

LA COMUNICACIÓN PARA LA SALUD Y EL DESAFÍO DEL ENFOQUE ECOSISTÉMICO

HEALTH COMMUNICATION AND THE CHALLENGE OF ECOSYSTEMIC APPROACH.

*Acianela Montes de Oca*¹; *Marlene Rizk*²

ABSTRACT

The health communication, a specific disciplinary practice that for decades has been used for the process of changing attitudes and behaviors in health intervention plans, faces the challenge of complexity. Different experiences and researches points to the need to change the perspective from which has been conceived and to modify their practice. EcoHealth approach provides some clues to be considered for a health communicator with inclusive, equitable, transdisciplinary and participatory attitude, responsible for creating a dialogic atmosphere in which they can contribute to build a healthy society.

KEY WORDS: Health Communication, Ecosystemic Approach, Ecohealth.

RESUMEN

La comunicación para la salud, una práctica disciplinar específica que desde hace décadas se utiliza para los procesos de cambio de actitudes y de conductas en los planes de intervención sanitaria, se enfrenta al reto de la complejidad. Diferentes experiencias e investigaciones apuntan a la necesidad de cambiar la perspectiva desde la que se ha concebido, así como de modificar su práctica profesional. El enfoque de la EcoSalud, con su mirada integradora proporciona algunas pistas que deben considerarse para lograr un comunicador para la salud con mirada integradora, equitativa, transdisciplinaria y participativa, competente para crear una atmósfera dialógica en la que se pueda construir una sociedad saludable.

PALABRAS CLAVE: Comunicación para la Salud, Enfoque Ecosistémico, Ecosalud.

INTRODUCCIÓN

Pocas disciplinas están tan estrechamente entrelazadas como la comunicación y la salud aunque es solamente en los últimos dos siglos cuando se ha puesto de relieve esa relación y más aún en las últimas décadas, con el desarrollo de la comunicación social como disciplina, y con su práctica especializada, la comunicación para la salud.

No obstante, tanto la comunicación como la salud se encuentran con los retos que implica la complejización de la sociedad y de los problemas de los grandes colectivos humanos. En las siguientes páginas pasaremos revista a estos desafíos y cómo podrían abordarse a partir del enfoque de la Ecosalud.

1. El enfoque de Ecosalud y la comunicación

La idea de salud, como todas las dinámicas y procesos culturales, ha ido transformándose en el decurso de los años. Una de las nociones que perduró durante mayor tiempo fue la concepción mecanicista, nacida en las sociedades europeas. Éstas, atravesadas por una idea de Modernidad basada en la razón y el conocimiento científico como vías para alcanzar la libertad y la expansión de los mercados, desarrollaron una visión de la persona humana y de su salud, que pasó por diferenciar mente y cuerpo, y mantuvo durante siglos la aspiración de estudiarlos aisladamente.

El positivismo y su visión de las ciencias naturales profundizó en esa concepción para hacerla más operacionalizable. Se le definió entonces como "ausencia de enfermedad", con lo que se dejaban fuera las subjetividades que acompañaban la dualidad mente-cuerpo y se la reducía al ámbito del cuerpo individual, al espacio anatómico, clínico.¹

Sin embargo, los retos del siglo XX obligaron a replantearse de nuevo el concepto de salud y a admitir

Recibido: Noviembre, 2014 Aprobado: Diciembre, 2014

¹Escuela de Comunicación Social. Universidad Católica Andrés Bello. ²Periodista, editora y colaboradora de publicaciones impresas en salud.

Correspondencia: amontes@ucab.edu.ve

que más que un estado biológico es una condición biopsico-social. En el marco de las discusiones Este-Oeste, en plena búsqueda de modelos más justos de desarrollo, en 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), reunida en Alma Ata declaró que la salud es *"un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho fundamental y el logro del grado más alto de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo"*.²

A esta idea, (que integra lo psicológico, lo ecológico-colectivo, y lo fisiológico) le sumaba una importante formulación de principios: *"El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foro que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países subdesarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido, y contribuye a mejorar la calidad de vida y a alcanzar la paz mundial"*.²

Dentro de este aumento de complejidad en la mirada sobre salud, el planteamiento de Ecosalud sumó una perspectiva integradora al considerar fundamentales las relaciones entre el ecosistema y los sistemas humanos. Como se recordará, en el enfoque ecosistémico se da importancia equivalente al manejo ambiental, a los factores económicos y a las aspiraciones de la comunidad, puesto que se basa en el concepto de que la salud de los ecosistemas es determinante en la salud humana. La fragmentación o segmentación de enfoques o perspectivas se ha demostrado insuficiente, por tanto, la actividad humana y el ambiente deben manejarse conjuntamente, pero también deben combinarse las más distintas disciplinas para estudiar conjuntamente la relación personas-medio ambiente.

Como consecuencia lógica de este postulado, el enfoque metodológico se basa en tres principios fundamentales: transdisciplinariedad, participación social y equidad social y de género, (entendiendo esta última como la integración y comprensión de los respectivos papeles de hombres y mujeres, así como de los diferentes grupos sociales). Simultáneamente, Ecosalud postula que los actores cruciales en estos procesos son los miembros de las comunidades, incluyendo a ciudadanos comunes, campesinos, pescadores, personas del área urbana y rural; investigadores y otros especialistas, y por supuesto, quienes toman las decisiones.³

Como vemos, la participación social es una de las bases de este enfoque y se le considera esencial por su capacidad para lograr consenso y cooperación entre los actores clave. Es también un aspecto desafiante porque implica poner en condiciones dialógicas intereses que podrían ser divergentes o hasta contrapuestos.

Una de las disciplinas fundamentales para lograr la puesta en relación entre los distintos actores y su participación en los procesos de construcción de salud, es la comunicación. Desde mediados del siglo XX naciones y organismos internacionales, lo habían comprobado así, y venían desarrollando iniciativas con diferentes niveles de éxito, al punto que fué necesario empezar a trabajar en esta área específica como ámbito de estudio.

En este sentido, Coe,⁴ Asesora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha caracterizado la comunicación para la salud como un proceso que permite construir comportamientos individuales y colectivos más sanos: *"es la modificación del comportamiento humano y de los factores ambientales relacionados con ese comportamiento, los cuales directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño, o como el proceso de presentación y evaluación de la información educacional persuasiva, incorporativa y atractiva, que conduce a conductas individuales y sociales saludables"*.

2. Perspectivas de la Comunicación para la Salud

Durante las primeras décadas, el enfoque de la Comunicación para la salud fue fundamentalmente difusionista y predominaba la noción clásica de "educación para la salud" (recordemos que la comunicación se concebía como el mecanismo a través del cual un emisor competente transmitía ideas, modelos y conocimientos útiles para facilitar el paso de una condición de atraso a otra de modernidad). Se aspiraba entonces a encontrar las fórmulas para llevar un mensaje que diera lugar a conductas capaces de eludir la enfermedad, de prevenirla, o posteriormente de promover la salud.

Sin embargo, la evolución a través de experiencias hizo ostensible que los modelos orientados a una simple transmisión de información no funcionaban cabalmente. Se asumía que la gente iba a seguir instrucciones, y cuando no lo hacían se pensaba que era culpa de la persona que *"recibía las instrucciones"* y no de quienes *"las daban"* o del método para impartirlas.⁵ Era clara la necesidad de cambiar de modelo.

Apoyados fundamentalmente en teorías de cambio del comportamiento, los investigadores en la comunicación para la salud buscaron diferentes formas de generar mensajes eficaces para modificar comportamientos identificados como factores de riesgo para desarrollar enfermedades y problemas de salud.

Dentro de las teorías más usadas, según reportan trabajos presentados por investigadores de USAID (Agencia Norteamericana para el Desarrollo Internacional), están el modelo de la creencia en salud, la teoría de la acción razonada y la teoría de aprendizaje cognitivo social, por su utilidad para la prevención del cáncer, en campañas de promoción de terapias, cesación del hábito de fumar, y en estrategias de prevención del SIDA.⁵

El modelo de la creencia en salud propone identificar las creencias o factores psicológicos determinantes en el público cuyo comportamiento se quiere cambiar. La teoría de la acción razonada, se enfoca en la relación existente entre creencias, actitudes, intenciones y comportamiento, y señala que para cambiar cualquier conducta es imprescindible cambiar el proceso cognitivo en que ésta se basa. La teoría del aprendizaje cognitivo social, postula que para cambiar su comportamiento las personas requieren no sólo motivos, sino también apoyo psicológico, social y de conducta.⁵

Estas y otras teorías del comportamiento humano y social facilitaron el desarrollo de diferentes estrategias y modelos de comunicación para la salud dentro de los cuales, la OPS ha indicado como útiles en sus publicaciones tanto el mercadeo social como el activismo informativo.⁶ En ambas fórmulas, los medios de comunicación masivos tienen un lugar preponderante.

El mercadeo social aplica elementos de publicidad y mercadeo a la difusión de criterios o prácticas de salud, para lo cual combina los principios de la comercialización con teorías sociopsicológicas. *"Este método consiste en tomar las variables de planificación del mercadeo -producto, precio, promoción, lugar- y reinterpretarlas en función de determinadas cuestiones sanitarias".*⁶

También incluye la movilización de organizaciones locales y de redes interpersonales, a las que considera como fuerzas capaces de impulsar cambios en actitudes y comportamientos. Como está más orientada a las audiencias, permite identificar sus necesidades y trata de responder a ellas, en lugar de elaborar mensajes y estrategias mediante criterios preconcebidos.

En múltiples oportunidades los programas de mercadeo social han funcionado como complementos de los dispensarios y los servicios comunitarios de salud como, por ejemplo, telenovelas que plantean temas sobre planificación familiar, salud y alfabetización.⁷ Sin embargo, cada vez queda más claro que por sí solos, estos programas no constituyen una solución a los problemas sanitarios ni de comunicación.

Con respecto al activismo informativo, pretende influir en la forma en que se presentan las informaciones sobre temas de salud y se le propone como un uso estratégico de los medios de comunicación para proponer iniciativas sociales o de políticas públicas. En general no pretende modificar directamente los comportamientos de riesgo de los individuos, sino más bien mostrar el contexto de los problemas y enfocarlos desde una perspectiva de salud pública.

Como señala Wallack⁶, implica un cambio en la medida en que muestra la importancia del entorno, del contexto social, y deja de enfocar la salud como un asunto meramente individual. Trata de potenciar el papel de las personas proporcionándoles los datos intercambiando conocimientos técnicos para que puedan participar más activamente en modificar los factores sociales y políticos que condicionan la situación sanitaria. Desde esta perspectiva se enfatiza en la salud de la comunidad más que en la del individuo. La participación en el proceso de gestación de las políticas se convierte en un instrumento de promoción de la salud.⁶

3. Evaluación: gran ausente

Todos estos esfuerzos, teóricamente deberían ir acompañados de empeños de evaluación, que permitieran detectar la efectividad de los mensajes, de manera de saber si son aceptados, comprendidos y asumidos por los grupos a los que van dirigidos. Además, permiten orientar los procesos de comunicación de manera más directa y descartar los mecanismos que no funcionan adecuadamente, lo cual implica ahorro tanto de esfuerzos como de recursos (con mayor efectividad general).

La evaluación, también permitiría demostrar la necesidad de más recursos en una intervención, de promover acuerdos de cooperación con otras organizaciones e instituciones involucradas, y sobre todo, de repetir errores en futuros esfuerzos. En general se recomiendan tres tipos de evaluaciones: formativa (que se hace al principio de una intervención para establecer fortalezas, debilidades y criterios de los materiales o estrategias antes de ponerlos en práctica);

de proceso (que examina los procedimientos y tareas que se realizan durante la intervención) y de resultado (que compila y analiza el logro de los objetivos a través de hechos concretos).

Hay otro tipo de evaluación, quizás la más interesante pero también la más compleja de lograr, la de impacto. Ésta revisa los resultados en el largo plazo y los cambios o mejoras del estado de salud de las personas como producto del programa. Dada la cantidad de variables que intervienen en procesos de este tipo y la dificultad de aislar cuáles efectos provienen de la intervención en comunicación y cuáles no, y el muy alto costo económico, pocas veces puede ensayarse una evaluación de este tipo.⁸

Más de 40 países recibieron asistencia técnica en programas de comunicación para la salud entre 1978 y 1995 usando los recursos del mercadeo social. En Honduras, Ecuador, Perú, Guatemala, Indonesia, Papua Nueva Guinea, Filipinas, Jordania, Yemen del Norte, Lesotho, Malawi, Nigeria, Zaire, Gambia y Swazilandia se concentraron en promover la terapia de rehidratación oral (que evita la mortalidad por deshidratación producto de las diarreas infantiles), programa de inmunizaciones, tratamiento de infecciones respiratorias agudas, lactancia materna, planificación familiar y prevención de la malaria. Posteriormente, se proporcionó ayuda de largo plazo a Burkina Faso, Egipto, Malí, Senegal, Honduras, Perú, Yemen, Filipinas e Indonesia para intervenciones relacionadas con prevención del cólera y de la ceguera del río, así como campañas para evitar la mortalidad infantil. Todos estos enormes esfuerzos, intensivos en capital y en movilización de recursos humanos, sin embargo, se revelaron como insuficientes a la vuelta de pocos años.⁵

Entretanto, en Latinoamérica se perfilaban opciones en comunicación que conferían mayor importancia a la respuesta de las audiencias y a formas novedosas de presentar los mensajes sanitarios a partir de elementos vinculados con las expresiones culturales de las poblaciones. Una de las manifestaciones más notables -según recoge la OPS- es el edu-entretenimiento, del que ha habido importantes experiencias en nuestro continente, especialmente, Perú y México.

El edu-entretenimiento, que ha tenido como vehículo esencial la televisión, preconiza que la información educativa debe ser atractiva y divertida. Los programas producidos desde este modelo han promovido la alfabetización de adultos, la planificación de la familia, el uso de anticonceptivos y condones, la crianza

responsable de los niños, el control del abuso de drogas y la reducción de la violencia, entre otros.⁴

En su mayoría, estos esfuerzos de organismos internacionales (como OMS-OPS) o de los Ministerios de Salud de los distintos países, se limitaban a copiar experiencias exitosas en otros lugares y transplantarlas sin mayores modificaciones a entornos que podían ser radicalmente distintos. En el mediano y largo plazo, los resultados han demostrado el reducido alcance de estas iniciativas y de estos modelos de trabajo en comunicación para la salud basados en información para cambiar conductas.

Ejemplos interesantes lo constituyen inversiones que se han hecho -y se sigue invirtiendo- en campañas de comunicación orientadas a la prevención, sin que haya resultados positivos aparentes: la epidemia del SIDA, que comenzó a principios de la década de los 80 y que en el año 2015 prosigue con preocupante vigor; la adicción al tabaco y otras drogas, así como enfermedades transmitidas por vectores, como el dengue.

4. Aprender de los errores

¿Qué ha ocurrido? ¿Por qué la comunicación para la salud se ha convertido en esta suerte de manto de Penélope en que se avanza tanto como se retrocede? ¿Cuáles han sido los principales errores cometidos?

Investigadores como Rosa María Alfaro, directiva de la Asociación de Comunicadores Sociales Calandria; Estela Roeder, docente de la Universidad de Lima; Washington Uranga, director de la maestría en Planificación y Gestión de la Comunicación en la Universidad Nacional de La Plata; Hernán Díaz, docente de esa misma universidad argentina, y Gastón Femia, profesor de Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Buenos Aires, por sólo citar los latinoamericanos, han reflexionado sobre estos temas y proponen algunas respuestas, vinculadas por una parte con el uso instrumental o básicamente técnico de la comunicación como apoyo de procesos sanitarios, y por la otra con la carencia de políticas sanitarias integrales por parte de los Estados.

En la medida en que la comunicación se identifica primordialmente con un medio para transmitir mensajes, se limitan sus numerosas dimensiones y potencialidades, y se le transforma en un quehacer técnico, en una simple secuencia de pasos a cumplir para lograr un objetivo, o en una receta de trabajo práctico. No se le mira como una disciplina con implicaciones estratégicas sino con un simple "saber hacer" para que

ciertos materiales y productos tengan mejor apariencia o mayor difusión.

Se tiende además a homogeneizar los productos y a utilizar el recurso de la "campaña" (generalmente con una visión publicitaria estereotipada) como comodín para las iniciativas de comunicación para la salud.

Este uso de la comunicación como mero soporte técnico, además de implicar un subaprovechamiento de una disciplina poderosa, trae otras consecuencias. En la medida en que se le considera estrictamente un recurso de información, la mayor atención se brinda a los mensajes y a la adecuación de éstos a un contenido científico que en muchos sentidos reproduce la relación médico paciente y privilegia la curación de enfermedad por encima de la promoción de la salud.

En efecto, estas campañas suelen calcar la relación médico paciente, que en nuestros países funciona como un proceso de transmisión de información -muchas veces en clave científica- desde una fuente autorizada, el médico, hasta una audiencia ignorante, que debe aprender y seguir instrucciones, más allá de su contexto cultural, comunitario o social.

Los materiales de apoyo de esas campañas tienen una función informativa o a lo más persuasiva, pero pocas veces consideran ni las expectativas ni elementos sociales o culturales de las audiencias a las que van destinados. En muchos casos son mensajes descontextualizados, sin relación con la realidad concreta de los destinatarios. Además suelen enfocarse en riesgo, enfermedad y muerte, no en comprender los procesos de la salud. Se sitúan en la cultura de la enfermedad y no en la cultura de la salud y de la vida.⁹

En efecto, la práctica de campañas tanto persuasivas como informativas se ha concentrado en hablar sobre enfermedades, daños. El acento se ha puesto en el error, en el problema, y no en la promoción como solución compartida. A lo sumo, se pro los servicios de los Estados para atender a los ciudadanos, pero difícilmente se producen mensajes que promuevan estilos de vida saludables, tanto en lo individual como en lo colectivo.

La confianza en que las teorías de cambio de comportamiento pudieran resultar suficientes para cambiar actitudes y conductas de las audiencias más díscolas se ha tambaleado en la medida en que se ha evidenciado que el impacto de las costosas campañas se desvanece en pocos meses, y las colectividades o grupos a las que eran dirigidas permanecen apáticos o

indiferentes ante las propuestas de modificación de actividades.

Una parte del problema puede relacionarse con la falta de evaluación de los procesos e intervenciones en comunicación para la salud. Son pocos los programas de este tipo que colocan como componente fundamental la evaluación (en cualquiera de sus tipos: formativa, de procesos, de resultados o de impacto). Y si evalúan, lo hacen apenas usando uno o dos factores, por lo cual no se puede conocer con claridad si el esfuerzo ha rendido los frutos esperados.

También se ha puesto en duda la eficiencia de los mensajes con el visto bueno de la comunidad científica. Si bien en muchos casos se corresponden con lo que la medicina y la ciencia consideran adecuado, no necesariamente resultan útiles para las comunidades: al hablarles en términos que les resultan ajenos, sobre síntomas que no están vinculados con sus prácticas o actividades, se les asusta con horrores por venir y no con bondades por lograr, a través de textos complicados y nada atractivos. De esta manera resulta poco probable lograr transformaciones medianamente duraderas.⁹

El uso permanente de mensajes ajenos a las prácticas sociales de los colectivos, así como de un esquema vertical de transmisión de conocimientos, en el que lo fundamental es la producción de mensajes y materiales, y en la que además operan relaciones desiguales de poder, en que los interlocutores y destinatarios de esos procesos de comunicación en salud siempre están en un lugar de receptor pasivo, de "paciente", implica relaciones excluyentes por definición.⁹

En efecto, la verticalidad/ unidireccionalidad opera en contra del diálogo y la reciprocidad y por tanto, desarma cualquier posibilidad real de participación. Ésta se convierte en un ejercicio retórico -algunas personas que comentan sus experiencias pero que realmente no son tomadas en consideración a la hora de planificar o ejecutar las estrategias de comunicación- y no en un recurso fundamental para generar compromiso y hacer viables las transformaciones. Y tal práctica- que Rosa Alfaro¹⁰ ha calificado de deshumanización ética de la comunicación en salud- encuentra en los gobiernos sus principales ejecutores: *"El propio sistema de salud conducido por el Estado está atrapado en pensamientos y conductas de carácter normativo desde donde emana lo que hay que hacer, sin ida y vuelta, de arriba hacia abajo, llegando el proceso comunicativo a la población totalmente desgastado"*.

Esta autora también ha señalado otros problemas que parten de la ausencia de políticas comunicacionales- sanitarias integrales por parte de los Estados: una visión parcial o utilitaria de lo comunicacional (se la usa para producción de materiales promocionales o propagandísticos, para proyectos específicos, contingenciales y de escasa trascendencia, sin enlace con políticas y estrategias generales de promoción de la salud), establecimiento de políticas de salud sin enlace con políticas de comunicación, un sistema de salud desgastado y deshumanizado, con importantes fallas de comunicación que provocan no sólo carencias de participación democrática sino también desarticulación y redundancia de iniciativas, así como frustración de los distintos actores involucrados.¹⁰

Se trata, pues, de un sistema que convierte los centros de salud en centros de búsqueda de curación, centros de asistencia para recuperarse de la enfermedad. Esto evidencia una mirada asistencialista, poco o nada preventiva y mucho menos en capacidad de promover salud.¹¹

Un aspecto -también relacionable con la falta de políticas del Estado - es la carencia de opciones de formación en cuanto a comunicación para la salud. No se le contempla como línea clave de capacitación, ni tampoco se proporcionan herramientas ni a los comunicadores ni al personal de salud, ni a los promotores, con los problemas que ello implica: se contrata a comunicadores para tareas específicas sin integrarlos a las políticas de conjunto. Y sin manejo de la comunicación con perspectiva estratégica, no es posible la promoción, ni siquiera la prevención.¹⁰

Otro ámbito conflictivo es que muchas comunidades y especialistas perciben los programas de comunicación para la salud como ajenos, ya que se los ve como engendrados desde fuera y sin capacidad para responder a necesidades domésticas. El desafío es aprender a vincular los intereses de actores locales, regionales y hasta internacionales en proyectos que respondan a necesidades comunes.

5. Caminos por transitar

Experiencias e investigaciones apuntan a la necesidad de cambiar la perspectiva desde la que se concibe la comunicación para la salud, así como modificar la práctica de esta disciplina. El enfoque de EcoSalud, con su mirada integradora proporciona algunas pistas que deben considerarse.

Una primera vía es asumir que los procesos de comunicación para la salud están insertos dentro de

prácticas culturales híbridas, en las que operan múltiples mediaciones a través de las cuales las comunidades y las personas (una multiplicidad de actores por conocer y comprender) construyen sentidos y significaciones. Darle espacio a esa construcción común es fundamental para comunicar y para compartir salud. También lo es crear una perspectiva compleja en la cual la comunicación se relacione con diferentes disciplinas, pero también con los llamados "saberes vulgares" o de sentido común, imprescindibles para entender a las audiencias, especialmente a las comunidades, su lógica de acción, sus necesidades y el sentido que quisieran imprimirle a los cambios.⁹

Otro camino será trabajar la comunicación para la salud como proceso de aprendizaje social (en el que todos los involucrados aprenden en una relación dialógica), en el que tanto los formatos como los contenidos de la comunicación sean novedosos, diversos, múltiples y vinculantes con las prácticas y actividades concretas de los colectivos, lo que probablemente permitirá una mayor implicación y compromiso de los involucrados.

Al mismo tiempo el trabajo deberá enmarcarse en una verdadera promoción de la salud, que impulse la adopción de hábitos saludables, dentro de una cultura de la vida, capaz de enfocarse en los procesos de producción de salud y no sólo en sus resultados o consecuencias. Se trata de proponer una cultura de la calidad de vida, del bienestar, que sustituya a la cultura del miedo y de la enfermedad sobre la cual se han basado tradicionalmente los mensajes de comunicación para la salud.

Todas las acciones de comunicación para la salud deben estar orientadas de manera preferente a la promoción de la salud que, como indica Rosa María Alfaro,¹⁰ debe ser concebida de una manera integral: *"como el proceso social, educativo y político que incrementa la conciencia pública sobre salud, que promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, que brinda oportunidades y ofrece a la gente la posibilidad de ejercer sus derechos y responsabilidades, para formar ambientes sistemas y políticas favorables a la salud y al bienestar"*.

Esta autora va aún más allá, al insistir que la salud debe ser asumida como el derecho fundamental que en efecto es, y por tanto debería ser objeto de debates públicos *"haciendo de esta tarea una nueva gesta democrática, donde los propios sujetos definan lo que son y lo que quieren ser con el apoyo de autoridades y el personal de salud"*.¹⁰

La relación armónica con los ecosistemas deberá ser el gran marco desde el que se conciba la salud humana, pero siempre recordando que el enfoque de ecosalud asume la gestión de los ecosistemas como una búsqueda de equilibrio entre el ambiente y el bienestar del ser humano (el objetivo no es preservar el entorno natural para que vuelva a ser como era antes que aparecieran los asentamientos humanos y sus actividades productivas). La equidad en el acceso a información y a la producción de contenidos entre los distintos actores, pero también entre hombres y mujeres, entre grupos rurales y urbanos, entre distintos estratos sociales, deberá constituirse en el norte de la actividad comunicativa.³

Ahora bien, para transitar estos senderos hace falta un comunicador para la salud con habilidades y competencias mayores de las tradicionales, porque su campo de acción será más complejo y extenso. Se trata

de un profesional que estará obligado a superar los enfoques convencionales, instrumentales, de la comunicación para la salud (difusión, producción de materiales, imagen institucional), para manejar participación, entendimiento, así como negociación de conocimientos y de prácticas.¹²

Tendrá que ser, en síntesis, un comunicador capaz de relacionarse con diferentes actores, disciplinas, modelos, estrategias y criterios, así como a ponerlos al servicio de la población para que ésta, libremente, decida sus prioridades en materia de salud y de cambios. Formar este comunicador para la salud con mirada integradora, equitativa, transdisciplinaria y participativa, competente para crear la atmósfera dialógica en la que se produzcan estos encuentros, es decir un comunicador para la salud con perspectiva ecosistémica, es uno de los desafíos urgentes para la sociedad venezolana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Canelones, P. Algunas expresiones de la salud. Hacia la construcción de un concepto sustantivo de salud. UCV: Cuadernos de Postgrado. 2001 (16): 11-34.
- 2) Organización Mundial de la Salud Informe sobre la salud en el mundo 2004: cambiamos el rumbo de la historia. 2004 [Documento en línea] Disponible en: <http://www.who.int> [Consultado el 10 de Noviembre de 2005]
- 3) Lebel, J. Salud. Un enfoque ecosistémico. 2005 [Documento en línea] Disponible en <http://web.idrc.ca/openbooks/174-4/> [Consultado el 2 de Mayo de 2014]
- 4) Coe, G. Comunicación Social y Salud de los Trabajadores. 1998 [place unknown: publisher unknown]
- 5) Academia para el Desarrollo Educativo Herramientas para desarrollar destrezas en comunicación para la salud. Washington: Healthcom-USAID.1995.
- 6) Wallack, L. Dos métodos para promover la salud en los medios de comunicación social. California: Foro Mundial de la Salud. 1990. (11): 139-163.
- 7) Fox E, Coe G. Teorías del comportamiento y comunicación social. ¿Hacia dónde nos llevan?. 2001 [Documento en línea] Disponible en: <http://www.comminit.com/la/teoriasdecambio/lacth/lasld-240.html>. [Consultado el 19 de abril de 2005].
- 8) Tinker T. S Fundamentos de Evaluación para los Programas de Comunicación de Riesgos a la Salud y sus Resultados. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. P 1997 [Documento en línea] Disponible en: www.comminit.com/la/materiales/lamaterials-2004/materiales-948.html. [Consultado el 11 de enero de 2006].
- 9) Uranga W, Femia G, Díaz H. Acerca de la práctica social de los comunicadores. Consideraciones teóricas, metodológicas y políticas. Una mirada sobre comunicación y salud" 2002 [Documento en línea] Disponible en www.cpcbol.org/Archivo%20-PDF/Washin%20uranga.pdf . [Consultado el 23 de octubre de 2005].
- 10) Alfaro, R. M. Desencuentros Comunicativos en Salud. 2004 [Documento en línea] Disponible en <http://www.comminit.com/la/pensamientoestrategico/pensamiento2004/pensamiento-18.html> [Consultado el 26 de septiembre de 2010]
- 11) Paredes, S. Reflexiones acerca de la comunicación y la promoción de la salud: redescubriendo o retornando a la realidad. 2004 [Documento en línea] Disponible en <http://www.comminit.com/la/pensamientoestrategico/pensamiento2004/pensamiento-21.html>. [Consultado el 18 de octubre de 2005].
- 12) Roeder E. Desarrollo de capacidades en comunicación para la salud: ¿desde dónde ubicar los nuevos paradigmas? 2004 [Documento en línea] Disponible en <http://www.comminit.com/la/teoriasdecambio/teorias2004/teorias-13.html>. Recuperado el 17 de octubre de 2005.