

Perspectivas

Algunas reflexiones sobre la comunicación y salud en España tras cinco años del Observatorio de Comunicación y Salud.

Some reflections about health communication in Spain after five years of the Observatory of Communication and Health.

J L Terrón Blanco ^{1*}

¹ InCom-UAB y Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad I. Universidad Autónoma de Barcelona.

Fecha de recepción: 02/10/2010 – Fecha de aceptación: 11/11/2010

Resumen

El presente artículo pretende aportar una serie de reflexiones sobre la comunicación y salud en España. El escrito es meramente descriptivo y, en cierto grado, especulativo, y está redactado desde la experiencia que da el dirigir el Observatorio de Comunicación y Salud del InCom-UAB desde 2005, fecha de su fundación y primera entidad que de forma estable ha dedicado su actividad a la comunicación y salud en nuestro estado. El artículo tiene dos objetivos: por un lado, centrándonos en la investigación universitaria, reseñar de manera sintética qué hemos hecho y de dónde provenimos, y, por otro, subrayar nuestras fortalezas y nuestras debilidades. Pero su finalidad última, sin esconder cierto grado de provocación, es propiciar un necesario diálogo teórico en torno a nuestro ámbito de estudio: cuál es, cuál debería de ser y cuáles son, si se deben considerar, sus finalidades.

Palabras clave: *Comunicación en la salud; España; Perspectivas.*

Abstract

This article aims to provide a series of reflections about communication and health in Spain. The text, merely descriptive and to some extent speculative, has been created from the direct experience that gives the direction of Centre for Communication and Health Studies InCom-UAB since 2005, the date of its founding and first entity that has dedicated his stable communication activity and health in our state. The article has two objectives: first, focusing on university research, a brief summary outline of what we have done and where we come from, and, secondly, to highlight our strengths and our weaknesses. But his ultimate purpose, without hiding some degree of provocation, is a necessary to promote theoretical dialogue about our areas of study: what is, what should be and what they are, whether to consider its goals.

Key words: *Health Communication; Spain; Perspectives.*

* Correspondencia: joseluis.terron@uab.es

1. ¿De qué estamos hablando?

Consideramos que, en primer lugar, deberíamos dejar claro de qué estamos hablando o, al menos, desde qué perspectiva. Nosotros nos referimos a *comunicación y salud*; detengámonos unas líneas en este encuadre, que, a la vez, conlleva el diálogo entre distintos encuadres en uno contextualizador al que pueden modificar.

Si se nos permite, comenzaremos por fijar nuestra atención en el término salud. PINTOS (2001) distingue entre cinco contextos para el examen de la temática de la salud: el médico asistencial, el cultural, el económico, el filosófico antropológico y el utópico. Podríamos decir que mantenemos una postura ecléptica, y que nuestra mirada incluye a los cinco contextos; sin excluir a ninguno, nosotros reflexionamos preferentemente desde el cultural (simplificando, la cultura tiene capacidad para decidir ciertos estados de las personas como ‘saludables’ o ‘enfermos’) y el filosófico antropológico (la salud como estilo de vida autónomo y responsable). O si se prefiere, y siguiendo a Scambler (1991), si desde la sociología médica se pueden apreciar tres aproximaciones, el funcionalismo, la socioeconomía política y el construccionismo social, nosotros nos veríamos próximos a esta última aproximación, el construccionismo social. ¿Por qué deseamos introducir estos posicionamientos? Para, por un lado, huir de un lugar de común y, por otro lado, denunciar a ese lugar común: la salud como supuesto concepto consensuado, monosémico y aséptico. ¿Todos entendemos lo mismo por salud? Es evidente que no; nuestras reflexiones e investigaciones básicas y aplicadas se verán determinadas por este punto de partida, qué entendemos por salud, pero generalmente lo pasamos por alto. Creemos que, sustancialmente, por dos razones, y la primera está supeditada a la segunda: falta de reflexión teórica –por no hablar, en algunos casos, de ignorancia premeditada¹- y suposición de un consenso teórico que permite fijar nuestra actividad en la investigación sin tener que detenernos en la reflexión teórica –lo cual no es nada inocente, dado que nos permite dirigir nuestro hacer a actividades que consideramos más productivas-.

Como se explicitará en las conclusiones y se ejemplificará en el apartado tres, desde nuestro punto de vista, esa falta de reflexión teórica es uno de los mayores déficits en el ámbito de la comunicación y salud, lo cual se amplifica en el caso español.

Por nuestra parte, dado que nos estamos refiriendo a qué entendemos por salud, defendemos la aproximación a la salud que hace el Hasting Center (2004: 35): “*La salud se caracteriza por la ausencia de males de consideración y, por tanto, por la capacidad de una persona para perseguir*

¹ Pensamos, sobre todo, en la argumento salud como reclamo.

sus metas vitales y desenvolverse adecuadamente en contextos sociales y laborales habituales. Con esta definición queremos subrayar el énfasis tradicional en la integridad y el buen funcionamiento del cuerpo, la ausencia de disfunciones y la consiguiente capacidad de actuar en el mundo". En el mismo documento, *Los fines de la medicina*, se nos dice que la concepción de salud que defienden "está construida a la luz de los valores, las actitudes y las creencias culturales, más que determinada a partir de datos objetivos"². Esta aproximación no está lejos de la que la OMS (1998: 10) enuncia cuando habla de promoción de la salud, dado que la considera "no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva" y que, en cierta medida, matiza su definición de 1948: *estado de completo bienestar físico, psicológico y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia*.

Hemos de reconocer que todos, en un momento u otro, hemos hecho nuestra la definición de la OMS, quizás por alguna de las razones, sino por las dos, que apuntábamos líneas arriba. Ahora bien, esta definición, que podríamos calificar de utópica, supuso un avance en tanto en cuanto que la salud se contempla desde una perspectiva más amplia que la médico-asistencial y el biologismo, pero conlleva o propicia en la actualidad unos peligros –dado su todismo– que deberían alejarnos de la misma y desconfiar de su uso generalizado. ¿A qué peligros nos referimos? En síntesis, a cuatro: la medicalización, el fenómeno del *healthsim* (la obsesión por la salud)³, las confusiones entre bienestar y salud y entre enfermedad y culpa y la profusión de los discursos paracientíficos; todos ellos aunados por una mercantilización más o menos encubierta que opera con diferentes agentes (laboratorios, instituciones, agencias de viajes⁴, etc.) que basan su discurso en dos supuestos: el bien para el individuo y la responsabilidad social para la corporación. La salud pasa de ser un fin a ser un argumento para otros fines, en muchos casos encubiertos.

Por otro lado, y en un intento de avanzar en el escrito, también deberíamos preguntarnos de qué hablamos cuando enunciamos comunicación y salud, comunicación en salud, comunicación para

² Véase, al respecto, Bauer TA. *Estoy vivo..., luego estoy sano*", *Comunicar* 2006; 26: 43-50.

³ "El fenómeno del *healthsim* hace que el motivo de todos los problemas y sus soluciones se busquen únicamente en el individuo. Al embellecer la salud como un ideal, una amplia metáfora de lo bueno de la vida, el *healthsim* refuerza la tendencia de convertir la lucha por el bien máspreciado del hombre, su salud, en un asunto personal del individuo. En otras palabras, se hecha la culpa de los problemas y las enfermedades al individuo, mientras la políticas y la sociedad rehuyen la responsabilidad" (Blech, 2005: 214).

⁴ Terrón JL (2009).

la salud, comunicación de salud, comunicación sanitaria, información sanitaria, etc., y si estos enunciados son sinónimos.

La OMS (1998: 18-19) afirma que la *“comunicación para la salud es una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública (...). La comunicación para la salud está dirigida a mejorar el estado de salud de los individuos y las poblaciones”*. Este organismo entiende la comunicación para la salud *“como el estudio y la utilización de estrategias de comunicación interpersonal, organizacional y mediática destinadas a informar e influir en las decisiones individuales y colectivas propicias para la mejora de la salud”*.

Para las agencias de salud estadounidenses, el hacer de la comunicación para la salud está cambiando ostensiblemente. Por un lado, se está dando un gran aumento en la oferta de información sobre salud, que compite por captar la atención pública, retroalimentada con la demanda de unos destinatarios que piden cada vez más información, más diversa, más específica y de más calidad⁵. Por otro lado, hay una creciente sofisticación en las técnicas de comercialización y de ventas de los productos y servicios relacionados con la salud. Por nuestra parte añadiríamos que al ocupar cada vez un espacio más central de nuestras vidas, la salud (y por extensión nada inocente los estilos de vida saludables) está siendo uno de los grandes argumentos de la comunicación corporativa. Y junto al aumento de una oferta y una demanda que se retroalimentan, cabe consignar fenómenos, como, por ejemplo, el papel cada vez más relevante de las asociaciones de pacientes, la reivindicación de una medicina humanística, la comunicación para la salud como parte de la comunicación para el desarrollo, la longevidad en los países desarrollados y la irrupción de internet como medio informativo, comunicativo y relacional.

Pero con independencia de estos elementos contextualizadores capaces de crear sentidos nuevos, la comunicación para la salud guarda una finalidad, un propósito que podemos resumir en *mejorar el estado de salud de los individuos y las poblaciones*. ¿Tiene la misma finalidad la comunicación en salud o la comunicación de salud? Es más, ¿deberían tenerla? Nos preguntamos, pongamos por caso, si cuando hablamos de comunicación sanitaria no lo estamos haciendo desde una perspectiva, la institución sanitaria, que puede contemplar –dado que la definiciones de salud desde la biomedicina no coinciden en muchos casos con la definición de la OMS- iguales o distintas finalidades que la comunicación para la salud y, a partir de ahí, que en ciertas ocasiones incida más en la enfermedad (incluida su prevención) que en la salud y se trate, a la par, de un discurso más vertical y profesionalista.

⁵ Pero aumenta la falta de credibilidad de las instituciones públicas y del discurso científico.

El Comitè de Bioètica de Catalunya (2004: 50-51) enuncia las siguientes finalidades de la información sanitaria: “*Los diferentes agentes que intervienen en la elaboración y la difusión de la información sanitaria -investigadores, profesionales asistenciales, instituciones sanitarias y comunicadores- tienen un rol divulgador y docente que se concreta en los objetivos siguientes: fomentar la promoción de hábitos saludables y la prevención de enfermedades (...); difundir informaciones epidemiológicas sobre situaciones que supongan un riesgo para la salud de la comunidad (...); informar sobre las prestaciones de los servicios y de los recursos sanitarios (...); divulgar los derechos y deberes de los ciudadanos hacia la salud; difundir las estrategias políticas de la Administración sanitaria y los objetivos que pretende alcanzar (...); divulgar el conocimiento científico, los nuevos avances y las nuevas tecnologías en el ámbito de la salud*”. Debemos destacar dos cuestiones: la primera, en este caso se delimitan con claridad las finalidades a la vez que hace que esa delimitación distinga una enunciación (información sanitaria) de supuestas enunciaciones sinónimas; la segunda, de nuevo se nos habla del rol que han de cumplir los enunciadorees (*divulgador y docente*), más próximo a la educación para la salud que a la comunicación en salud; el rol, la finalidad última es quien define, en último extremo, de qué estamos hablando.

Desde nuestro punto de vista, en muchos casos se están utilizando indistintamente enunciaciones que pueden o deben tener sentidos diferentes. Sin duda, es necesaria una reflexión sobre estas cuestiones y que fruto de la misma nos expresemos de manera precisa, lo que implica elegir el lenguaje conscientemente. Sin embargo, y con pequeñas diferencias, todos hablamos de un campo -¿qué campo?- que cubre las mismas áreas de estudio: la educación, el periodismo sanitario, la comunicación interpersonal, la abogacía por la salud en los medios de comunicación, la comunicación dentro de las organizaciones, la comunicación sobre riesgos, la comunicación social y el marketing social. La telemedicina o la informática médica, dependiendo de su finalidad, pueden tratarse de herramientas médicas o administrativas más que comunicativas.

En el Observatorio de Comunicación y Salud siempre nos hemos decantado por el uso de comunicación y salud cuando no bamos al ámbito genérico. ¿Por qué razón? Nuestro propósito es investigar sobre la intersección entre comunicación y salud. Una intersección que ha de tener en cuenta la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad, pero sin ninguna finalidad previa. Cada investigación, independientemente, debe contar con sus objetivos y sus finalidades. Por ejemplo, analizar mensajes que retóricamente ensalzan la salud, aunque esta pueda no ser su finalidad última, o analizar conceptos que precisan de un mensaje. No consideramos que el campo de estudio conlleve una finalidad específica más allá de la del conocimiento. Como hemos escrito, son los casos de estudio y no el campo quienes debieran marcarnos las finalidades, que siempre deberían de ser específicas. Para el OCS *comunicación y salud*

desborda la definición de 'comunicación para la salud' y permite atender a realidades, quizás para mostrarlas en toda su magnitud, que nada tienen como finalidad *la mejora del estado de salud*.

1.2. El caso del periodismo especializado en salud

Se nos permitirá que en este apartado genérico *de qué estamos hablando*, nos detengamos unos párrafos para hablar del periodismo especializado en salud (o del periodismo de salud, o del periodismo médico, o del periodismo para la salud,...) y, de esta forma, intentar ejemplificar, aunque no pueda ser de manera muy extensa, lo que intentamos expresar.

En un principio, también en este caso pareciera que el uso indistinto de enunciaciones no perjudicaría una supuesta idea común de lo que pretendemos expresar. Trabajamos con sobreentendidos y estos facilitan nuestro trabajo, pues lo simplifican, aunque nadie nos asegura que en este caso simplicidad y simplismo no devengan en sinónimos.

Por un lado, y en primer lugar, debemos deparar en qué entendemos por periodista y, por extensión, en la supuesta crisis del periodismo. De manera breve, y ciertamente esquemática, diremos que entendemos por periodista al profesional especializado en relatar hechos noticiosos y que consideramos que su trabajo de mediación sistémica y sistemática hoy por hoy sigue siendo insustituible, aunque pueda ser complementada.

Para nosotros el periodismo especializado en salud es una *especialización* dentro del periodismo científico; en este punto coincidimos con Epstein. Hablamos de periodismo especializado, por tanto que requiere unos conocimientos determinados y unas habilidades comunicativas concretas (al igual que el deportivo o el económico, pongamos por caso). Como periodismo deberá tener en cuenta unos códigos, unos géneros y unas rutinas productivas (propios de cada medio) que construyen agendas con forma de mensajes y que, por tanto, deberán enmarcarse en una ética comunicativa. Hasta aquí no vemos ninguna diferencia entre un periodista generalista y uno especializado en salud. Como periodista especializado en ciencia deberá asumir un profesionalismo que conlleva la asunción de unas rutinas productivas y unos principios éticos⁶ que tengan como finalidad la información, la divulgación e, incluso, la opinión. Los criterios del profesional, asentada en la ética y en el conocimiento, es la cognición con la que construye el mensaje.

⁶ Véanse, como ejemplo, los proporcionados por el Comitè de Bioètica de Catalunya (2004).

Ahora bien, si consideramos que el periodista es un periodista para la salud, o que el periodismo de salud es un agente de salud, ya estamos hablando de otro tipo de profesional, con finalidades distintas. No nos confundamos, una cosa es la responsabilidad y otra bien distinta estar al servicio de, aunque sea una servidumbre loable e, incluso, necesaria. En una crisis sanitaria el periodista especializado en salud puede ponerse al servicio de las instituciones, pero se trata de un caso puntual que presupone, además, que la institución, por un lado, sabe qué hay que decir y cómo y, por otro, persigue el bien general.

En este punto debemos subrayar la carencia de protocolos de los medios de comunicación frente a las situaciones de crisis, por tanto, también de las sanitarias. Resulta llamativo que exijan que las instituciones se doten de ellos y que sean eficaces y eficientes, pero sin plantearse la necesidad de trabajar con protocolos propios que les faciliten su propia eficiencia y eficacia como mediadores sociales.

Si deparamos, por ejemplo, en lo que nos dice en el documento *Hacia la formación de periodistas en salud*, elaborado por la OPS, podemos extraer de su página 14 el siguiente párrafo: “*Con base en lo anterior, consideramos que el Periodista en Salud es el profesional que identifica, en un contexto determinado, temas y problemas de salud, pero con el firme propósito de promover prácticas sociales que favorezcan la calidad de vida y por ende, que se atiendan de manera integral los factores de incidencia*”. Por otro lado, recuérdese ese rol *divulgador y docente* del que nos habla el Comitè Bioètico de Catalunya cuando concreta las finalidades de la información sanitaria.

Frente a este dirigismo profesional, reivindicamos para el periodista especializado en salud la suficiente autonomía (respecto a las propias instituciones, pero también respecto a los laboratorios, los profesionales de la salud, los investigadores, los pacientes, sus propios medios e, incluso, la corrección política) para basar su trabajo en la cooperación. No estamos reivindicando un idealismo profesionalista sino una corresponsabilidad que beneficie a las partes y, por extensión, a los destinatarios.

Garabaro González (2003:152), al escribir sobre la prevención del VIH/sida en los medios de comunicación, dejó dicho: “*Por otro lado habría que realizar jornadas de prevención del VIH/sida para que aparezcan noticias que traten ese tema, pues se ha comprobado que es cuando la prensa se muestra interesada y le presta mayor atención. Así como identificar a los periodistas concretos que escriben sobre VIH/sida y sensibilizarlos en la importancia de lo que se publica en los diarios sobre prevención del VIH/sida, en particular y sobre el sida en general e implicarles como agentes de salud. Sería oportuno tener más técnicos de salud especializados en medios de comunicación*”. Un buen ejemplo de que ésto se puede llevar acabo –el trabajo cooperativo con los medios- y de manera no episódica es el que nos ofrece Red2002 a partir de una serie de

intervenciones en las que participan activistas, periodistas y academia, con las que pretende que cambie la imagen que del VIH/sida ofrecen los medios españoles⁷. Como es lógico y queda demostrado, esa cooperación sólo puede surgir desde el conocimiento y la comprensión de los modos productivos del otro a la par que de las razones que les impelen a esas maneras de hacer.

2. La investigación de comunicación y salud en España

Escribíamos en 2008 (comunicación presentada en el AE-IC) que *“a día de hoy, en España la comunicación y salud es un campo de actividad caracterizado, por un lado, por un cierto retraso si lo comparamos con otros países (especialmente Estados Unidos), y por otro, por la creación de distintas iniciativas que lo están convirtiendo en un sector profesional y académico emergente. Respecto a la comunicación y salud que tiene lugar en sector universitario, se puede decir que las iniciativas actuales se dividen en tres grupos: a) investigación académica, b) formación genérica sobre comunicación y salud y c) formación para profesionales del sector”*.

En 2005 se creaba el Observatorio de Comunicación y Salud. Desde esa fecha el campo de la comunicación y salud se ha ensanchado en nuestro país, por lo que en este artículo sólo haremos mención de los grupos universitarios que se han constituido para investigar la comunicación y salud, aunque es obvio que muchos de ellos también dedican parte de sus actividades a la formación y a la difusión. Ahora bien, este relativo crecimiento no debe hacernos olvidar nuestras debilidades; a algunas de ellas nos referiremos en las conclusiones.

Toda taxonomía es un punto de vista, es en sí misma un discurso. La que presento a continuación no pretende ser otra cosa que un punto de partida. De manera esquemática, consideramos que la comunicación y salud puede estudiarse y efectuarse desde las instituciones, el periodismo, los profesionales de la salud, las corporaciones, los pacientes y ciudadanos interesados por la/su salud y la academia (universidades y centros de investigación). Es obvio que no se tratan o no se deberían de tratar de compartimentos estancos; bien al contrario, cuanto mayor sea el entremado cooperativo más progresará la comunicación y salud.

⁷ Para más información, puede leerse la comunicación El tratamiento del VIH-sida en los periódicos españoles, conocer para propiciar el cambio, presentada por este autor en el II Congreso del AE-IC, celebrado en Málaga en 2010.

Como escribíamos párrafos atrás, tomaremos como hilo conductor de nuestro listado los grupos universitarios o que engarzados a la universidad investigan sobre comunicación y salud. Somos conscientes que de esta manera no citaremos el interesantísimo trabajo de cada vez un número de mayor de investigadores realizan de manera individual, cuestión esta que también trataremos en las conclusiones.

A día de hoy, debemos citar los siguientes grupos:

- Observatorio de la Comunicación Científica (Universidad Pompeu Fabra, de Barcelona); <http://www.upf.edu/occ/>
- Psinet (Universidad Oberta de Cataluña, en Barcelona); <http://www.uoc.edu/in3/psinet/>
- Observatorio de Comunicación y Salud (Universidad Autónoma de Barcelona); <http://www.portalcomunicacion.com/ocs>
- Comunicación y Salud (Madrid Salud); http://www.madridsalud.es/comunicacion_salud/comunicacion_y_salud.php
- Grupo de Investigación ECCO (Universidad de Almería); <http://www.grupoecco.org/principal.htm>
- Asociación Española de Comunicación Sanitaria (Universidades de Málaga y Almería); <http://www.aecs.es/>

Estos grupos vienen colaborando de manera estable con instancias extrauniversitarias o de las que forman parte universidades y que se dedican, entre sus tareas, a la comunicación y salud:

- Grupo-Programa Comunicación y Salud del semFYC⁸; <http://sites.google.com/site/grupocomunicacionysaludsemfyc/>
- Web Médica Acreditada⁹; <http://wma.comb.es/>

⁸ Hemos de recordar que uno de sus fundadores es Francesc Borrell (Universidad de Barcelona) es uno de los mayores especialistas del país en relación a la entrevista clínica. Desde el ámbito de la salud, y como es lógico, la comunicación profesional-paciente es el macrotema objeto de estudio. De ahí la fijación en la entrevista clínica o en cómo dar malas noticias y, desde hace pocos años, Internet y las redes sociales. Hemos de añadir que en numerosos centros hospitalarios se están formando grupos de comunicación y salud.

⁹ WMA es una de las agencias de acreditación de calidad de páginas web de salud con más prestigio en el mundo. Trabaja con la UAB y UOC en diversas investigaciones.

- Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS); <http://www.fundadeps.org/>
- Alezeia (Asociación de Educación para la Salud); <http://www.alezeia.org/>
- Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS); <http://www.seis.es>

A la par, debemos hacer una especial mención de la Escuela Andaluza de Salud Pública (www.easp.es/web/esp/index.asp) y al grupo, sin nombre, que articula Carlos Álvarez-Dardet en la Universidad de Alicante, en el que trabajan conjuntamente investigadores de comunicación y de salud pública.

Fuera de los grupos establecidos, se empiezan a observar dos fenómenos: como los investigadores que por unas razones u otras vienen trabajando en solitario buscan alianzas con investigadores de fuera de su universidad; y como se conforman grupos para llevar adelante un proyecto concreto. Quizás el mejor ejemplo es el del I+D+I La publicidad de tv entre otros factores socioculturales influyentes en los TCA, en el que participan la Universidad de Extremadura, la Universidad Rey Juan Carlos, La Universitat Pompeu Fabra, la Universitat Autònoma de Barcelona, la Universidad de Valencia y la Universitat de Vic. Por contra, la relación con las asociaciones profesionales no acaba de ser lo fructífera que cabría esperar; hablamos de la Asociación Nacional de Informadores de Salud (ANIS) -<http://www.anisalud.com/>- y de la Asociación Española de Agencias de Publicidad de salud -<http://www.forosalud.com/>-¹⁰.

Hasta este año no contábamos con ninguna revista científica de comunicación y salud. No obstante, consideramos que se debe mencionar *Revista Medicina y Cine* (<http://revistamedicinacine.usal.es/>), editada por la Universidad de Salamanca y con seis años de vida, aunque como ya indica su nombre se dedique en exclusiva a la relación ente cine y medicina; cabe decir que no está dirigida en exclusiva a profesionales de la salud. En 2010 han nacido dos publicaciones: *Revista Española de Comunicación en Salud*, publicada por la AECS y que recoge este artículo, y *Cuadernos de Comunicación y Salud* (<http://www.cuadernosdecys.com/>) coedición argentinoespañola del CINECYS (Centro de Investigaciones y Estrategias en Comunicación y Salud) y del INICyS (Instituto Internacional de Comunicación y Salud). De esta manera se cubre, en principio, uno de los grandes déficits que teníamos: no contar con ninguna revista científica especializada en comunicación y salud.

Por último, no deseamos acabar este apartado sin hacer mención a un fenómeno que está cobrando grandes proporciones y al que hemos de estar atentos, el de los blogs, sobre todo

¹⁰ En Barcelona se intentaba conformar una asociación que agrupara a los profesionales de los gabinetes de comunicación de instituciones y corporaciones del ámbito de la salud; a fecha de hoy desconocemos si ha tomado cuerpo.

aquellos que se centran en el seguimiento de las redes sociales y los desarrollos de la web. ¿En qué acabarán; son el germen de nuevas líneas y de nuevos grupos de investigación?

3. La comunicación y salud como literatura científica

Dado el carácter de este escrito, nos parece sumamente interesante detenernos en mostrar el crecimiento de la literatura científica en torno a la comunicación y la salud así como hacer mención a las publicaciones de referencia en este ámbito. Para ello, y en primer lugar, vamos a destacar la investigación de Packer, Tardelli y Castro (2007). En este estudio se nos muestra la producción científica en el ámbito de la información y de la comunicación sobre salud a partir de las bases de datos de MEDLINE y LILACS¹¹ entre los años 1996 y 2005. En el mismo se predeterminaron cuatro categorías: información en salud, informática médica, comunicación científica en salud y comunicación en salud. Como podemos apreciar, esta categorización nos puede retrotraer a los primeros párrafos de escrito, ya que, de nuevo, implica una perspectiva de análisis que condicionarán los resultados. Pero en este punto, no nos interesa tanto volver a esa discusión como subrayar su necesidad inaplazable y, sobre todo, mostrar algunos de los resultados del metaestudio.

En MEDLINE, el número total de registros pasó de 421.600 en 1996 a 564.440 en 2004; lo que supuso un aumento del 34 % y un crecimiento medio anual del 3,7%. Pero el número de artículos que los investigadores consignan en el ámbito de las Ciencias de la Información crece un 94%, pasando de los 16.342 en 1996 a los 31.264 en 2004. Esto supone un crecimiento medio del 4%, aunque debemos destacar que entre 2002 y 2004 aumentan un 7%. Todas estas cifras nos muestran un aumento creciente en el interés por reflexionar y publicar sobre comunicación y salud.

Atendiendo a las categorías antes reseñadas, este crecimiento se produjo en un 62% en informática médica, en un 34% en comunicación en salud, en un 32% en comunicación científica y en un 16% en información en salud. Dadas las características de las revistas analizadas y el progreso tecnosocial de las TCI, es comprensible que el mayor aumento se de en informática médica, pero hay que reconocer que los otros incrementos no son nada desdeñables, más bien al contrario.

En cuanto a la afiliación de los autores, existe una evidente concentración: más del 50% de los artículos corresponden a autores de seis países. Por orden decreciente y consignando los escritos publicados en 2005, Estados Unidos (9273), Reino Unido (2163), Alemania (1438),

¹¹ MedlinePlus: www.nlm.nih.gov/; LILACS: <http://bvsmodelo.bvsalud.org/site/lilacs/E/elilacs.htm>.

Canadá (1090), Japón (958) y Francia (775). En principio, tampoco estos datos nos deben sorprender; ahora bien, leyéndolos con detenimiento no sólo nos hablan de un preminencia anglosajona sino de que debemos atender a lo que se publica en países como Alemania, Japón o Francia, dejados un tanto de lado por consideraciones lingüísticas y por el cienciocentrismo anglosajón del que todos, por activa o por pasiva, debemos responsabilizarnos.

En cuanto a España, se pasó de 167 artículos en 1996 a los 412 en 2005, sin duda el mayor crecimiento porcentual y que, de alguna manera, vuelve a hablarnos de este interés creciente por la comunicación y la salud. A la par, debemos decir que es el país de Iberoamérica con una mayor producción, seguido por Brasil (201 en 2005). Del resto de países, sólo Portugal, con 54 artículos en 2005, está por encima de los 50 registros, lo que pone de relieve la baja producción científica de los estados Iberomarianos.

Del resto de países caben destacar en 2005 los 436 artículos de autores chinos, los 217 de autores de Corea del Sur y los 160 de India. Pero dado el crecimiento exponencial de la ciencia china, estos datos a día de hoy deben ser notablemente superiores. Packer, Tardelli y Castro (2007: 598) nos informan, por último, que en "*relação aos idiomas dos textos, na MEDLINE predomina o inglês em 90% dos registros na categoria de Ciência da Informação, seguido do alemão (2,6%), francês (1,5%) e espanhol (1,1%). Estas cifras se aproximam da distribuição na base toda: inglês (90%), alemão e francês (1,6% cada) e espanhol (1,2%). Na LILACS, o inglês é menos utilizado (13% dos registros) e as publicações são predominantemente em espanhol (49%) e português (40%), o que evidencia o seu carácter regional*".

Por otra parte, Beck et al (2004) realizan un estudio que revisa los artículos publicados entre 1990 y 2000 en 18 revistas científicas dedicadas a la comunicación y una dedicada a la investigación cualitativa sobre salud (*Qualitative Health Research*¹²). Destacaremos una de sus principales conclusiones: un 4% de los artículos revisados estaban dedicados a comunicación y salud.

De todos es conocido que las dos publicaciones de referencia mundial dentro del ámbito de la comunicación y salud son las estadounidenses *Health Communication* y *Journal of Health Communication* (junto a estas revistas nos gustaría destacar *Communication & Medicine*, británica y más reciente, ya que fue fundada en 2004; está ligada al Health Communication Research Centre, de la Universidad de Cardiff¹³, pero consideramos que sus contenidos están más contextualizados en la medicina y su desarrollo que en la salud. Otro ejemplo de que las palabras no sólo nombran: construyen).

¹² <http://qhr.sagepub.com/>

¹³ <http://www.cardiff.ac.uk/encap/research/hcrc/index.html>

Evans, W (2005) realiza un estudio que toma como base 102 publicaciones (incluidas *HC* y *JoHC*). De las 914 referencias que tienen que ver con la comunicación y salud, el 32% están dedicadas a la comunicación profesional salud-paciente, el 25% al análisis de la comunicación sobre salud que realizan los medios, el 17% a cuestiones relacionadas con nuevas tecnologías para herramienta informar sobre salud, 13% aspectos teóricos, el 7% a la comunicación de riesgos y el 5% a campañas y promoción de la salud. Un año más tarde Thompson (2006) publica un artículo en el que se disecciona *HC* entre 1989 y 2003. A grandes rasgos, estos son los resultados en cuanto a contenidos: el 20,7% de los escritos lo fueron sobre comunicación paciente-profesional de la salud, el 13,4% sobre campañas, el 11,8% sobre comunicación de riesgos riesgos¹⁴, el 8,4% sobre envejecimiento, el 7% sobre uso del lenguaje y el 5,9% sobre el análisis de la comunicación en salud que publican los medios. Ese mismo año, Freimuth et al (2006) se detienen en los 321 artículos publicados en *JoHC* en sus 10 años de existencia: el 60% hacen referencia de una u otra forma a los medios de comunicación (noticias en prensa, radio o TV; campañas; educación en salud mediante el entretenimiento; publicidad) mientras que el 23% abordan la comunicación profesional de la salud-paciente. No se dice nada en el artículo sobre el 17% restante.

En estos dos último estudios queda de manifiesto que son una minoría los artículos que hacen énfasis en aspectos teóricos. El 38% en *JoHC*, mientras que se indica que el 75% de los artículos de *HC* no manifiesta ninguna aproximación teórica en sus *abstracts*. Otro asunto que destaca de *HC* es que no hay prácticamente desarrollo de nueva teoría por parte de los autores que publican en esta revista. Los temas sobre las que más habitualmente tratan los artículos de ambas publicaciones son el VIH/sida (incluidos en este epígrafe el sexo seguro y la planificación familiar), el cáncer y el alcohol, el tabaco y otras sustancias adictivas. Estos temas ocupan el 75% de los artículos de *HC*.

También hemos de hacer mención a que la metodología cuantitativa es mucho más común que la cualitativa, hasta el punto de ofrecer un balance de 86% frente a 14% en el caso de *JoHC*. Abunda lo empírico, pero no lo experimental que, siguiendo *HC*, era común en los artículos que le remitían en los primeros años del decenio de los 90, aunque ya no ocurre en la actualidad.

Queda claro, como ya hemos visto, que la publicación de artículos científicos sobre comunicación y salud está dominada -de forma aplastante, se podría decir- por autores estadounidenses o que ejercen su labor en universidades o instituciones de aquel país. De hecho, más del 80% de los artículos de *JoHC* corresponden a un primer autor asentado en EE.UU. El resto se reparten entre Inglaterra, Canadá, Australia, Finlandia y Suecia. Tan solo 9

¹⁴ Contrasta el número de artículos dedicados a la comunicación de riesgos –o la importancia que se le da en Iberoamérica- con la escasa producción en nuestro país desde el ámbito de la comunicación, en su mayoría dedicada a las estrategias que deben seguir las instituciones públicas o privadas en una situación de crisis y que poco tienen que ver, por otro lado, con el concepto de riesgo integral.

artículos de los 321 editados correspondían a lo que esta revista define como países en vías de desarrollo: 5 habían sido enviados desde naciones africanas, 1 desde India, otro desde Jamaica, otro desde Pakistán y otro desde México. Sólo 1 entre 321 artículos tiene como autor principal a un investigador que trabaja en un país iberoamericano.

Y para cerrar este apartado queremos dejar constancia del artículo de Lisa Sparks, Health communication and caregiving research, policy, and practice¹⁵, en la actualidad en imprenta, y con el que podemos hacer una revisión de los autores, tendencias y temáticas de la comunicación y salud en EE. UU. desde su nacimiento hasta la actualidad.

4. A modo de reflexión final

A principios de 2008 se celebró el primer Congreso Internacional de la AE-IC en Santiago de Compostela. En dicho encuentro presentamos la comunicación Estado de la comunicación y salud en España. Se me permitirá una autorreferencia y, así, poder revisar dos años más tarde las conclusiones y reflexiones finales a las que llegaba entonces.

Se podría argumentar que es un periodo de tiempo excesivamente corto teniendo en cuenta los ritmos productivos de los investigadores. Y no le faltaría razón a la crítica, pero pueden haber tres razones que hagan útil este ejercicio de autorreferencia:

- Se aprecian ciertos cambios.
- Algunos de los problemas que veíamos y enunciábamos no han desaparecido, y resulta oportuno recordarlo.
- La incorporación de reflexiones nuevas.

Si les parece, seguiré este orden para ir exponiendo nuestros comentarios. En algunos de ellos a penas me detendré, y remito al lector a la comunicación reseñada.

4.1. Se aprecian ciertos cambios

Consideramos que la labor que algunos de nosotros hemos venido realizando durante estos años, más allá del valor de las propias investigaciones, ha propiciado cierta eclosión de la

¹⁵ <http://media.myfoxa.com/mentalhealth/documents/Health-Communication-and-Caregiving%20Research.pdf>

comunicación y salud. Por un lado, se ha ganado en visibilidad y, por otro, hemos venido funcionando en redes informales que han roto nuestro aislamiento y que han facilitado nuestro trabajo materialmente y, también, psicológicamente: no estamos solos.

Estas relaciones, que en algunos casos han llegado a formalizarse, han permitido la realización de proyectos y la predisposición a realizar proyectos nuevos. Relaciones, a su vez, que empiezan a consolidarse más allá de nuestras fronteras.

Ahora bien, dado que partíamos de una situación calamitosa todo avance adquiere una mayor proyección. No debemos equivocarnos, continuamos estando al principio del camino, pero, eso sí, sabemos que hay camino.

La aparición de dos publicaciones específicas, una de ellas internacional, debería actuar como catalizador de nuestro ámbito, como creemos que lo ha sido hasta cierto punto el OCS. Ahora deberemos conseguir el crédito del mundo científico, tarea preñada de esfuerzo, perseverancia y rigor.

Por otro lado, se aprecia un avance en la interdisciplinariedad y en la transdisciplinariedad, pero aún no hemos roto lo suficiente la desconfianza secular que tienen hacia nosotros las ciencias de la salud. Nuestra carta de presentación, nuestra mejor carta de presentación es el trabajo bien hecho y los proyectos bien elaborados. De nuevo esfuerzo, perseverancia y rigor, hasta llegar a un punto de inflexión, como ya ha pasado en algún caso, en el que desde las ciencias de la salud se busque nuestra colaboración¹⁶.

Pero, ¿quiénes somos nosotros? Se supone que trabajamos en el *área* de comunicación. Hemos de admitir que se hace necesario un esfuerzo mayor para trabajar con otros investigadores de las ciencias sociales y humanas. No debemos ser tan cortos de miras como para pensar que *lo que tenga que ver con la comunicación es nuestro*; así no se hace trabajo científico, y menos en unos momentos en que éste es cada vez más exigente y competitivo y requiere de equipos consolidados e interdisciplinarios.

Como ya hemos escrito, hemos ganado en visibilidad; debemos formalizar esa visibilización, no tanto fundando supraorganizaciones como propiciando la participación en proyectos que puedan ser de interés general. Un claro ejemplo es el de asegurar un porvenir a las dos revistas con las que ya contamos. Lo que no es óbice para que esa visibilización, precisamente por eso, suponga el publicar sobre nuestro campo en otras revistas científicas. No debemos caer en el error en que han caído en otras disciplinas de la comunicación: el ensimismamiento, contrario de por sí a nuestra necesaria transversalidad.

¹⁶ Un ejemplo reciente y en nuestro caso, el trabajo conjunto con la Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut para diseñar y evaluar campañas sobre el ictus.

También hemos de perseverar en nuestras relaciones y hemos de aprovechar cuanto marco se nos presente para solidificarlas. Permítaseme un ejemplo. El Congreso AE-IC de 2012 se desarrollará en Tarragona y su eje central será la comunicación de riesgos. Dado que en los congresos anteriores hemos coincidido algunos de nosotros y ya hay una presencia asegurada, llegada la fecha del Congreso podemos autoconvocarnos para mantener una reunión al margen del programa oficial.

Pero, como ya ha quedado escrito, no hay mayor entrelazado que el compartir trabajos y seguir ayudando en la medida de nuestras posibilidades a los compañeros que están empezando en este campo o se encuentran solos en su ámbito académico. Y, para finalizar, una llamada: es muy importante que nuestros doctorados empiecen a elaborar un mayor número de tesis sobre comunicación y salud.

4.2. Algunos de los problemas que veíamos y enunciábamos no han desaparecido

Estos *problemas* los expresaremos a modo de listado de debilidades y resultan de la observación y reflexión personal; no hay ninguna investigación que los avale. Siempre, como es lógico, nos referimos a España.

- Los estudios de comunicación y salud realizados desde el ámbito de la comunicación son escasos y dispersos.
- Aún hay pocos grupos de investigación estables, y a los existentes les falta un tiempo para consolidarse.
- La calidad científica de las investigaciones realizadas fuera del ámbito universitario es más que cuestionable.
- Abunda la literatura escrita desde las ciencias médicas. Se trata de una literatura que se centra en la relación médico paciente –sobre todo en la entrevista clínica-, en cómo dar malas noticias y, en menor medida, en los usos de la salud en línea. Pero no es raro encontrar reflexiones, por ejemplo, sobre los mensajes persuasivos y sus efectos.
- Muchas de nuestras investigaciones giran en torno a cómo trata la prensa la información de salud. La metodología más citada es la de análisis de contenido. Por número de investigaciones les seguirían aquellas que se centran en la comunicación corporativa.
- La mayoría son investigaciones cuantitativas y a penas si se tienen en cuenta los estudios de

recepción o los estudios culturales.

- Aún es muy grande el desencuentro entre comunicación y ciencias de la salud; pero tampoco parece que se haya avanzado demasiado en la interdisciplinariedad en el seno de las ciencias sociales.
- Tampoco hay una relación fluida entre la universidad y las asociaciones profesionales del ámbito de la comunicación y salud más allá de la formativa, no sabemos si debido a una ignorancia mutua calculada.
- Sin embargo, la industria de la salud si que da muestras de interés por una investigación aplicada sobre comunicación y salud, una oportunidad que aún no hemos aprovechado en demasía.
- Hechamos en falta, por un lado, una mayor consistencia teórica en las investigaciones y, por otro, una mayor dedicación por parte de los investigadores al desarrollo teórico de la comunicación y la salud.
- Existe una falta de interés y un desconocimiento de la comunicación para el cambio (para el desarrollo) cuanto menos inquietantes.
- A la par, observamos que la mayoría de las investigaciones viven de espaldas a la bioética, los determinantes sociales, los fines de la medicina, etc. Cabría preguntarse de qué hablamos, entonces. O desde qué punto de vista. O con qué finalidad.

4.3. La incorporación de reflexiones nuevas

De nuevo, estas reflexiones aparecen de forma escueta, conscientes de que cada una de ella se merecería una larga consideración. Como se verá, en más de un caso podrían aplicarse a otros ámbitos o disciplinas de la comunicación.

- Es necesario teorizar, sí, pero resulta prioritario dar a conocer a teóricos de la comunicación y salud sin restringirlos a zonas geográficas o lingüísticas y, así, no caer en el mismo error en el que hemos caído en otras ocasiones en el ámbito de la comunicación.
- Volvemos a pecar de ahistoricismo, lo cual se pone muy de manifiesto cuando se leen reflexiones sobre las redes sociales y los nuevos usos de internet. En ocasiones se carece de perspectiva y sólo se es capaz de conjugar un presente que acaba en apologismo.
- Debemos ser exigentes con nosotros mismos y participar más en proyectos competitivos.

- Es necesario elaborar un mapa de los estudios de comunicación y salud en el que se incluyan a las tesis.
- Se corre el peligro de confundir consultoría con investigación.
- Debemos incluir en nuestros convenios con corporaciones o instituciones una cláusula en la que se nos permita, transcurrido un tiempo prudencial en algunos casos, difundir los resultados de las investigaciones. A la par, que en haras de la transparencia, siempre deberíamos citar nuestra fuente de financiación; obligación ésta aún más necesaria cuando hay en juego tantos intereses, como ocurre en la industria de la *salud*.
- El posicionamiento de los grupos de investigación puede llevarnos a la fragmentación, la competencia desmesurada, el idiotismo (etimológicamente hablando) y el endiosamiento. No debemos caer en los mismos errores que se padecen en otros ámbitos de los estudios de comunicación. Y, así, quizás hacer nuestro el que fue lema de la revista *Archipiélago: conjunto de islas unidas por aquello que les separa*.
- Nuestra experiencia nos indica que a parte de objetos de estudio o metodologías ya expresados, deberíamos hacer un esfuerzo en investigar sobre la evaluación de campañas, la comunicación de riesgos, las redes sociales¹⁷ y los nuevos usos de internet, la corrección política en el discurso de la salud, la autonomía del paciente, la medicalización, el periodismo especializado en salud y la retórica científica como estrategia de mercado o de poder.
- Tan importante han de ser las investigaciones básicas como las aplicadas; sin investigaciones básicas no seremos capaces de avanzar con juicio.
- No debemos renunciar a las investigaciones con finalidad de intervención, pero siempre desde la autonomía y la transparencia.

¹⁷ Como ya hemos comentado, son abundantes, y algunos de gran calidad, los blogs dedicados a la web 2.0 e, incluso, a la 3.0. Consideramos que estamos inmersos en un apologismo acrítico, muy común cuando aparecen innovaciones tecnológicas que pueden tener fines comunicativos. Por eso, no está de más recordar estas palabras de Enrique Gavilán en su blog (<http://egavilan.wordpress.com/2010/07/01/internet-me-deprime/>): "¿Pasaría lo mismo con la web 2.0? ¿Tienen las redes sociales virtuales efecto terapéutico per se? A la web 2.0 se le ha otorgado gratuitamente dos vitolas de mucha enjundia: el generar conocimiento colectivo y el tener valor terapéutico. Ni uno ni lo otro lo han demostrado aún, es pura teoría". Por otro lado, nos parece de lectura obligatoria el artículo aparecido en NYT el 29 de mayo de 2010, *When Patients Meet Online, Are There Side Effects?* (http://www.nytimes.com/2010/05/30/business/30stream.html?_r=2). Al menos nos tendría que hacer pensar.

- Por último, tenemos que realizar un esfuerzo para delimitar teóricamente nuestro ámbito de estudio.

Referencias

- Bauer, T.A. (2006). Estoy vivo..., luego estoy sano. *Comunicar*, 26, 43-50.
- Beck, C.S. et al. (2004). Enacting 'health communication': the field of health communication as constructed through publication in scholarly journals. *Health Communication*, 21 (4), 475-492.
- Blech, J. (2005). *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona: Destino.
- Comitè de Bioètica de Catalunya. (2004). Consideraciones éticas en torno a la información sanitaria. Barcelona: Departament de Salut-Generalitat de Catalunya.
- Evans W. (2005). Bibliography. *Health Communication*, 17 (1), 105-113.
- Freimuth, V.S. et al. (2006). A Descriptive Analysis of 10 Years of Research Published in the Journal of Health Communication. *Journal of Health Communication*, 11 (1), 11-21.
- Garabato González S. La prevención del VIH/sida en los medios de comunicación social escritos: análisis cuantitativo de una muestra de diarios. *Trabajo social y salud*, 45, 139-154.
- Hastings Center. (2004). Los fines de la medicina. El Establecimiento de unas prioridades nuevas. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Mayer, M.A., Terrón, J.L., Leis, A. (2008). La salut a la xarxa: propostes de qualitat i de certificació. *Quaderns del CAC*, 30, 61-68.
- OMS. (1998). Promoción de la salud. Glosario. Ginebra: OMS.
- Packer, L., Tardelli, O., Castro, F. (2007). A distribuição do conhecimento científico público em informação, comunicação e informática em saúde indexado nas bases de dados MEDLINE e LILACS. *Ciência& Saúde Coletiva*, 12 (3), 587-599.
- Pintos, V.S. (2001). *Comunicación y Salud*. Madrid: Inmediaciones.
- Scambler, G. (1991). *Sociology as Applied to Medicine*. Londres: Baillière Tindall.
- Terrón, J.L. (2007). La comunicación para la salud en España, algunos apuntes. *ECO-PÓS*,

10 (1), 23-44.

- Terrón, J.L. (2009). El turismo de salud. (235-250). En: San Eugenio, J. Manual de comunicación Turística. Girona: Documenta Universitaria.
- Thompson, T.L. (2006). Seventy-Five (Count'Em-75) Issues of Health Communication: An Analysis of Emerging Themes. *Health Communication*, 20 (2), 117-123.