

■ Entrada

*“(...) la comunicación, a diferencia de otras disciplinas u objetos de estudio, es a la vez que paradigma, campo interdisciplinario, fenómeno, práctica o conjunto de prácticas, proceso y resultado, parte esencial de la cultura y la innovación cultural, soporte simbólico y material del intercambio social en su conjunto, ámbito donde se genera, se gana o se pierde el poder, enlace y registro de agentes, agencias y movimientos sociales, herramienta de interlocución, espacio de conflicto, conjunto de imágenes, sonidos y sentidos, lenguaje y lógica de articulación de discursos, dispositivo de la representación, herramienta de control a servicio de unos cuantos y de exclusión de las mayorías de los beneficiados del desarrollo, ámbito diferenciador de prácticas sociales. Todo eso y más es comunicación. Comprenderla en su compleja dimensión es, en todo caso, un objetivo parcialmente accesible y siempre por alcanzar” (Orozco, 1997: 28).*

# La comunicación para el cuidado de la salud

■ José Maximiliano Henríquez Sandoval

## 1. RELEVANCIA Y COMPLEJIDAD

La comunicación para el cuidado de la salud individual o colectiva es un proceso educativo, constituido de un conjunto de estrategias, prácticas y estudios que merecen destacarse hoy en día. Principalmente si se toma en cuenta que, por un lado, estamos viviendo en la llamada era de la comunicación y, paradójicamente, en casi una “epidemia de la desinformación” sobre el cuidado de la salud, destacándose en esta situación las minorías poblacionales residentes en los países del tercer mundo. Esto nos impone la necesidad de construir e implantar estrategias y prácticas de educación y comunicación que posibiliten la legitimación del compromiso ético-profesional de los trabajadores de la salud y de la comunicación para que sean cada vez más coherentes con las expectativas, capacidades y necesidades propias del cuidado de la salud.

La intención de este artículo, entonces, es destacar algunos aspectos a ser considerados cuando se piensa en disminuir la “epidemia de la desinformación” que contribuye significativamente para la producción de las enfermedades, así como sustentar la idea de que las



ILUSTRACIÓN: JOHN FUENTES

campañas educativas para la salud, vehiculadas principalmente por la TV, "no tienen el efecto esperado".

El objetivo es reflexionar en las páginas siguientes sobre esta temática, lo cual implica un intento de mirar/construir una estrategia de comunicación y educación solidaria, dirigida hacia el hombre en su existencia cotidiana, o sea, en su "mundo de la vida". Implica, pues, una lucha colectiva donde los conceptos de libertad, justicia y ciudadanía, por ejemplo, no se constituyan en conceptos abstractos sin sentido, pero sí, se concreten en prácticas sociales específicas y conscientes, que contribuyan para el reconocimiento del hombre como un ser social, ético, cultural, político y, finalmente, comunicativo. Esta perspectiva negaría toda práctica de comunicación y educación para la salud determinista, automatizada, biológica y desvinculada de la subjetividad presente en el ser humano.

Propongo pues que el paradigma que debe fundamentar las prácticas de educación y comunicación para la salud, debe privilegiar los fenómenos comunicacionales como fenómenos socio-humanos y, por lo tanto, debe preocuparse explícitamente con la perspectiva y significados sociales de la comunicación, redimensionando e integrando la práctica comunicativa a una concepción de hombre, de mundo, de comunicación, de salud, de educación, etc., que no reduzca ni distorsione la concreción de tales prácticas a explicaciones y conceptualizaciones unicasalistas y parciales. Esta cotidianidad, al mismo tiempo que es compleja, tiene su origen en otra complejidad - la socio-cultural -, donde se resignifican, construyen, legitiman y se reproducen los modos de vivir. Así es posible sostener que la comunicación es un fenómeno complejo (como queda bien explicitado en la cita que abre este texto). Y como recomienda Briceño (1992: 27), los fenómenos complejos deben recibir "tratamiento complejo". Si la comunicación no es entendida en esta perspectiva se corre el riesgo de reducirla a una abstracción sin sentido. Además, como dice Ponce (1997), en prólogo a la edición mexicana del libro "La investigación en comunicación desde la perspectiva cualitativa" de Guillermo Orozco Gómez:

"Lo que significa, en el fondo, una búsqueda de la coherencia para que los debates y falsos dilemas se resuelvan en la concreción desde la práctica y den a la comunicación su verdadera dimensión

como generadora de sentidos sociales, políticos, cotidianos y de reconstrucción de la transformación social".

## 2. RECEPCIÓN NEGOCIADA

Reconociendo que la salud y la enfermedad adquieren determinadas representaciones que se objetivan y legitiman en determinadas prácticas concretas culturalmente elaboradas, y que al mismo tiempo circulan (se mueven) alrededor de determinados contextos familiares, sociales, etc., es fácil percibir que la recepción de las prácticas comunicativas para el cuidado de la salud es un proceso estrictamente negociado. Tal negociación es mediada por el imaginario socio-individual de los receptores y sus prácticas concretas sobre el cuidado de la salud, legitimadas en espacios también concretos, generalmente en el espacio de la familia. Por cuenta de esto se puede decir que:

*"Las audiencias también son sujetos situados, pertenecientes a varias instituciones simultáneamente, de donde adquieren sus identidades y producen sentido a sus prácticas, capaces de organizarse, de sentir, de manifestarse públicamente, de defender sus derechos a la comunicación, aunque también capaces de enajenarse ante los contenidos de los medios, de ser recipientes pasivos de sus mensajes"* (Orozco, 1997: 28).

Es pues entre el imaginario y las prácticas concretas que se negocia el proceso de la recepción y en ese sentido los contenidos presentes en las prácticas de comunicación para la salud pueden desempeñar su función socializadora del conocimiento y posibilitar la construcción de nuevas identidades (personales y culturales) y percepciones acerca de los entornos reales presentes en el mundo de la vida. Esto podría contribuir para que tales representaciones y prácticas conquisten cada vez más espacios haciendo parte de un imaginario socio-individual histórico, tendiente a la construcción de un sistema de cuidado de la salud interrelacionado con el sistema oficial, y eventualmente fundamentado en el diálogo gobierno (sistema oficial) y población (sistema fundamentado en prácticas alternativas del conocimiento popular). No se trata pues de incentivar la creación de un nuevo sistema de cuidado de la salud, pero sí, de luchar por una integración de cuidados.

Tal diálogo e integración parecen justificarse por una serie de condiciones, dentro de las cuales se destacan dos: una

está relacionada con las diversas dificultades del acceso y utilización efectiva de los servicios de salud, que no obstante ser servicios oficiales, de asistencia "gratuita", para muchas personas (el acto de ir a un servicio de salud) tiene varias implicaciones económico-personales, principalmente para aquellas que residen en comunidades distantes de la localización del servicio de salud.

La otra condición es que la enfermedad (así como la salud) en tanto fenómeno bio-psico-social se sitúa entre dos polos extremos: la vida y la muerte, y en el trayecto de esos dos polos está presente todo el componente subjetivo/emocional que caracteriza al ser humano y que sin duda alguna se manifiesta de forma más acentuada y diferenciada en los procesos de sufrimiento. Esto contribuye para la búsqueda de las más diversas formas de enfrentamiento y resolución de ese sufrimiento, desempeñando un papel fundamental aquí la sabiduría popular al respecto.

Estas dos condiciones parecen ser suficientes para reconocer la necesidad de que en cualquier práctica de comunicación para el cuidado de la salud es necesario intentar establecer un diálogo entre el discurso popular acerca de la salud, enfermedad, vida, muerte y su condición concreta de existencia y enfrentamiento, y el discurso médico-oficial sobre tales conceptos, para, a partir de ese diálogo, producir la comunicación para la salud. En el esquema se presenta tal situación.

## 3. PRODUCCIÓN DE LA COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

Es pues el diálogo entre los destinatarios de determinadas prácticas comunicativas y los profesionales que producirán tales prácticas que podría contribuirse a la efectividad de los procesos de recepción. Como dice Bordenave (1992: 69) al referirse a las campañas educativas: "(...) el tipo de campaña que podría contribuir a la construcción de una sociedad democrática y participativa es aquel que no considera a la población como mero 'blanco' (target audience), sino como beneficiarios-protagonistas". Pero lo que generalmente se observa es que de lo que se dice en la TV sobre determinadas enfermedades hay mucha diferencia con lo que realmente acontece en el contexto de la producción, representación y significación de las referidas enfermedades. Así, del contexto de la producción de una determinada enfermedad, al contexto de

la producción y transmisión de la información, hay mucha "mediación" y no hay una participación del receptor. Tal hecho resulta muchas veces en un casi completo reduccionismo de los fenómenos salud/enfermedad y comunicación/educación.

El fenómeno salud/enfermedad es reducido a una perspectiva unicausalista, o sea, para cada enfermedad hay una única causa (para tener salud, hay que hacer o evitar esto o aquello y ya). Esta perspectiva ignora los múltiples contextos que determinan la producción de la salud/enfermedad.

El fenómeno de la comunicación/educación es también reducido a una perspectiva conductista, donde comunicar es hacer llegar una información (o tal vez desinformación) a alguien que en el entendimiento de determinados grupos necesita saber, reduciendo de ese modo, el acto comunicativo y educativo a la transmisión de una simple información y así "(...) *destruyendo la enfermedad en tanto producto también social*" (Sandoval y Santos, 1997: 6).

Martín Barbero (1995: 40) se refiere a ese tipo de comunicación (conductista, estímulo-respuesta), diciendo que en esa perspectiva:

*"No hay ni verdaderos actores ni verdaderos intercambios. Es un modelo en que comunicar es hacer llegar una información, un significado ya pronto, ya construido, de un polo a otro. En él, la recepción es un punto de llegada de aquello que ya está concluido. (...) la iniciativa de la actividad comunicativa esta toda colocada al lado del emisor, en cuanto que del lado del receptor, la única posibilidad sería la de responder a los estímulos que le envía el emisor"*.

En este sentido, se desconoce que el receptor pertenezca a determinados contextos culturales con historia personal y social construida en su trayectoria de vida - en la escuela de la vida -, y que por eso, precisamente tiene la capacidad de resignificar, aceptar o resistir determinadas prácticas comunicativas. Dada esta posibilidad es que urge la necesidad de que la comunicación para la salud sea un proceso dialógico educativo continuo y construido desde los contextos mismos donde se produce la salud y la enfermedad.

Orozco (1996: 25) al referirse a las noticias vehiculadas por la TV dice:

*"La inmediatez y la instantaneidad propias del medio televisivo, además de vehicular la descontextualización de las noticias, posibilitan su deshistorización.*

“

No se trata pues de incentivar la creación de un nuevo sistema de cuidado de la salud, pero sí, de luchar por una integración de cuidados.

”

*Para la imagen de lo que acontece en el mundo sólo parece haber un tiempo, el presente. Esto se manifiesta especialmente en el género noticioso, dado que los tiempos definen en gran medida lo que es y lo que no es noticia. Incluso lo que ya no es presente, deja de ser noticia, aunque siga siendo relevante para entender el futuro"*.

De la misma manera podemos decir que las campañas educativas vehiculadas por la TV, parecen, como cotidianamente se escucha, "lluvias de verano", "aguas para apagar incendios", por lo tanto, inmediatas e instantáneas. Urge pues la necesidad de:

*"(...) tomar en serio a la TV. Y tomar en serio a la TV significa un trabajo sistemático con las audiencias, desde las audiencias y para las audiencias. Tomar en serio a la TV significa también que entre distintos sectores: partidos políticos de oposición, organizaciones populares, movimientos sociales, escuelas, comunidades, grupos de profesionistas, comunicadores y periodistas, etcétera, se convierta la TV en un tema permanente de análisis y propuestas. Tomar en serio a la TV significa, finalmente, cambiar algunas lealtades: del medio a la audiencia, del mensaje a los procesos de televidencia, de la TV a la cultura, de la información a la interacción social"* (Orozco, 1996: 31).

Inspirado en el posicionamiento de Orozco, puedo decir también que la única opción previsible, aunque nada fácil, sea tomar en serio las prácticas de comunicación para la salud vehiculadas por la TV. Hacerlo implicaría tomar en consideración las condiciones concretas de la producción de la salud/enfermedad y de la recepción de tales prácticas. Esto

porque como dicen Abercrombie y Longhurst (1998: 3): "(...) *las audiencias están cambiando justamente con la amplitud de los cambios sociales y culturales de la sociedad*".

Es en este sentido, que se puede afirmar que el modelo tradicional de comunicación que orienta la producción de determinadas campañas educativas para el cuidado de la salud, está de acuerdo con el modelo oficial de cuidado a la salud vigente. Así, ese modelo comunicativo y ese modelo asistencial son los dos lados de la misma moneda. Tal posicionamiento, lleva a la problemática comunicacional descrita por Pasquali (1991) y presentada por Bisbal (1996: 114):

*"He llegado a la conclusión que debiéramos emprender menos ejercicios académicos y dirigir mucho más nuestra mirada hacia el usuario. A ese señor usuario, a quien finalmente conocemos muy poco, arrinconado en la pasividad y la resignación por obra de operaciones masivas y prolongadas de conocimiento, habremos de redescubrirlo o informarlo directamente, en lenguaje comprensible, de los principales resultados de nuestros estudios (...)".*

Es en este sentido que Pasquali comenta que se destaca la necesidad de intentar conocer ¿quién es el receptor de cualquier práctica de comunicación para el cuidado de la salud? ¿Qué necesidades educativas y educacionales tiene? ¿De qué manera podrían desenvolverse las prácticas comunicativas en el sentido de establecer una comunicación dialógica con tales receptores? ¿Qué es lo que el receptor está haciendo o puede hacer con la información que está siendo transmitida? ¿De qué manera las prácticas comunicativas para el cuidado de la salud podrían contribuir para prevenir muchos de los problemas de salud presentados por los receptores de tales prácticas? ¿De qué manera puede el receptor participar en la construcción y divulgación de prácticas comunicativas?

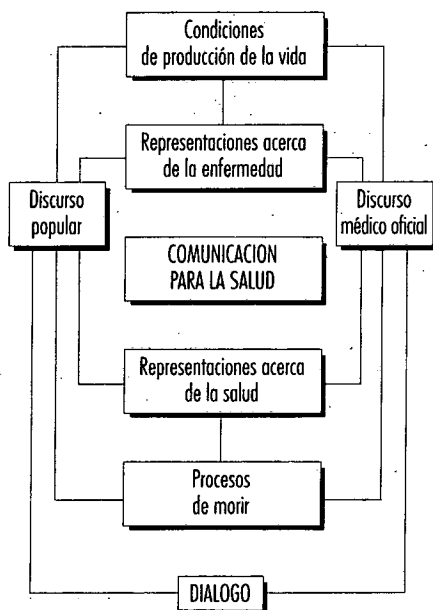
Bisbal (1996) coloca también el desafío de reconocer al receptor de las prácticas comunicativas como "productor de cultura" y, por lo tanto, de reconocerlo en lo que él mismo mira, lee y escucha, inclusive en las cosas que él mismo hace. Esto supone tomar en cuenta sus motivaciones y necesidades (objetivas y subjetivas) e implica reconocer los sentimientos, emociones, deseos, etc., del receptor de tales prácticas.

*"No estar consciente de los sentimientos de alguien, no comprenderlos o*

no saber cómo usarlos es peor que ser ciego, sordo o parálítico. No sentir es no vivir. Más que otra cosa, los sentimientos nos tornan humanos. Los sentimientos nos tornan todos familiares unos de los otros. Los sentimientos son nuestra reacción a lo que percibimos y, al mismo tiempo, ellos colorean y definen nuestra percepción del mundo que vivimos" (Viscott, 1982: 11).

Bisbal también nos habla de las ideas de placer y deseo que en las nuevas formas de recepción están presentes en los procesos comunicacionales. Procesos éstos que son legitimados tanto a nivel de prácticas comunicativas vehiculadas por los medios de comunicación, como en el propio escenario donde se concretizan las prácticas comunicativas de educación para la salud: las instituciones de salud.

#### 4. A MANERA DE UN PUNTO Y COMA



Reflexionar sobre las prácticas comunicativas para el cuidado de la salud individual o colectiva es, por un lado, un complejo desafío académico, dado las diversas conceptualizaciones, puntos de vista, formulaciones teórico-metodológicas que el fenómeno comunicacional está mereciendo.

Por otro lado, es también una tarea bastante gratificante, ya que lo que estamos haciendo nada más es reconocer nuestra función social en cuanto profesionales, nuestra condición de ser humanos a la vez producto, y productores-receptores de prácticas comunicativas y en ese sentido, establecer agendas que posi-

biliten contribuir para la construcción de un mundo para la vida.

Es en ese escenario de lo social y de lo humano y de la necesidad de una agenda inmediata, que se inspiran las inquietudes sobre las prácticas comunicativas (todo acto, situación, proceso verbal o no verbal hecho/construido de "la gente para la gente") para el cuidado de la salud presentadas en este artículo. Destacando la necesidad de que tales prácticas sean construidas para contribuir con el bienestar de las personas. Es necesario, pues, hacer un esfuerzo personal y colectivo para, "hacer sentido" (Orozco, 1997), de tales prácticas. Para que las prácticas comunicativas del cuidado de la salud "hagan sentido", es necesario que en la producción de las mismas se tome en consideración, principalmente, la vivencia cotidiana de la vida de las personas, puesto que la vida humana es comunicación y la comunicación es vida. En esa perspectiva, la comunicación para el cuidado de la salud constituye parte esencial de la praxis humana, de la vida social, de la cultura, de la lucha política para la mantención de una vida saludable. Así, estas prácticas deben estar direccionadas para atender las necesidades comunicativas y educacionales de las personas, tomando en cuenta, también, como nos dice Fuentes (1997: 8), las "(...) relaciones multidimensionales entre comunicación y sociedad".

Repensar las prácticas comunicativas para el cuidado de la salud, es una agenda prioritaria en los días actuales, buscando así, disminuir el poder y saber dominante, la exclusión socio-cultural y buscar estrategias y acciones que descentralicen y socialicen la comunicación y educación para el cuidado de la salud en pro del progreso humano-social, junto con la legitimación de los valores de igualdad, libertad, solidaridad, etc., o sea, en pro de la promoción de la salud. Promover la salud, dice Paulina Gómez de la Organización Panamericana de la Salud, es "proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. (...) La salud tiene como prerequisites la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad, sin los cuales no es posible esperar mejoras en la salud".

Para colocar un punto y coma hago un llamado a los dirigentes y trabajadores de la educación y comunicación para la salud acerca de la necesidad de reconocer el carácter histórico, contradictorio y

mediado de la recepción de las prácticas de comunicación y educación para la salud. Destaco aquí la necesidad de colocar "la cabeza en el suelo" con el objetivo de reflexionar sobre nuestras prácticas y tratar de establecer un diálogo con los más diversos saberes existentes en el mundo de la vida cotidiana. Reconocer que el receptor de las prácticas de comunicación y educación para la salud, tiene capacidad de ser un receptor activo y un agente de socialización del conocimiento debería llevarnos, antes que nada, a conocer sus necesidades/capacidades educativas y comunicacionales. Esto implica, reconocer la necesidad de una negociación cultural en el sentido de cultivar/construir conocimientos en beneficio de la calidad de vida individual y colectiva de todos ■

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERCROMBIE, Nicholas & LONGHURST, Brian (1998). *Audiences*. SAGE Publications. London.
- BISBAL, Marcelino (1996). Violencia y televisión o el discurso de la conmoción social. En: OROZCO GÓMEZ, Guillermo (Coord.). *Miradas latinoamericanas a la televisión*. Universidad Iberoamericana. Ensayos del PROICOM. México.
- BORDENAVE, Juan (1992). La campaña como intervención social. *CHASQUI*, Revista latinoamericana de comunicación. N° 41. P. 66-69. Abril.
- FUENTES, Raúl (1997). Presentación. *Comunicación y sociedad*. Universidad de Guadalajara. N° 30. P. 13-26. May.-Ago. México.
- MARTÍN BARBERO, Jesús (1995). América Latina e os anos recentes: o estudo da recepção em comunicação social. En: SOUSA, Mauro Milton (Org.). *Sujeito, o lado oculto do receptor*. Brasiliense. Sao Paulo.
- OROZCO GÓMEZ, Guillermo (1997). *La investigación de la comunicación dentro y fuera de América Latina. Tendencias, perspectivas y desafío del estudio de los medios*. Ediciones de Periodismo y Comunicación, N° 4. Facultad de Periodismo y Comunicación. Universidad Nacional del Plata. La Plata, Argentina.
- \_\_\_\_ (1996). La TV a fin de milenio: un medio poderoso, cuyo límite es la audiencia. En: OROZCO GÓMEZ, Guillermo (Coord.). *Miradas latinoamericanas a la televisión*. Universidad Iberoamericana. Ensayos del PROICOM/2. México.
- PONCE V., Daniel (1997). Prólogo a la edición mexicana. En: OROZCO GÓMEZ, Guillermo. *La investigación de la comunicación dentro y fuera de América Latina. Tendencias, perspectivas y desafío del estudio de los medios*. Ediciones de Periodismo y Comunicación, N° 4. Facultad de Periodismo y Comunicación. Universidad Nacional del Plata. La Plata, Argentina.
- SANTOS, Reginaldo Mendes dos y HENRÍQUEZ SANDOVAL, José Maximiliano (1997). *O discurso educativo acerca do prevensao da dengue: uma estratégia de socialização da informação*. Trabajo presentado en el GT Publicidad y Propaganda del XX Congreso INTERCOM. Santos/Sao Paulo.
- VISCOTT, David (1982). *A linguagem dos sentimentos*. Summus Editorial. Sao Paulo.