos, en algún grado, la opción de doble vía. Pero lo que hace más preciados a los medios interpersonales en la comunicación comunitaria es que permiten el diálogo y personalizan el contacto, factor de identificación y confianza particularmente importante en las agrupaciones sociales demográficamente pequeñas.

Enseñar a pescar

La “participación genuina” del pueblo en la conducción del desarrollo sólo puede ser tal cuando se basa en una plena y auténtica redistribución del poder para la toma de decisiones en materia del bien público. Esa redistribución se asienta en dos pilares: la delegación de autoridad y la descentralización de recursos.

De la misma manera, la “comunicación horizontal” sólo puede hacerse carne y verdad cuando todos los ciudadanos tienen libre acceso a todos los medios y cuando se desconcentra el poder para generar mensajes, pa-

sando de la minoría privilegiada a la mayoría desposeída y, en el caso de la salud pública, del Estado central a las unidades departamentales y a las células municipales y, finalmente, al pueblo mismo, representado por sus organizaciones de base en todo el territorio de una nación.

Estas reflexiones, que provienen en parte del análisis de recientes experiencias de Bolivia en ambas de las áreas mencionadas¹¹, sugieren que –en última instancia– el papel del comunicador en la promoción de la participación en salud debería llegar a ser el de hacerse gradualmente no indispensable. O sea, que la medida final de su éxito en el trabajo debería ser haber contribuido a habilitar en alto grado a las comunidades para que ejerzan su derecho de comunicación democrática por sí mismas, sin más que mínimo auxilio externo. El protagonismo en la comunicación ya no sería ejercido entonces por especialistas de órganos centrales del Estado, como los Ministerios de Salud. Las agrupaciones comunales planificarían, realizarían y evaluarían sus comunicaciones para el desarrollo. Los técnicos en la materia pasarían así al papel de asesores y apunталadores –los “mediadores” de Prieto y Gutiérrez–, dejando el liderazgo, la autoridad y los recursos en manos de las comunidades. Y es probable que, para que tal cosa llegue a ocurrir, haya que dar por plazo relativamente largo una alta prioridad a la capacitación de líderes de las comunidades en los principios y técnicas de la comunicación educativa, adaptando ambos a las posibilidades locales y al contexto cultural en que se desenvuelven dichas comunidades. Limitarse a enviarles mensajes desde afuera, hechos para ellos pero sin su intervención, es algo que a veces no se puede evitar, pero que no debiera ser más la norma. Ella debiera ser, más bien, el potenciar al pueblo –darle guía, estímulo, destrezas y herramientas– para que diga su palabra en diálogo comunitario y apoye con ella la participación popular en el mejoramiento de la salud pública. En suma, también en materia de comunicación vale más enseñar a la gente a pescar que darle pescados.

Un ejemplo de la posibilidad de tal comunicación autónoma y participatoria lo constituye en la propia Colombia la experiencia de las Fundaciones Atarraya y El Chigualo. Ellas operan al servicio de una comunidad dispersa en un vasto territorio un programa comunicación popular manejado por Comités Veredales y Colectivos de Comunicación. Comprometidos

11. El gobierno del Presidente Gonzalo Sánchez de Lozada diseñó, organizó y llevó a ejecución inicial el proceso más radical y audaz de participación popular en la historia del país. El órgano estatal a cargo de ese proceso contó con un órgano de comunicación bien calificado para impulsar la comunicación “horizontal”. Éste delineó una estrategia de comunicación descentralizada dirigida a democratizar los mensajes al dar a las organizaciones populares la oportunidad para protagonizar el emprendimiento comunicador. Esta singular experiencia ha sido recogida en una compilación de materiales en el libro *Comunicación sin Centro* publicado en 1997 por el Ministerio de Desarrollo Humano.

principalmente con la prevención de la salud, propician la acción comunal sanitaria por múltiples medios, si bien con eje en una radioemisora comunitaria. Activados por voluntarios llamados Trabajadores Culturales de la Salud, esos agrupamientos populares fomentan el cuidado de la salud recurriendo a programas de radio, “jornadas de animación cultural”, “cassette viajero”, audiodramas, hojas volantes ilustradas y visitas individuales. Todo ello manteniendo sus mensajes en el marco del lenguaje y de las demás características propias de la cultura de la comunidad.

¿Qué es la planificación en comunicación?

Como en muchas otras actividades del ser humano, la racionalidad es en la comunicación una base de éxito. Cuando las acciones humanas son racionales, han sido antecedidas por la reflexión. Cuando son irracionales, se han producido por intuición y con improvisación. Lo racional tiene por eje la anticipación de las acciones, el cálculo de costos versus beneficios y la medición de resultados. Lo irracional deja todo librado al azar. En general, la acción irracional tiende a ser ineficaz, pero a veces puede alcanzar los efectos deseados. No puede, sin embargo, ser eficiente. Únicamente la acción racional puede conducir a la eficiencia; es decir, a la efectividad razonablemente dividida por el costo, al producto justificado por el insumo. La racionalidad que busca la eficiencia sólo puede lograrse por medio de la planificación.

Los intentos de aplicación de la planificación a la comunicación educativa para el desarrollo nacional comenzaron en los años 60, principalmente en el campo de la comunicación para la agricultura. Pero fue fundamentalmente en el campo de la salud que esa aplicación alcanzó sistematicidad a partir de principios de la década de 1980. Y la expansión de ello a muchos países y a diversos subsectores de la salud es un fenómeno propio de la década presente.

Antes de que ocurriera aquella aplicación se gastaron en comunicación en no pocos países del “Tercer Mundo” ingentes sumas de dinero sin obtener más que magros resultados. La preocupante evidencia de ello llevó a varios organismos internacionales dedicados a mejorar la salud a refinar los conceptos y los procedimientos de la planificación de la comunicación y desde entonces se han empeñado en enseñarlos a muchos, todavía en numerosas instituciones, públicas y privadas, dedicadas a la salud en varios países se gastan, lamentablemente, considerables recursos –humanos, técnicos y financieros– en la comunicación sin planificarla.

El proceso “P”

Un ejemplo saliente de aplicación de la planificación a la comunicación educativa lo constituye, en el campo de la salud sexual y reproductiva, el “Proceso P” del Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins. Delineado en 1983, es llamado así porque su protocolo de diseño se tituló “Procesos y Principios para Proyectos de Comunicación en Salud” y porque su esquema de secuencia espiral¹² se grafica adecuadamente siguiendo la forma de la letra P. En efecto, esa secuencia muestra que del primero de los seis pasos indicados como etapas del proceso se llega al último sólo para volver al primero y repetir el desplazamiento cíclico tantas veces como necesario y posible.

Las seis etapas, con sus respectivas tareas, son las siguientes:

1. Análisis

Investigar sistemática y rigurosamente todo lo posible sobre tres áreas de interés: (a) la naturaleza del público al que se quiere alcanzar, paso fundamental para determinar todo el ejercicio; (b) la naturaleza de las políticas y los programas de salud: sus recursos; sus debilidades y fortalezas; y (c) los recursos de comunicación disponibles: humanos, financieros y materiales.

2. Diseño Estratégico

Aquí las tareas son: (a) trazar objetivos; (b) identificar los segmentos de audiencia pertinentes; (c) especificar los cambios de comportamiento apetecidos; (d) escoger los medios a usarse; y (e) diseñar la evaluación.

3. Desarrollo, Prueba, Revisión y Producción de Mensajes

Tareas: (1) estipular los conceptos de los mensajes y darles forma; (2) probar con muestras del público escogido y con autoridades pertinentes reacciones al contenido y a la forma de los mensajes; (3) revisar en consecuencia los mensajes y ponerlos en producción.

4. Gestión, Ejecución y Fiscalización

Tareas: (1) movilizar a organizaciones clave; (2) crear un clima institucional favorable al planteamiento; (3) implementar el plan de acción; (4) fiscalizar (monitorear) el proceso de difusión, emisión y recepción de los productos del programa; y (5) volver a probar los materiales, tanto los ya disponibles como los nuevos.

12. Tomado (con leves ajustes de traducción por el autor de este ensayo) de Piotrow, *et al.*, (1997).

5. Evaluación del Impacto

Tareas: (1) medir los efectos de los mensajes en el público; y (2) determinar cómo podrán mejorarse nuevos emprendimientos semejantes.

6. Previsión de Continuidad

(1) Hacer ajustes de acuerdo a las cambiantes condiciones identificadas por la evaluación; y (2) asegurar la continuación del impulso comunicador y anticipar medidas para lograr la autosuficiencia en el esfuerzo.

Sustentado en conceptos de las ciencias sociales –especialmente la antropología, la psicología y la sociología– este régimen de trabajo recurre apreciablemente al método científico. En su esencia, en efecto, va de la investigación de la realidad a ser afectada por la intervención comunicativa a la evaluación de los resultados de ésta. No pretende ser perfecto ni infalible y es siempre susceptible de mejoramientos por revisiones y ajustes. Pero su uso por quince años en una treintena de países de América Latina, Asia y África ha mostrado ya, claramente, su utilidad para contribuir al logro de la eficiencia en comunicación para la salud.

Los instrumentos de la planificación

De nuevo, hay en esta materia una variedad de términos que refleja diversidad de acepciones. Esto causa frecuentemente indeseables confusiones. Preocupado por las consecuencias negativas de ello, propuse en 1993 enunciados como los siguientes:

- Tres son los instrumentos primordiales:
la *política*, la *estrategia* y el *plan*;
- En la base de la planificación está la política. Ésta sustenta a la estrategia. Y la estrategia conduce a la acción por medio del plan. O, visto esto desde otro ángulo, la política contiene a la estrategia como la estrategia contiene al plan. Y en la aplicación la secuencia ideal es: (1) política, (2) estrategia y (3) plan.
- Las políticas, las estrategias y los planes comparten una característica primordial: son herramientas para trazar comportamientos conducentes al logro de determinados propósitos. Es decir, son artefactos normativos para moldear convicciones y conductas, tales como –en la religión católica– lo son el credo, los mandamientos y el catecismo. De ahí su natural relación con la comunicación.
- La política es un conjunto de principios, normas y aspiraciones.
- La estrategia es un conjunto de previsiones sobre fines y procedimientos.

- El plan es un conjunto de prescripciones para regir operaciones.
- La política es doctrinaria, la estrategia es metodológica y el plan es ejecutivo. Es por eso que la política traza objetivos generales (anchos y de largo aliento), la estrategia plantea objetivos específicos (aumentando la precisión teleológica y, a menudo, acortando tiempo y espacio), y el plan estipula en detalle metas concretas (cuantitativas, tempo-espaciales y medibles).
- La política es raigal, la estrategia es troncal y el plan es ramal.
- La política es un mandato, la estrategia es un diseño y el plan es un aparato. De una política pueden, por tanto, desprenderse varias estrategias y, para poner a éstas en práctica, se pueden requerir diversos planes tanto paralela como consecutivamente.
- La política tiende a ser más profunda que amplia; se expresa normalmente en enunciados cortos, a veces hasta comparables con eslóganes o lemas. La estrategia tiende a ser más amplia que profunda; por eso sus enunciados suelen ser de mediana longitud. Y el plan tiende a ser tan amplio como profundo; por eso sus enunciados son usualmente extensos. La precisión –en sentido de grado de detalle de los enunciados– es mínima en las políticas, mediana en las estrategias y máxima en los planes.
- En vista de la naturaleza integrada y derivada de los tres elementos, los planes deben guardar coherencia con las estrategias y éstas con las políticas.
- Para ser efectivas las políticas deben ser explícitas, integrales y estables. En cuanto a duración o estabilidad, la política suele prevalecer por más tiempo que la estrategia y por mucho más tiempo que el plan. Aquella tiende a permanecer intacta a través de los años en tanto que las estrategias a menudo experimentan ajustes y los planes suelen ser más bien de plazo relativamente corto. Una política sólida y fértil puede inspirar acciones por dos, tres o más decenios. En cambio, las estrategias suelen perder validez, siquiera parcialmente, en uno o dos lustros, en función de variaciones en factores coyunturales. Y los planes más largos –casi siempre contingentes– rara vez sobrepasan al trienio. Por lógica, el plan debe mencionar la política en que se basa y consignar las estrategias de que se deriva antes de plantear sus previsiones operativas.

Puesto que la comunicación es instrumental para el desarrollo en salud, las políticas, las estrategias y los planes de salud deben ser el origen determinante de las políticas, las estrategias y los planes de comunicación para la salud.

Las políticas de salud

Una POLÍTICA NACIONAL DE SALUD es un conjunto de principios, normas y aspiraciones institucionales sobre el comportamiento de la población de un país en materia del cuidado de la salud pública.

Las políticas *nacionales* (en el sentido de ser generales o globales) de salud sólo existen en América Latina a partir de fines de la década de 1970. En la mayoría de los casos, ellas han sido enunciadas por acuerdos internacionales multigubernamentales y transferidas para su aplicación, a veces con adaptaciones, a la esfera de acción en cada país signatario de esos entendimientos.

Las principales políticas de salud presumiblemente vigentes a la fecha en la región son cuatro:

- **Universalización de la salud como un derecho fundamental** (Alma-Ata, 1978).
- **Promoción habilitadora de la comunidad para la conducción de programas de salud** (Ottawa, 1986).
- **Priorización máxima de la salud de la infancia** (Nueva York, 1990).
- **Eliminación de la inequidad determinante de la mala salud de las mayorías** (Bogotá, 1992).

De esas políticas, se supone, se derivan las estrategias y los planes de salud. Como esto ocurre a lo largo de años, predominantemente al nivel de cada país y en circunstancias diversas y variantes, el número de aquellas estrategias y de aquellos planes tiene que ser elevado. Y no se ha construido una tipología de ellos.

Políticas, estrategias y planes de comunicación

Planificar la comunicación para el cambio social equivale a ejercer una suerte de arquitectura del comportamiento humano. Y los instrumentos de que esta arquitectura se vale son los mismos, o muy semejantes, a los que se emplean en la planificación de la salud, de la educación e, inclusive, de la economía y de la política. Ellos se describen brevemente en esta sección.

POLÍTICA DE COMUNICACIÓN es un conjunto de principios, normas y aspiraciones que buscan regir intervenciones de comunicación en apoyo instrumental a políticas de salud.

Sólo en la presente década, a unos cuarenta años de iniciada la práctica de la comunicación educativa en salud, comenzó a surgir en América Latina la inquietud por formular políticas, estrategias y planes para esa disciplina. El patrocinio conjunto de la Organización Panamericana de la Salud y la UNESCO produjo la primera reunión de expertos sobre el tema en septiembre de 1993 en Quito. En ella se sentaron importantes bases para el trabajo en esta área de interés. (UNESCO/OPS/OMS, 1994).

Casi un año después, en agosto de 1994, se realizó en la misma capital ecuatoriana la Primera Reunión de Comunicadores Andinos en Salud patrocinada por el Convenio “Hipólito Unanue”. En ella se analizaron las políticas de comunicación en salud de la mayoría de los países del área. Algunas acababan de haber sido oficialmente formuladas por los Ministerios de Salud, en tanto que otras se hallaban aún en proceso de hacerlo. La reunión pidió de los Ministros de Salud del Área Andina un pronunciamiento sobre la materia.

Acogiendo tal solicitud, en su reunión de noviembre de 1994 en Santiago de Chile esos dignatarios de Estado aprobaron una resolución de dos puntos. El primero contenía esta recomendación de lineamientos a los gobiernos:

En el marco de la integración Subregional Andina recomendar a los países miembros en sus políticas de comunicación social en salud los siguientes lineamientos:

- a) La información sobre salud es un bien público. Por tanto, el Estado debe garantizar el acceso irrestricto de todos los ciudadanos a dicha información de manera oportuna y veraz, forjando una cultura de la Salud;
- b) La comunicación es instrumento indispensable para el logro de los objetivos de promoción, prevención, participación, movilización social y educación en salud;
- c) Las políticas de comunicación social en salud deben responder coherentemente a las políticas nacionales de salud (Rebolledo, 1994).

El segundo punto de dicha resolución sugirió un conjunto de acciones para fortalecer a los órganos de comunicación en salud en la subregión y para realizar acciones cooperativas entre ellos, incluyendo empeños por formular estrategias de comunicación para la salud.

En un extremo del instrumental de la planificación está la *política*, el esbozo escueto del ideal. En el extremo opuesto está el *plan*, el diseño preciso para construir una realidad. Entre el uno y el otro está la *estrategia*,

el puente por el que transita el ideal hacia la realidad. En otros términos, si el origen de la estrategia está en la política, su destino está en el plan. Y esa posición mediadora le confiere una importancia “estratégica”; es decir, crucial. En efecto, para que una política alcance plena utilidad es indispensable que se trasunte en estrategias capaces, a su vez, de reflejarse en planes.

ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN es un conjunto de prescripciones direccionales y procedimentales para enviar a la población mensajes que apunten los fines de las estrategias de salud.

Un poco más detallada que la política, pero mucho menos detallada que el plan, la estrategia de comunicación para la salud puede cubrir un territorio amplio o pequeño, implicar diversos comportamientos, aplicarse por un tiempo relativamente largo, comprometer a mucha gente y requerir considerables recursos. Pero suele ser enunciada en nada más que unos cuantos párrafos. Sin embargo, ese esquemático derrotero ha de regir todo el proceso de planeamiento pormenorizado de las operaciones comunicativas.

En contraste con la carencia de políticas nacionales de comunicación para la salud existen en Latinoamérica varias experiencias de formulación y aplicación de estrategias de comunicación para la salud. En la mayoría de los casos, sin embargo, esas estrategias no fueron instituidas por separado y a priori como matriz de nivel intermedio para orientar planes, sino que sus enunciados centrales fueron incluidos –bajo diversos formatos– en los propios planes. Parecería que de esta combinación –que, a veces, pudiera verse como una confusión procedimental– fue que surgió el concepto de “plan estratégico”, o sea un plan operativo detallado que debe responder a una o más estrategias de comunicación para la salud.

Entre las estrategias más usadas en la comunicación para la salud están las siguientes:

ABOGACÍA

Sensibilización de la opinión pública para forjar conciencia sobre un asunto de amplia trascendencia nacional, así como argumentación para ganar la comprensión solidaria de la población y sus dirigentes en favor de una causa de bien social.

MOVILIZACIÓN SOCIAL

Concertación, voluntaria, intensa y sostenida, de los recursos y esfuerzos de instituciones sociales claves en respaldo y provecho de un programa de acción de alta prioridad y claro beneficio para la mayoría de los ciudadanos de un país.

ANIMACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Activación sistemática del proceso de intervención, autónoma y dinámica, de las agrupaciones básicas de la sociedad en la toma de decisiones y en la conducción, participativa y autogestionaria, de los programas de desarrollo, especialmente en cuanto a los servicios de salud y nutrición, educación y cultura, comunicación social, vivienda y transporte y protección del medioambiente.

INDUCCIÓN AL CAMBIO EN CONDUCTAS INDIVIDUALES”

Mecanismo de influencia social desinteresada, por el cual se busca persuadir de forma no manipulativamente a las personas y ayudarlas para que adopten conocimientos, actitudes y prácticas propicias a la salud en todos sus aspectos.

CAPACITACIÓN FORMAL

Proceso de enseñanza-aprendizaje en aula por el cual las instituciones de salud procuran modificar la orientación, las aptitudes y el comportamiento de su personal de manera que éste se ponga al día con las nuevas políticas y estrategias para la salud que ahora norman el cumplimiento de sus funciones.

ENTRETENIMIENTO EDUCATIVO

Técnica de enseñar deleitando al recomendar conocimientos, propiciar actitudes y proponer prácticas en forma amena, risueña y ágil, generalmente recurriendo a adaptación de canciones, funciones de títeres, teatro callejero, “cuñas” de radio, juegos, concursos, videos e, inclusive, telenovelas.

Corresponde ahora entender la naturaleza del tercer instrumento básico de planificación en estos términos:

PLAN DE COMUNICACIÓN es un conjunto de previsiones operativas detalladas para producir y distribuir entre la población mensajes que divulguen conocimientos, propicien actitudes y propongan prácticas convenientes para el cuidado de la salud pública.

La conjugación de una o más estrategias con un plan produce un plan estratégico.

PLAN ESTRATÉGICO DE COMUNICACIÓN es un conjunto complejo de previsiones operativas detalladas (técnicas, logísticas y financieras) para regir por largo plazo actividades institucionales de comunicación correspondientes a funciones de investigación, producción y difusión, y capacitación y asesoramiento en apoyo al logro de comportamientos propicios al cuidado de la salud pública.

Sin conejo ni palomas

Bien, estimados amigos de la Fundación Santa Fe de Bogotá, permítanme concluir esta presentación con dos observaciones importantes. La primera es la certeza de que la comunicación no puede producir por sí sola los resultados apetecidos por los programas de salud. Y la segunda es que, cuando logra ayudar a producirlos, es principalmente porque los administradores de aquellos programas lo han hecho posible.

Como ya lo advirtiera hace muchos años uno de los grandes maestros de la comunicación humana, Wilbur Schramm, ella es, sin duda, un factor de importancia capital para el desarrollo. Pero no sólo que no es el único sino que ni siquiera se lo puede considerar el principal. Obra en los contextos en que ella opera un cúmulo de otros factores de orden social, cultural, económico, político y administrativo que condicionan fuertemente el comportamiento de la población. Los mensajes tienen así que atravesar una selva de influencias múltiples y fuertes barreras para llegar a su destino y alcanzar sus metas. Es importante estar conscientes de esto para no pedir de la comunicación lo que ella no puede lograr por sí sola.

Por otra parte, la comunicación puede alcanzar su máximo impacto sólo cuando quien quiere valerse de ella le brinda las condiciones necesarias para esto. Si la comunicación en una entidad ocupa un bajo lugar en la jerarquía orgánica, si no es encomendada a personal profesional especializado y experimentado en ella y decorosamente remunerado, si se le exige acaso demasiado en desproporción con los recursos que se le asignan, y si no se entienden bien su naturaleza, virtudes y limitaciones, entonces no se puede esperar que ella sea el arma secreta para lograr el triunfo de la salud.

La comunicación no es panacea universal ni tiene fórmulas mágicas qué ofrecer. Ciertamente, los comunicadores no somos infalibles ni somos, mucho menos, capaces de prodigios. Les aseguro cordialmente que no traemos conejo en el sombrero ni sacamos palomitas de la manga. Pero también les aseguro que, si se reconocen aquellas limitaciones del ambiente y si se dan condiciones razonables para nuestro trabajo, podemos ser muy útiles al cumplimiento de los nobles propósitos de ustedes al servicio del completo bienestar del pueblo.

Bibliografía

- Academia para el Desarrollo Educativo, Washington, D. C. (1985). "HealthCom: comunicaciones al servicio de la supervivencia infantil; lecciones sacadas de cinco países", en: Washington, D. C., *Academia para el Desarrollo Educativo*, 73 pp. (Informe del Proyecto de Comunicaciones al Servicio de la Supervivencia Infantil (HEALTHCOM) preparado al amparo del contrato No. DSPE-C-0023 de la Agencia para el Desarrollo Internacional).
- Agencia EFE (1998). "Informe de la CEPAL: Latinoamérica en gastos militares destina \$US 45,000 millones", en: *Presencia: Puerta Abierta*, La Paz, Bolivia, sábado 22 de agosto de 1998, p. H1.
- Alfaro, Rosa María (1998). "Educación y movilización comunitaria: entre procesos y rupturas", en: Universidad Johns Hopkins-Save the Children. *Movilización comunitaria para la salud: diálogo multidisciplinario*. La Paz: JHU-Save the Children-USAID, pp. 105-136.
- Arnstein, S. R. (1969). "A Ladder of Citizen Participation", en: *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4).
- Askew, I., MacDonald, M. and Lenton, C. (1986). *The Community Participation Approach in Family Planning Programmes: some Suggestions for Project Development*. London: International Planned Parenthood Federation.
- Baldwin, T. F., Macvoy, D., Stevens and Steinfield, C. (1996). *Convergence: Integrating Media, Information and Communication*. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage.
- Beltrán S., L. R. (1969). "Communication and Modernization: the Case of Latin America". Paper prepared for presentation at the Eleventh World Conference of the Society for International Development, New Delhi, India: mimeo, November 14-17, 1969, 41 p.
- Beltrán S., L. R. (1972). "La problemática de la comunicación para el desarrollo rural en América Latina". Documento presentado a la Reunión Interamericana de Bibliotecarios y Documentalistas Agrícolas, realizada en Buenos Aires, Argentina, del 10 al 14 de abril de 1972.
- Beltrán S., L. R. (1974). "Rural Development and Social Communication: Relationships and Strategies", Paper prepared for presentation at the Cornell-CIAT International Symposium on Communication Strategies for Rural Development, Cali, Colombia, March 17-22, 1974. *Proceedings*. Ithaca, N. Y.: Cornell University, New York State College of Agriculture and Life Sciences, 1974, pp. 11-27.
- Beltrán S., L. R. (1980). "A Farewell to Aristotle: 'Horizontal' Communication", en: *Communication*, United States of America, 5(1), pp. 5-41.
- Beltrán S., L. R. (1980). *Un adiós a Aristóteles: la comunicación "horizontal"*. La Paz: mimeo (Traducción de la Universidad Católica Boliviana del original en inglés publicado en la revista *Communication*), 33 p.

- Beltrán S., L. R. (1988). "Synergetic Communication for Universal Health: a Brief Appraisal of the 'IEC' Policy of WHO and UNICEF". Paper presented in the XIII World Conference on Health Education's Goals, August 28-September 2, 1988: mimeo. 2 p.
- Beltrán S., L. R. (1993a). "Communication for Development in Latin America: a Forty Years Appraisal". Keynote Speech at the Opening of the IV Roundtable on Development Communication, organized by the Instituto para América Latina-IPAL in Lima, Perú, on February 23-26, 1993.
- Beltrán S., L. R. (1993b). *La comunicación contra el cólera en Bolivia: situación y perspectivas*. La Paz: mimeo, 97 pp. Anexos (Estudio realizado por la Universidad Johns Hopkins por encargo de la Academy for Educational Development-HEALTHCOM a pedido de USAID/Bolivia).
- Beltrán S., L. R. (1994). "La salud y la comunicación en Latinoamérica: políticas, estrategias y planes", en: OMS-OPS-UNESCO. *Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina: conclusiones de la Reunión del Comité Asesor sobre Políticas de Comunicación Social en los Ministerios de Salud Pública para la Promoción de la Salud*, 1993. Quito: UNESCO-Oficina Regional de Comunicación para América Latina, pp. 29-89.
- Beltrán S., L. R. (1995). *La salud pública y la comunicación social*. La Paz: Universidad Johns Hopkins-Oficina para Bolivia, mimeo, 31 pp. (Documento preparado para el Taller de Planeamiento Estratégico de Comunicación en Salud Reproductiva, realizado en Quito del 15 de enero al 3 de febrero de 1995).
- Beltrán S., L. R. (1997). *Comunicación para la salud en Latinoamérica: los aportes de la Universidad Johns Hopkins*. La Paz: Universidad Johns Hopkins-Oficina para Bolivia, mimeo. 17 pp. (Documento preparado por invitación de la Felafacs para la Primera Reunión Internacional sobre Comunicación y Salud patrocinada por la OPS/OMS, la Felafacs y la Universidad de Lima en el marco del IX Encuentro Latinoamericano de Facultades de Comunicación Social, Lima, octubre 27-31 de 1997).
- Beltrán S., L. R. (1998). "Presentación", en: Universidad Johns Hopkins-Save the Children. *Movilización comunitaria para la salud: diálogo multidisciplinario*. La Paz: JHU-Save the Children-USAID. pp. 7-11.
- Berlo, D. K. (1960). *The Process of Communication*. New York: Holt, Rinehart and Winston, p. 30.
- Berlo, D. K. (1963). "Communication Theory and Audiovisual Instruction". Keynote address to the National Convention of the Department of Audiovisual Instruction, National Education Association, Denver, April 23, 1963.
- Castells, M. (1998). "Murió la sociedad industrial, nace... la sociedad de la información", en: *La Razón: Ventana*, La Paz, Bolivia, domingo 30 de agosto, p. 11.
- Castro, M. C. (1991). *Comunicación y drogas: hacia una cultura de la prevención integral*, Santa Fe de Bogotá: Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá, Unidad Coordinadora de Prevención Integral, mimeo, 7 p. (Documento presentado

- al Taller “Estrategias en Evaluación de Campañas de Comunicación sobre Abuso de Drogas”, Quito del 5 al 8 de agosto de 1991.
- Coleman, P. L. (1989). “Introduction”, en: Coleman, Patrick and Meyer, Rita C., eds. *The Enter-Educate Conference: Entertainment for Social Change: Proceedings*. Baltimore: Johns Hopkins University, Center for Communication Programs.
- Crowley, D. J. (1982). *Understanding Communication: the Signifying Web*. New York: Gordon and Breach, Science Publishers, Inc., 212 p.
- Cuéllar, G. D. y Gutiérrez, J. (1971). “Análisis de la investigación y de la aplicación del difusionismo”. Documento presentado en la Segunda Reunión Anual de Comunicadores Rurales realizada en Cali, Colombia.
- Deshler, D. and Sock, D. (1985). “Community Participation: a Concept Review of the International Literature”. Paper presented at the International League for Social Commitment in Adult Education, Ljungskile, Sweden.
- Development Associates, Inc. (1992). *Manual de comunicación para programas de prevención del uso de drogas*. Arlington, Virginia: Narcotics Awareness and Education Program.
- Díaz Bordenave, J. (1972). “New Approaches to Communication Training for Developing Countries”. Paper presented at the Section of Information and Communication Problems in Development at the Third World Congress of Rural Sociology, Baton Rouge, Louisiana, August 21-27, 1972.
- Díaz Bordenave, J. (1974). Communication and Adoption of Agricultural Innovations in Latin America, Paper presented at the Cornell-CIAT International Symposium on Communication Strategies for Rural Development, Cali, Colombia, March 17-22, 1974: Proceedings: Ithaca, N. Y., Cornell University, New York State College of Agriculture and Life Sciences, pp. 205-217.
- Díaz Bordenave, J. (1978). “Aspectos políticos e implicaciones políticas de la comunicación participatoria”. Documento presentado al Primer Seminario Latinoamericano de Comunicación Participatoria, realizado en Quito por el CIESPAL en noviembre de 1978.
- Díaz Bordenave, J. (1998). “Relación de la comunicación con los procesos de movilización comunitaria para la salud”, en: Universidad Johns Hopkins-Save the Children. *Movilización comunitaria para la salud: diálogo multidisciplinario*. La Paz: JHU-Save the Children-USAID, pp. 77-103.
- Enciclopedia Hispánica* (1990-1991). Volumen 8. Barcelona: Encyclopaedia Britannica Publishers, Inc. 408 p.
- Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva-Subcomité Nacional de IEC, La Paz, Bolivia (s/f.). *Estrategia de I.E.C. para el área rural*. La Paz: Secretaría Nacional de Salud, Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva-Subcomité Nacional de IEC, 32 p.
- Exeni R., J. L. (1996). *Políticas públicas para la comunicación pública en Bolivia: bases para el diseño tipológico de políticas comunicacionales desde y para el Estado en una orientación descentralizada*. Tesis para optar al título de Licenciado en Comunicación Social. La Paz, Universidad Católica Boliviana, Carrera de Ciencias de la Comunicación Social, 214 p.

- First International Conference on Health Promotion (1986). Ottawa: Charter for Health Promotion, 1, pp. iii-v.
- Freire, P. (1969). *¿Extensión o comunicación?*, Santiago de Chile: ICIRA.
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the Oppressed*. New York: Herder & Herder.
- Fundación Habla/Scribe (1997). *Gente del Agua*, Cali, Colombia: Fundación Habla/Scribe, No. 2. Marzo.
- Fundación Santa Fe de Bogota (s/f). *Nuestra misión: bienestar y desarrollo social*. Santa Fé de Bogotá.
- Gerace L., F. (1973). *Comunicación horizontal: cambios de estructuras y movilización social*. Lima: Librería Studium, 144 p.
- Graeff, J. A., Elder, J. P. and Mills B. E. (1993). *Communication for Health and Behavior Change: a Developing Country Perspective*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 204 p.
- Gutiérrez, F. (1973). *El lenguaje total: una pedagogía de los medios de comunicación*, Buenos Aires: Editorial Humanitas.
- Hancock, A. (1992). "Back to the Future: Communication Planning", en: *Development Communication Report (USA)*. No. 79, pp. 1, 5.
- Harms, L. S. and Richstad, J. (s/f.). *An Interchange Model of Communication*. Honolulu, Hawaii.
- Hornik, R. (1992). "Development Communication Today: Optimism and some Concerns", en: *Development Communication Report (USA)*. No. 79, pp. 1-2.
- Instituto para América Latina, Lima, Perú (s/f.). *Análisis de mensajes de campañas de salud: aproximación a un concepto de salud*, mimeo. Lima: IPAL, 35 p.
- Johnson, J. D. (1996). *Information Seeking: an Organization Dilemma*, West Port, CT: Quorum Books.
- Inter-Press Service (1997). "Organización Mundial de Salud planea estrategia para el próximo milenio", en: *Presencia*, La Paz, Bolivia, 22 de mayo, p. 5.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa: Government of Canada.
- Lasswell, H. D. (1948). "The Structure and Function of Communication in Society", en: Bryson, L., ed. *The Communication of Ideas*. New York: Harper and Row, pp. 37-51.
- Lasswell, H. D. (1972). "The Future of World Communication: Quality and Style of Life". EWCI Lecture in International Communication. Honolulu, Hawaii, East-West Communication Institute, East-West Center, September, 1972.
- McKee, Neill (1992). *Social Mobilization and Social Marketing in Developing Communities: Lessons for Communicators*, Penang, Malaysia: Southbound, 204 p.
- Mahler, H. (1985). "Un mensaje del Director General de la Organización Mundial de la Salud", en: revista *La educación para la salud (OMS)*, No. 1, pp. 3-4.
- Martín-Barbero, J. (1987). *De los medios a las mediaciones: comunicación, cultura y hegemonía*, México: Gustavo Gili, 300 p. (GG Mass Media).
- Mattelart, A. (1970). "Críticas a la 'Communication Research'", en: *Cuadernos de la Realidad Nacional*, Chile: Edición Especial, pp. 11-22.

- Medina M., J. E. *et al.* (1992). *Salud comunitaria: una experiencia de diez años en áreas urbanas marginales*, Santa Fe de Bogotá: Fundación Santa Fe de Bogotá, 110 p.
- Ministerio de Comunicaciones, Colombia (s/f). *Proyecto Comunicación e Información para la Salud en la Costa Pacífica Colombiana-Prevención de Cólera y EDA's*. (s/f.) Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Comunicaciones/Ministerio de Salud/OPS/OMS.
- Ministerio de Comunicaciones, Colombia y otros (1992). *Política nacional de comunicación para la superación del problema de la droga*, Santa Fe de Bogotá: mimeo, 15 p. (Proyecto: Comunicación para la Superación del Problema de la Droga).
- Ministerio de Desarrollo Humano, Bolivia. (1997). *Comunicación sin centro: señas y sueños para descentralizar la comunicación... y democratizarla*. La Paz: Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaría Nacional de Participación Popular, 307 p.
- Noseda, R. C. (1972). "Definición y deslinde conceptual de la comunicación". Documento presentado a la IX Asamblea y Congreso de la Asociación Internacional de Investigación en Comunicación de Masas, realizada en Buenos Aires.
- OEA/CIESPAL (1992). *Comunicación contra las drogas: evaluación de campañas en América*. Quito: CIESPAL, 430 p. (Colección "Encuentros").
- OPS (1984). *Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas: análisis de estudios de casos seleccionados*, Washington, D. C. (Publicación Científica No. 473).
- OPS (1992a). *Implementación de la estrategia de promoción de la salud en la Organización Panamericana de la Salud*. Washington: mimeo, OPS/OMS, Programa de Promoción de la Salud, 35 p.
- OPS (1992b). *Manual de comunicación social para programas de salud*. Washington, D. C.
- OPS (1992c). *Declaración de San José "Comunicación para la Salud"*. Washington, D. C., 6 p.
- OPS/ Ministerio de Salud, Colombia (1992). *Promoción de la salud y equidad: Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*, Santa Fe de Bogotá del 9 al 12 de noviembre. Washington, D. C., 8 p.
- Paoli, J. A. (1983). *Comunicación e información: perspectivas teóricas*, México, D. F.: Trillas.
- Pasquali, A. (1972). *Comunicación y cultura de masas*, Caracas: Monte Ávila Editores.
- Pasquali, A. (1985). *Comprender la comunicación*, Caracas: Monte Ávila Editores, 289 p.
- Piotrow, P. T. *et al.* (1997). *Health Communication: Lessons from Family Planning and Reproductive Health*. Westport: Connecticut, Praeger, 307 p.
- Pinto, J. B. (1972). "Subdesarrollo, medios de educación de masas y educación". Documento para el Curso Regional Andino sobre Educación Campesina Extraescolar en Bogotá, Colombia, por el Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas de la OEA del 6 de marzo al 14 de abril de 1972.

- Pinto, J. B. (1978). "La comunicación participatoria como pedagogía del cambio: fundamentos epistemológicos". Documento presentado en el Primer Seminario Latinoamericano de Comunicación Participatoria, realizado en Quito por el CIESPAL en noviembre de 1978.
- Prieto C., D. (1998). "En torno a la comunicación y la movilización comunitaria", en: Universidad Johns Hopkins-Save the Children. *Movilización comunitaria para la salud: diálogo multidisciplinario*. La Paz: JHU-Save the Children-USAID, pp. 51-75.
- Programa de Desarrollo Alternativo (1993). *Estrategia de comunicación social para el Programa de Desarrollo Alternativo*, Santa Fe de Bogotá, Colombia: Oficina de Servicios para Proyectos, 13 p. Anexos.
- Rasmuson, M. R. et al. (1988). *Comunicación para la salud del niño*, Washington, D. C.: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Dependencia de Ciencia y Tecnología, Oficina de la Salud y Oficina de Educación. (HEALTHCOM: Proyecto realizado por la Academia para el Desarrollo con The Annenberg School of Communications).
- Rebolledo, C. (1994). "Informe del relator de la XVIII Reunión de Ministros de Salud del Área Andina", realizada en Santiago de Chile en noviembre 3-4 de 1994. Santiago de Chile: mimeo, 13 p.
- Reunión de Ministros de Salud del Área Andina, 18a. (1994). "Lineamientos para políticas de comunicación en salud recomendados por los Ministros de Salud del Área Andina" en su décimo-octava reunión realizada en Santiago de Chile del 3 al 4 de noviembre de 1994. Santiago de Chile: mimeo, 2 p.
- Reyes M., F. (1977). "From Right to Praxis: a Model of Communications with Active Social Participation". Paper prepared to be presented to the Seminar on International Communications and Third World Participation: A Conceptual and Practical Framework, Amsterdam, September 5-8, 1977.
- Rogers, E. M. (1974). "Social Structure and Communications Strategies in Rural Development: the Communication Effects Gap and the Second Dimension of Development", en: Cornell-CIAT International Symposium on Communication Strategies for Rural Development, Cali, Colombia, March 17-22, 1974. *Proceedings*. Ithaca, N. Y.: Cornell University, New York State College of Agriculture and Life Sciences, 1974, pp. 50-59.
- Rogers, E. M. (1975). "Where we are in Understanding Diffusion of Innovations", en: Schramm, Wilbur and Lerner, Daniel, eds. *Communication and Change in Developing Countries: Ten Years After*. Honolulu: University of Hawaii/East West Center Press.
- Rogers, E. M., ed. (1976). *Communication and Development: Critical Perspectives*. London: Sage Publications.
- Rogers, E. M. (1982). *Diffusion of Innovations* (3d. ed.), New York: Free Press. 453 p.
- Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social*, México, D. F.: Siglo XXI, 379 p.
- Schramm, W. (s/f.). "Toward a General Theory of Human Communication". Lecture presented at the University of Texas.

- Schramm, W. (1961). "How Communication Works", en: *The Process and Effects of Mass Communication*, Urbana: University of Illinois Press, pp. 4-26.
- Schramm, W. (1973). *Men, Messages, and Media: a Look at Human Communication*, New York: Harper and Row.
- Shannon, C. E. and W., W. (1971). *The Mathematical Theory of Communication*, Urbana: University of Illinois Press, p. 4.
- Sigerist, H. E. (1941). *Medicine and Human Welfare*. New Haven: Yale University Press.
- Sigerist, H. E. (1944). *La medicina socializada en la Unión Soviética*, La Habana: Editorial Páginas, S. A., 346 pp.
- Sigerist, H. E. (1946). *The University at the Crossroads*, New York: Henry Schuman.
- Sigerist, H. E. (1958). *The Great Doctors: a Biographical History of Medicine*, Garden City, New York: Doubleday Anchor Books, 422 pp. (Publicado por primera vez en los Estados Unidos en 1933 por W. W. Norton & Company, Inc.).
- Terris, M. (1986). "What is Health Promotion", en: *Journal of Public Health Policy*, 7, pp. 147-151.
- Torres-Goitia, J. (1998). "Actores y procesos de la movilización por la salud: la experiencia boliviana", en: Universidad Johns Hopkins-Save the Children. *Movilización comunitaria para la salud: diálogo multidisciplinario*. La Paz: JHU-Save the Children-USAID. pp. 29-50.
- Tremonti, F. (1997). "Información y comunicación en la era de la oralidad secundaria", en: revista *Comunicación: Estudios Venezolanos de Comunicación*, No. 100. Cuarto Trimestre, pp. 51-56.
- UNICEF/WHO (1987). "Mobilizing all for Health for all; Policy and Strategy Issues in Putting Information, Education and Communication to Work for Health". Paper presented at the Twenty-sixth Session of the Unicef-Who Joint Committee on Health Policy held in Geneva in January 27-29, 1987, mimeo 20 pp. (JC26/UNICEF-WHO/87.5).
- UNESCO/OPS/OMS (1994). *Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina*, Quito: Unesco-Oficina Regional de Comunicación para América Latina, 163 pp.
- Universidad Johns Hopkins/Save the Children (1998). *Movilización comunitaria para la salud: diálogo multidisciplinario*, La Paz: Universidad Johns Hopkins-Oficina para Bolivia/Save the Children, 173 pp.
- Wiener, Norbert (1950). *The Human use of Human Beings: Cybernetics and Society*, Boston: Houghton Mifflin Co.
- World Health Organization (1992). "Advocacy Strategies for Health and Development: Development Communication in Action". A report of the Inter-Agency Meeting on Advocacy Strategies for Health and Development: Development Communication in Action, Geneva, 9-13 November. Draft. (HED./92.5).

Recibido: 12 de noviembre, 2008 Aprobado: 28 septiembre, 2009