

Cuando el doctor no sabe

Comentarios críticos sobre promoción de la salud, comunicación y participación

Alfonso Gumucio-Dagron

Resumen

La “promoción de la salud” es uno de los paradigmas de la comunicación para el desarrollo que ha resistido más el paso del tiempo y que ha tenido una influencia notoria en varias regiones del mundo, principalmente, porque es una propuesta apoyada por fondos de USAID, la agencia de cooperación de Estados Unidos. Aunque no existe un modelo único de promoción de la salud, el nombre designa estrategias y acciones que se organizan desde el Estado, con apoyo de otros agentes externos, para llegar a la población supuestamente con el propósito de que ésta participe activamente en la toma de decisiones sobre las políticas y programas de salud que afectan su vida. Con base a informes sobre experiencias concretas de países, documentos de foros internacionales y sobre todo de la observación directa del autor, se intenta demostrar en este artículo que ha existido siempre una gran distancia entre el discurso institucional y científico sobre promoción de la salud, y su aplicación real en países del Tercer Mundo.

Palabras clave: Promoción de la salud, Participación, Comunicación, Movilización social

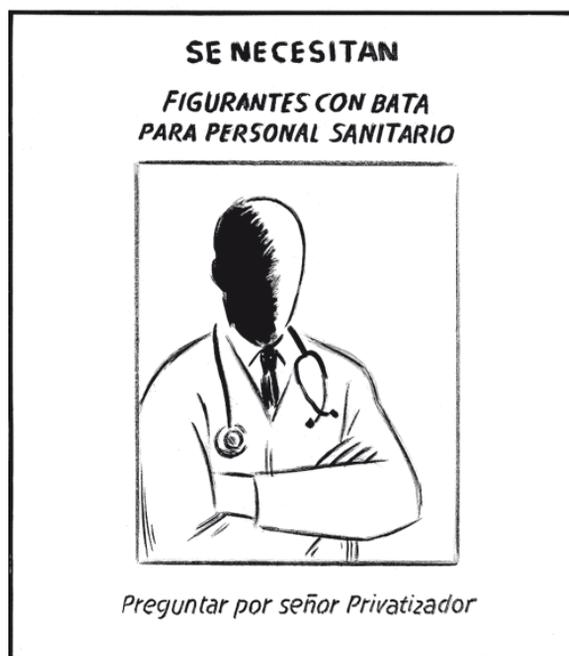
Abstract – When the Doctor does not Know. Critical Remarks on Health Promotion, Communication and Participation

“Health promotion” is one of the main paradigms of communication for development, which has been constant over time and has had a notorious influence in various regions of the world, probably because it has been promoted and funded by USAID, the US cooperation agency. Although there is no one model of health promotion, the name designates strategies and actions organised from the State, with support from external agents, to reach the

least favoured population, allegedly with the purpose of enabling people to actively participate in the decision making process around health policies and programmes that affect their lives. Based on reports from concrete country experiences, documents from international forums and above all from direct observation by the author, this article aims to demonstrate that there has always been a great gap between the institutional and scientific discourse on health promotion, and its real relevance in Third World countries.

Key words: Health Promotion, Participation, Communication, Social Mobilisation

Alfonso Gumucio-Dagron. Boliviano, escritor, cineasta y especialista en comunicación para el desarrollo, con experiencia de trabajo en África, Asia, América Latina y el Caribe. Coordinador del Grupo Temático de Comunicación para el Cambio Social en la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIIC). Ha publicado veinte libros y numerosos artículos. Áreas de interés: comunicación participativa, radios comunitarias, derechos humanos; alfonso.gumucio@gmail.com



Más de treinta años de trabajo en el campo de la comunicación para el desarrollo y el cambio social, en comunidades rurales y urbanas de varias regiones del planeta, me han llevado a cuestionar una y otra vez los modelos de desarrollo que he visto establecidos tanto en mi propio país, Bolivia, como en los países en los que he trabajado. En Nigeria, Haití, Papua Nueva Guinea, Mozambique o Nicaragua, he visto patrones de “ayuda internacional” que no ayudan, y acciones de “comunicación para el desarrollo” que no comunican, porque son más bien actividades proselitistas que redundan en la imagen institucional de las agencias de cooperación o de los gobiernos.

En el campo específico de la salud, desde mi trabajo como oficial de comunicación e información de UNICEF, o en las múltiples consultorías realizadas a lo largo de tres décadas, he sido testigo de la arbitrariedad en la toma de decisiones, el peso de la propaganda en el funcionamiento de la cooperación internacional, así como el mal uso de los recursos económicos y humanos, en lo que constituye una verdadera malversación no solamente de los recursos, sino de las expectativas de las poblaciones marginadas y empobrecidas del tercer mundo.

Lo que sigue es un intento crítico de exponer una situación que lamentablemente se repite y que está institucionalizada. El abordaje es desde la comunicación, porque ésta debiera ser –y lamentablemente no lo es– el centro mismo de la promoción de la salud.

No ignoro las experiencias positivas que se han dado con base en la dedicación y el esfuerzo individual –y en muchos casos aislado e incomprendido– de muchos colegas, pero este artículo no quiere ser un eslabón más en la cadena propagandística de las “mejores prácticas”, sino todo lo contrario: llamar la atención sobre las malas prácticas de comunicación para la salud, que son en mi opinión mayoritarias, como lo prueba desde hace muchos años el fracaso repetido de las estrategias y programas para la salud en el tercer mundo: estamos igual o peor que antes.

La promoción de la salud

En el campo de la comunicación para la salud, el paradigma dominante desde hace cinco décadas ha sido la promoción de la salud, un sello inconfundible en casi todos los programas, así como un concepto validado y reiterado en numerosos foros internacionales.

El concepto de promoción de la salud y su formulación se atribuye a C.E. Winslow, quien ya en 1920 había escrito:

La promoción de la salud es un esfuerzo de la comunidad organizada para lograr políticas que mejorarán las condiciones de salud de la población y los programas educativos, para que el individuo mejore su salud personal así como para el desarrollo de una maquinaria social que asegure a todos los niveles de vida adecuados para el mantenimiento y mejoramiento de la salud (Cerqueira, 1997).

En 1946, el médico e historiador Henry E. Siegerist retomó el concepto al proponer cuatro tareas principales para la medicina; se refirió a la prevención de enfermedades, a la recuperación de la salud, a la rehabilitación y a la promoción de la salud: “la salud es promovida proporcionando un estándar de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y medios de descanso y recreación” (Salinas Cubillos y Escribano Veloso, 2004).

En el Informe Lalonde (1974) del Ministerio de Salud de Canadá y en la Declaración de Alma Ata (1978) se enfatiza la necesidad de estrategias de promoción de la salud a través de la participación comunitaria en la toma de decisiones sobre políticas públicas para la salud.

Durante la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (Ottawa, 1986), el término fue adoptado institucionalmente e incorporado en el discurso oficial desde entonces, aunque no necesariamente en las prácticas. Sucesivas reuniones intergubernamentales¹ ratificaron el concepto, o por lo menos, validaron la etiqueta y el discurso en documentos y declaraciones oficiales como la “Carta del Caribe” (1993), la “Declaración de Santa Fe de Bogotá” (1992), la “Declaración de México” (2000) o la “Carta de Sao Paulo” (2002).

Fueron muy numerosas las conferencias internacionales, regionales y nacionales que ostentaron el rótulo de “promoción de la salud”, aunque las políticas y estrategias de cada país seguían paralelamente su propio curso. Según D. Cardacci, citado por Arroyo-Acevedo (2004), la promoción de la salud en América Latina no generó cambios culturales reales porque operó exclusivamente como una “nueva fórmula retórica”.

Eso es lamentable, sobre todo porque los principios de la promoción de la salud apuntan en la dirección correcta, subrayando la necesidad de poner a los individuos y a las comunidades en el centro de la toma de de-

1. Adelaida (1988), Sundsvall (1991), Yakarta (1997), México (2000).

cisiones. Los desafíos que se plantea la promoción de la salud incluyen el respeto a las diferencias, la equidad de género e intercultural, los valores de la democracia participativa, la descentralización del poder, la diversidad de saberes y culturas, y el “apoderamiento” social como llaman algunos autores² a lo que yo llamo “apropiación” del proceso de participación y de la toma de decisiones. El desafío incluye la superación de la fragmentación en los servicios de atención de la salud, el uso irracional de los recursos y la duplicación de acciones que resultan de una mirada sesgada e incompleta de los individuos y de las comunidades. La agenda de la promoción de la salud, filosóficamente es, y debería ser, una agenda social y participativa que se apoya en la sociedad civil y en la cultura.

A pesar de lo avanzado del pensamiento pionero de Winslow y de otros planteamientos teóricos que fueron emergiendo de los foros internacionales citados, la promoción de la salud ha sido, en la mayoría de los casos, una frase usada de manera instrumental para justificar planes y programas que representaban exactamente lo opuesto. Y desde el punto de vista de la educación y la comunicación, un retroceso notable en lo que toca a los principios mismos de la promoción de la salud. En manos de burócratas de la salud pública, la historia de este paradigma se caracteriza por la malversación conceptual y los resultados mediocres que hoy conocemos en los programas de salud en todo el mundo, con muy contadas excepciones.

Uno de los grandes problemas de la aplicación de la promoción de la salud fue la falta de comprensión de la comunicación en ese proceso. Al analizar muchos de los programas y de las estrategias de los países de la región latinoamericana (Hiram-Acevedo, 2004), vemos que el término “promoción” queda marginado. Se habla de los programas de salud, pero no se elabora sobre el papel de la promoción de esos programas. Los programas de salud, en sí, por muy buenos que sean, no existen si no es en relación con la población. De ahí que el término “promoción” es incomprensible si no encierra procesos de educación y de comunicación. Todo lo que se haga en el marco de “municipios saludables”, “escuelas saludables” y todos los demás espacios comunitarios que son la razón de ser de la promoción de la salud, carecería de eficacia sin la implementación de estrategias de comunicación. Las evaluaciones muestran casi siempre que una de las

2. “Se establece una distinción entre el apoderamiento para la salud del individuo y de la comunidad. El apoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. El que está dirigido a la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud” (Peñaherrera Sánchez y Noblega, 2004).

“debilidades” principales en los programas es la ausencia de estrategias de comunicación que garanticen la sostenibilidad de la participación de la población en los programas de salud.

El malentendido entre información y comunicación ha llevado a muchos programas de promoción de la salud a convertirse en programas de disseminación de mensajes. La propia expresión “comunicar a la población” revela esa confusión, porque no considera la interlocución ni la participación en el proceso comunicacional. La jerga que utilizan los documentos oficiales revela que los redactores no son especialistas en comunicación, pues no son capaces de formular frases como “los medios masivos de comunicación...”.³ La idea “mediática” que se tiene de la comunicación ha llevado a confundir la promoción de la salud con campañas masivas. Prácticas positivistas y deterministas se han apoderado de lo que debieran ser procesos colectivos de construcción y aprendizaje. En suma, la promoción de la salud ha sido vaciada de su contenido original.

¿Comunicación para la salud o sobre la enfermedad?

Aunque hay cambios positivos en años recientes, la comunicación para la salud ha estado dominada mucho tiempo por el personal de salud y no por personal especializado en comunicación. Esto ha llevado a diseñar programas de comunicación que en lugar de resaltar los valores de la salud, resaltan la problemática de las enfermedades. Es decir, una comunicación sobre la enfermedad, más que una comunicación para la salud.

Ese dominio del personal de salud no especializado en el campo de la comunicación, ha derivado frecuentemente en esquemas prescriptivos y verticales, que en síntesis parecen afirmar: “El doctor sabe, el paciente obedece”. Por supuesto, el tema es mucho más complejo y tiene que ver con la relación de poder que se establece entre el personal de salud y los pacientes, entre las instituciones de salud y la ciudadanía en general, y entre los administradores de salud y los comunicadores.

Abundan los relatos sobre el maltrato que reciben los pacientes por parte del personal de salud, son escalofrantes y revelan que precisamente

3. Para el filósofo y especialista de la comunicación venezolano Antonio Pasquali la expresión *medios de comunicación* “repugna”, porque los medios masivos no comunican, solamente difunden. Ya en 1963 escribía: “La expresión medio de comunicación de masas (*mass-communication*) contiene una flagrante contradicción en los términos y debería proscribirse. O estamos en presencia de medios empleados para la comunicación y entonces el polo receptor nunca es una ‘masa’, o estamos en presencia de los mismos medios empleados para la información y en este caso resulta hasta redundante especificar que son ‘de masas’”.

existe un abismo comunicacional entre los servicios de salud pública y la población. Este ejemplo de la India, no es ajeno a la situación que se vive en América Latina:

“El doctor garabateó una receta y me la entregó. ‘Vuelva el sábado para que la admitan. Vamos a hacerle una laparoscopia. Ya que estamos... ¿ya la esterilizaron?’ ‘No’, respondí. ‘Entonces haremos todo al mismo tiempo’, me dijo.”⁴ (Nataraj, 2006).

La paciente del ejemplo anterior, que es la misma autora del texto, responde que no desea ser esterilizada, pero la doctora que la atiende insiste y, al recibir otra negativa, consulta con otro médico en una sala contigua, donde la califica de ser una “testaruda” que “rehúsa” el servicio que le ofrecen. Cuando regresa Nataraj le pregunta “cuál es el problema”, y la doctora responde: “No le puedo estar explicando todas estas cosas”.

El texto de Nataraj está lleno de ejemplos y es significativo porque estos abusos se cometen frecuentemente con gente pobre que no tiene capacidad de denunciarlos. En este caso no fue así. Los abusos del personal de salud no solamente tienen un carácter discriminatorio, sino un impacto que va más allá: la pérdida de confianza en los servicios de salud hace que los pacientes acudan a ellos sólo cuando ya están muy graves. Antes, acuden a procedimientos caseros que en muchos casos empeoran su enfermedad, como en este caso también mencionado por Shyamala Nataraj, quien cita un informe de la aldea de Mangrool, en el estado de Gujarat, donde una partera que asistía a una mujer a punto de dar a luz “introducía repetidas veces sus manos sucias en la vagina”, mientras otra mujer “presionaba el ano con una bolsa llena de cenizas, para que el bebé no saliera por ese agujero”.

Para los servicios de salud el paciente no es sino un “cliente”, como se lo denomina en la jerga heredada del “mercadeo social”. El paciente no es considerado como un individuo (y menos como una comunidad), que debería tener parte activa en las decisiones que se toman sobre su vida y su futuro. Costó mucho tiempo, en los países de Europa y América del Norte, para que las organizaciones de personas viviendo con VIH-SIDA, se fortalecieran al punto de ser tomadas en cuenta por las instituciones de salud que antes las ignoraban. Pero en la mayoría de los países más afectados por las principales enfermedades que aquejan al Tercer Mundo (malaria, tuberculosis, SIDA y otras enfermedades prevenibles), estas organizaciones de pacientes son débiles y no tienen capacidad de acceder a las esferas en las que se toman decisiones sobre sus vidas.

4. Traducción del autor.

Los programas internacionales de salud han hecho una apuesta por la enfermedad, no por la salud. La mayoría de los programas sobre SIDA, tuberculosis o malaria –tres de los grandes asesinos– son programas curativos. Ésta no es una afirmación ligera: basta revisar la cantidad de recursos económicos que se destinan a las medicinas, a los programas de hospitalización y al personal de salud, en comparación a los recursos que se destinan a la educación y a la comunicación para la prevención.

Es la prueba de que la comunicación no es considerada importante, porque la comunicación supondría poner en marcha procesos de prevención con participación de la sociedad civil, para evitar la incidencia de las enfermedades. En lugar de ello, se destinan mayores esfuerzos para curar a los enfermos, casi una invitación a que su número se multiplique. Sería maquiavélico pensar que la intención sea la de incrementar los presupuestos de las instituciones de salud, pero no se explica de otra manera la consistencia de las políticas mundiales que ponen más énfasis –y con resultados muy precarios– en la medicina curativa y la perpetuación de la enfermedad.

Campañas: guerra terminológica

La (in)comprensión de la comunicación en los programas de salud es consistente con las políticas globales. En la medida en que esas políticas ponen énfasis en la enfermedad antes que en la salud, la “comunicación” se entiende en realidad como mera diseminación de información: las sacrosantas campañas.

La confusión entre comunicación e información contribuye a distorsionar aún más el escenario, impidiendo la formulación de verdaderas políticas y estrategias de comunicación, y sustituyendo a éstas con campañas puntuales y un activismo informativo que ya han demostrado con creces su insuficiencia. Las campañas, además de ser costosas e insostenibles, no permiten una verdadera toma de conciencia sobre los temas que abordan. Las campañas –por definición– se reducen a consignas despojadas de análisis, mensajes unilaterales de “pensamiento único”, que no toman en cuenta variables socio-económicas o culturales.

En la literatura sobre desarrollo hay relatos claros de los equívocos que se producen cuando se implementan campañas ignorantes de las condiciones locales, campañas diseñadas a veces en Europa o en América del Norte, para países de África o Asia, o en el mejor de los casos diseñadas en países del Tercer Mundo pero desde las ciudades, a veces por agencias

de publicidad, y a veces por personal de salud que no conoce la realidad social en áreas rurales o suburbanas.

Un ejemplo clásico, casi un chiste entre los que hemos trabajado en comunicación para apoyar los programas de salud, es el diseño de materiales audiovisuales o carteles sobre dengue, malaria y otras enfermedades transmitidas por mosquitos; cuando esos materiales eran diseminados en la población afectada, recibían comentarios como éste: “Aquí no tenemos mosquitos tan grandes”. Sobre el tema de la percepción y la “perspectiva ortogonal”, se han escrito ensayos interesantes, donde se demuestra que muchos de los materiales que se producen no corresponden a las culturas donde se difunden, pues la percepción del espacio y de la perspectiva es totalmente diferente.

Otro ejemplo clásico de errores conceptuales en las campañas, es el de los mensajes que en áreas rurales de África piden a las comunidades “hervir el agua” antes de consumirla. Este simple mensaje, que puede parecer lógico y cabal en áreas urbanas que tienen acceso a energía eléctrica o a cocinas con gas, resulta un grotesco despropósito en áreas rurales donde, en primer lugar, no hay agua y las mujeres deben caminar a veces kilómetros para obtenerla; y en segundo lugar, la capa forestal ya ha sido erosionada, de manera que no hay suficiente madera para cocinar, y menos, para hervir agua.

Esos mensajes son rara vez responsabilidad de los comunicadores (aunque hay de todo bajo ese rótulo), sino de los administradores de programas de salud que toman decisiones sobre temas de comunicación ignorantes de la realidad de las comunidades a las que pretenden “enseñar”.

En opinión de Daniel Prieto Castillo, cuya obra sobre la mediación entre comunicación y educación es frondosa, las campañas mediáticas ejercen un papel dictatorial antes que de orientación o educación. Prieto Castillo recuerda, como lo hemos hecho nosotros en varias oportunidades, el origen militar del término *campaña*, acoplado con frecuencia a expresiones como “guerra a la enfermedad”, “combate contra la diarrea” o “batalla contra la tuberculosis”. Ya hemos señalado en otros la verticalidad que transpira el lenguaje de las campañas cuando se refiere a las poblaciones como “blanco” sobre el que hay que disparar los mensajes, mejor si es con una *ametalladora* mediática. Coincidimos con Prieto Castillo en que “no hay nada más opuesto que un esquema militar a un espacio comunitario”.

Prieto Castillo alude al “convencimiento” de muchos administradores de los servicios de salud en sentido de que las campañas son la estrategia idónea, y atribuye la explicación a que muchos de ellos llegan “del campo de la política donde esa forma de comunicación tiene siempre un rol central” (Prieto Castillo, 1998).

Lo cierto es que las campañas, costosas e insostenibles y generalmente inefaces en países del Tercer Mundo, corresponden a una mentalidad urbana propia del hemisferio norte, y si acaso podemos reconocerles alguna virtud en países de Europa o Norteamérica –como en el caso del tabaco o del SIDA– su traslado mecánico a países empobrecidos, con condiciones socioeconómicas y culturales diferentes, se traduce casi siempre en rotundos fracasos. Los riesgos de las campañas enumerados por Prieto Castillo incluyen el enfoque sesgado y centrado en un problema (que suele ser una enfermedad); el énfasis en lo catastrófico y tremendista (porque se opera desde una cultura de la muerte y no de la vida y la salud); la intención de provocar cambios de comportamiento aislados e individuales (ignorando el carácter comunitario de las sociedades afectadas); y la preponderancia de mensajes que buscan persuadir y convencer (en lugar de que la gente comprenda los temas).

La población ha desplegado una suerte de “paraguas” para protegerse de la lluvia de mensajes verticales y ajenos tanto a su cultura como a sus necesidades. Este paraguas o sombrilla es, por una parte, el resultado de la impertinencia de los mensajes y su irrelevancia cultural; por otra, resultado de la tensión entre los contenidos idealizados de las campañas y su ineficacia cuando se le contrasta con la realidad socio-económica.

Ejemplos de ello abundan en los informes que señalan un grado de saturación de mensajes que no contribuyen en los procesos educativos. Por una parte las grandes campañas mediáticas no llegan a la población más necesitada porque su acceso a los medios de difusión es precario, y por otra parte los mensajes difundidos son ajenos a la población destinataria.

Para justificar las campañas mediáticas y verticales se suele utilizar el argumento de que no existe otra manera de llegar a las poblaciones más aisladas; por ello, en los informes finales de las campañas, se habla del “éxito” de la cobertura, que permitió llegar “a millones” de personas, sin ofrecer ninguna evidencia cuantitativa de ello, y menos cualitativa. Los “millones” se calculan generalmente con base en las cifras de audiencia que tiene una radio o un canal de televisión a determinada hora y día, pero ello no es un indicador de “llegada”, es decir, de la calidad de la recepción. Aun

si el mensaje llegara físicamente a un receptor de radio, nada indica que haya una persona o familia escuchando en ese momento; si lo escucharon, nada indica que el mensaje haya sido comprendido e internalizado; si lo fue, habría que investigar si produjo cambios de comportamiento.

Un dato que no se debe olvidar es que en áreas rurales empobrecidas y sin electrificación un juego de baterías para la radio puede erosionar el presupuesto de la alimentación familiar, por ello en áreas rurales las familias son muy selectivas con lo que escuchan, y es un mito sugerir que andan pegadas a la radio a todas horas.

La difusión masiva de mensajes no es sino parte del problema. Los contenidos en contraste con la realidad socio-económica constituyen la otra parte, más importante porque revela el desconocimiento profundo de otros temas que están vinculados a la salud.

En Kenia, Mozambique, Sudáfrica y otros países que están en la lista de los diez más afectados por el virus del VIH/SIDA, los medios masivos están saturados de mensajes sobre el tema, aunque la progresión de la enfermedad se mantiene. Esto se debe a que los mensajes, como en el ejemplo de “hervir el agua” mencionado anteriormente, ignoran las condiciones socio-económicas de la población. ¿Qué sentido tiene, por ejemplo, promover hasta el cansancio el uso de condones en las trabajadoras sexuales cuando en su realidad económica cotidiana los clientes les pagan el doble por no usar condones? Ese mismo cliente es probablemente un *sugar daddy*⁵ que infectará a una o varias jóvenes a las que mantiene.

Todo lo que las campañas ignoran con su apabullante centralismo y unidireccionalidad, lo puede tomar en cuenta la comunicación en tanto proceso participativo y de diálogo. Las campañas no son la mejor manera de lidiar con las creencias y tradiciones que están arraigadas en la población por siglos, las cuales a veces son atentatorias de la salud y la convivencia comunitaria.

Los casos emblemáticos de la mutilación genital en las mujeres africanas o de la preferencia y selección forzada de varones en Corea y la India (que llega incluso al asesinato de recién nacidas de sexo femenino), son temas que requieren de un tratamiento educativo de largo plazo, donde la comunicación interpersonal y comunitaria juega un papel más importante que el bombardeo de mensajes que, como ciertos virus, crean mayor resistencia en la población.

5. Jóvenes estudiantes en los países del sur de África se prostituyen con los “sugar daddy” para pagar sus estudios y elevar su nivel de vida.

Incluso desde la lógica de las propias campañas, las cosas no son como parecen. Abundan los manuales que explican, paso a paso, cómo organizar campañas mediáticas, algunos muy buenos por cierto. Nada queda librado al azar: se trata de modelitos perfectos cuya aplicación en la realidad, sin embargo, se revela muy diferente. Pero en la realidad de los países del tercer mundo, las campañas no se hacen con estos manuales, no se siguen los pasos metodológicos que fueron concienzudamente estudiados por académicos de las universidades, así como por especialistas de la información y de los medios. Más bien, la superficialidad de las campañas es el resultado, por una parte, de la improvisación predominante y, por otra, de las decisiones políticas o de políticas de salud que son caprichosas y arbitrarias porque responden a las relaciones de poder y a las negociaciones entre instituciones y personas.

Así como abundan los manuales, también abundan los estudios de caso sobre “mejores prácticas”⁶ para visibilizar los supuestos éxitos de las campañas. El problema es que las evaluaciones y mediciones de estos “éxitos” se obtienen en un período determinado en el que culmina y se despliega con toda su fuerza la asistencia externa. Peor aún, muchos de estos estudios son hechos por o a pedido de las propias organizaciones a cargo de la implementación, lo cual de por sí anula cualquier asomo de crítica. Uno se suele enterar de estos éxitos en las publicaciones institucionales que los anuncian con bombo y platillo, y no así en los mismos países donde se supone que han ocurrido.

Sobre las “mejores prácticas” escribió Warren Feek, director de *The Communication Initiative*, un texto demoledor. Con su habitual sarcasmo critica el uso indiscriminado del término en todas las reuniones institucionales:

La sangre comienza a circular más rápido y usted se siente un tanto molesto e irritado. De ser posible, prohibiría el uso de la dichosa palabra o frase o, al menos, lo restringiría, digamos, a cinco veces durante el encuentro. Pero, irónicamente y a pesar de su estado de agitación interna, usted envía señales externas completamente contradictorias. Se hunde levemente en su asiento y se deja llevar por un sentimiento de ¡No otra vez! Y todo empeora cuando se descubre a sí mismo, increíble, ¡empleando la frase o palabra que lo incomoda!... ¿Puede alguien explicarme qué son “mejores prácticas” y por qué dedicamos tanto tiempo a tratar de identificarlas? Logro entender términos como “buenas prácticas”, “prácticas innovadoras”, “excelentes prácticas” y “prácticas creativas”. Pero, ¿cómo decidir qué es lo “mejor” cuando todas las prácticas relacionadas

6. “*Best practices*”, otro término que nos han regalado desde el norte, como “EIC” (Educación Información, Comunicación) o “*social marketing*”.

con el desarrollo—incluyendo las intervenciones en comunicación—tienen lugar en contextos diferentes, tienen propósitos diferentes, van dirigidos a sectores diferentes de la población, en momentos significativamente diferentes, y encaran problemas dentro de muy variados entornos culturales, políticos y de recursos? Y para hacer aún más compleja esta reflexión, quiero traer a colación las implicaciones de calificar algo como “lo mejor”. Por ejemplo, la necesidad de que todos adopten esa práctica, porque, no es acaso “la mejor”? Una “mejor práctica” podría funcionar perfectamente en un barrio marginal de Cali, Colombia; pero podría ser completamente inapropiada —e incluso ser una “mala práctica”— en Blantyre, Malawi; Puna, India; Kuala Trenggannu, Malasia y aún en mi ciudad natal Nuevo Plymouth, Nueva Zelanda. Y es también probable que aun en Barranquilla, Colombia, no funcione como lo hace en Cali, Colombia, simplemente porque en Barranquilla no funciona. ¡Las cosas son diferentes en Barranquilla! Y, si la idea de calificar algo como “lo mejor” no es que otros lo repliquen, ¿para qué entonces llamarlo “lo mejor”? (Feek, 2008)⁷.

Nuestro análisis sobre las diferencias entre los modelos de comunicación hegemónica (heredero de las corrientes de pensamiento de la modernización y el difusionismo) y participativo (que emerge con las teorías de la dependencia) nos llevó a establecer este cuadro comparativo:

Diferencias principales

Modelo jerárquico	Modelo participativo
Causas de comportamiento	Causas estructurales
Vertical	Horizontal
Persuasión	Concientización
Cambios individuales	Cambios colectivos
Pasiva y “bancaria”	Activa y crítica
Objetos de cambio	Agentes de cambio
Difusión masiva	Dialogo y debate
Diagnóstico generalizado	Diagnóstico específico
Corto plazo / mensajes	Largo plazo / proceso
Acceso controlado	Apropiación en toma de decisiones

No cabe duda de que los que orquestan campañas deberían leer un poco a Paulo Freire, a quien la comunicación para el cambio social le debe tanto.

7. Inicialmente publicado el 3 de marzo de 2005 en *The Communication Initiative*: <http://www.comminiti.com/en/node/29584>

Inclusión en la toma de decisiones

En un texto muy crítico publicado hace más de diez años, el ex ministro de salud de Bolivia, Javier Torres-Goitia T. –impulsor de la participación social a través de los Comités Populares de Salud– opinaba que las burocracias de los gobiernos no supieron ni debatir ni asimilar los diez fundamentos conceptuales que se plantearon el año 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, en Alma Ata, Kazajistán, donde se subraya la salud como un derecho que debe ejercerse con la participación de la sociedad civil. Dice Torres-Goitia que la atención primaria mal entendida fue convertida en “una estrategia para bajar costos” y llevó a una comprensión equivocada de la medicina comunitaria, sustituyendo “los servicios médicos por precarias formas de atención comunitaria en las cuales se delegaba, sin recursos específicos, las funciones y obligaciones del Estado” (Torres-Goitia T., 1998).

Torres-Goitia reivindica los “verdaderos principios de la atención primaria de salud” que promueven una participación de la sociedad “muy diferente a la que buscan las burocracias médicas para mantener el elitismo médico y los sistemas autoritarios de atención”. Considera que cuando se entiende la participación comunitaria como “trabajo gratuito de los humildes que resultan así más humillados” no se sirve la estrategia y la filosofía de la salud integral, que, como señala la Declaración de Alma Ata, no es simplemente la falta de enfermedad sino un derecho fundamental.

El modelo prevaleciente hasta hoy en los servicios de salud (y por lo tanto en las estrategias de comunicación a su servicio) es aquel donde “los técnicos aparecen como jefes, jerárquicamente superiores y como poseedores de verdades absolutas, de verdades científicas que, como tales, no admiten discusión”. Del mismo modo Torres-Goitia fustiga las “sofisticadas técnicas de mercadeo como si se tratara de incorporar al consumo popular la marca de un cigarrillo u otro hábito cualquiera”, y señala las limitaciones de los técnicos que pretenden alcanzar metas de salud “sin tomar en cuenta las vivencias propias de la población”.

La experiencia que desde su ministerio fue alentada en Bolivia, a principios de los años 1980s durante la presidencia democrática de Hernán Siles Zuazo, corresponde a un planteamiento de participación popular en consulta con organizaciones sociales representativas, que tuvieron oportunidad de tomar decisiones con relación a las políticas y estrategias de salud a nivel nacional. De ahí que el lema de los Comités Populares de Salud era:

La salud no se compra ni se mendiga, se conquista con movilización social organizada”. Los miembros de los Comités Populares de Salud “tenían derecho a militar en cualquier partido político, pero en las reuniones se borraban las siglas para hacer cuerpo común en la defensa de la salud colectiva.

Desde el punto de vista de la comunicación, el sólo hecho de que los miembros de los Comités Populares de Salud eran gente de las propias organizaciones sociales, establecía una relación diferente entre los servicios de salud y la población, una relación de diálogo, de intercambio y sobre todo de confianza. Muy diferente a los programas habituales, verticales, donde una agencia de publicidad pretende “llegar a la población” con mensajes que ignoran las particularidades sociales y culturales de cada comunidad.⁸

Por ello, una de las primeras medidas del Ministro Torres-Goitia fue cerrar la dependencia de “Educación para la Salud”, probablemente inspirada por los modelos de Estados Unidos como el “IEC” (Información, Educación y Comunicación), que tanta influencia –comprensible por el origen de los financiamientos– ha tenido no solamente en América Latina, sino en todo el Tercer Mundo dependiente. Lo que encontró en esa dependencia eran los clásicos “mensajes” en el estilo de “lavarse las manos después de ir al baño” o “cepillarse los dientes de arriba abajo y no horizontalmente”... Su comentario al respecto es ácido:

Buena parte de la población no tenía agua, menos conocía un baño, pero fue imposible cambiar la mentalidad de profesionales que habían pasado años estudiando cómo enseñar a los analfabetos, a quienes veían no solamente como campesinos pobres, sino como “ignorantes”. En su lugar estableció una oficina de comunicación que antes de enseñar nada aprendiera de la población sus motivaciones y aspiraciones.

La relación cerca de los Comités Populares de Salud con la comunidad permitió –según narra Torres-Goitia– la distribución en apenas una semana de 600 mil sobres de sales de rehidratación oral, a pesar de la protesta de los médicos que pretendían canalizar todo a través de los hospitales.

En otra parte de este texto hemos discurrido sobre la comunicación como proceso, que debe ser apropiado por la población, en lugar de la cadena

8. Hay otras experiencias similares en América Latina, como la de Puerto Rico con los Comités de Salud Comunitaria (COSCOs), que se establecieron a principios de esta década para alentar la participación ciudadana en los “municipios saludables”. Se trata de facilitar un lugar de encuentro para “la negociación y la participación en la toma de decisiones y la ejecución de acciones dirigidas hacia la promoción de la salud de los residentes en las comunidades” (Arroyo-Acevedo y Rivera-Sáez, 2004).

de difusión orquestada verticalmente y con resultados por demás dudosos. La gestión de la estrategia de salud que se implementó en Bolivia en esos años, estaba íntimamente ligada a un concepto de comunicación que no se reduce al uso de los “medios”. Para el ex ministro Torres-Goitia, la distinción era clara: usaba los medios de difusión masiva para efectos de visibilidad institucional, pero el trabajo con las comunidades se hacía con base a un proceso de diálogo que llevaban adelante los Comités Populares de Salud.

En Perú, durante el gobierno de Toledo, el Ministerio de Salud llevó adelante en el marco de su programa “Derechos en Salud”, una iniciativa de consulta a la población para que se exprese sobre las políticas y los servicios de salud. El año 2004 se organizaron talleres regionales para debatir la “Carta de Salud” (2006), un mecanismo que permitió retroalimentar los planes y programas del sector, y reorientarlos en función de las expectativas de la población. Este reto empezó por hacer entender el tema al propio personal del sistema de salud.

La particularidad de la Cruzada Nacional por los Derechos y Responsabilidades Ciudadanas en Salud, es que abordó el tema desde una perspectiva de derechos humanos, cuya concreción es posible solamente si la ciudadanía participa colectivamente en la toma de decisiones. Sin embargo, una de las limitaciones de esta iniciativa fue el manejo de la tensión entre la voluntad expresa de abrir espacios de debate en la ciudadanía y la necesidad política de lograr visibilidad institucional. Es decir, nuevamente la tensión entre las acciones de comunicación participativa y las de diseminación de información.

Aquí también, como hemos visto en ejemplos anteriores, uno de los temas que más salió a la luz en las voces ciudadanas, fue el de las quejas de la población más pobre y marginada sobre el maltrato recibido por parte del personal de salud.

La inclusión de la población no debe entenderse solamente en términos de la cobertura de salud, sino como participación en el proceso de la toma de decisiones. En ese sentido es pertinente la reflexión de Luis Ramiro Beltrán:

... la participación del pueblo no debe entenderse como su incorporación subalterna a los esquemas de trabajo de organismos sanitarios sino como su intervención continua en la protagónica calidad de conductor del proceso de promoción y prevención de salud (Beltrán & González, 1998).

El comunicador/educador

El comunicador para la salud no tiene en realidad un perfil fundamentalmente diferente del comunicador a secas. A diferencia de un periodista, que puede especializarse en temas sectoriales para escribir sobre ellos con propiedad, el comunicador es un mediador y un facilitador, en lugar de un generador de mensajes. Todo conocimiento que se suma a su perfil de comunicador es bienvenido, pero lo esencial de su tarea no consiste en producir mensajes y paquetes educativos tanto como de hacer posible un proceso de participación y educación cuyo eje es el diálogo de saberes y la acción colectiva.

En un texto que circuló a fines de la década pasada, señalábamos algunas características del “nuevo comunicador” subrayando, sobre todo, su capacidad para reejercer una mirada estratégica y de proceso sobre la realidad:

El nuevo comunicador debe estar familiarizado con el siguiente concepto: en comunicación para el cambio social el proceso es más importante que el producto. En periodismo, los artículos, los documentales de video o los programas de radio son resultados valiosos para un profesional experimentado. Pero en cambio social y desarrollo, el proceso de comunicación con la gente y dentro de las comunidades es más importante que las ayudas impresas o audio-visuales que puedan surgir de esa dinámica. Es en el proceso de comunicación y participación que se inicia el cambio social (Gumucio Dagon, 1997).

La sensibilidad cultural y el compromiso del comunicador como mediador y facilitador de esos procesos es un requisito indispensable. Así como el despojarse de una visión instrumental del desarrollo y de las técnicas educativas:

El nuevo comunicador debe comprender que la tecnología es una herramienta y nada más que una herramienta. La tecnología puede apoyar el proceso de comunicación, pero este no puede depender totalmente de ella. También es importante comprender que la tecnología no sólo implica computadores, satélites e Internet. Un lápiz es un maravilloso producto de la tecnología y técnicas de comunicación que han demostrado su eficacia van desde el teatro popular hasta los murales comunitarios.

Como mediador en el proceso, el comunicador/educador aprende a situarse en una lógica de trabajo desde la comunidad, *desde* la subjetividad comunitaria:

La profesionalización de su trabajo debe ser reconocida, pero ligada a su compromiso. Es alguien que sabe pero no se impone, que promueve las búsquedas educativas de los otros y que se va transformando él mismo; y como además desea el bien de la comunidad, es alguien que entra y sale, formando parte del deseo de superación de la población (Alfaro, 1998).

Una de las premisas erradas del modelo de promoción de la salud es que “todo” personal de salud debería convertirse en “comunicador”. Esto ha llevado a cometer los errores más garrafales cuando el proceso de comunicación es entregado al personal que no tiene ni la capacitación ni la experiencia necesaria. Hay en esa actitud un desprecio implícito por los especialistas en comunicación, ya que se supone que “cualquiera” puede ejercer ese papel en una institución. Un par de cursos de una semana basta para que una enfermera o un médico se conviertan en comunicadores. El barniz de la capacitación improvisada, sin embargo, se descascara por falta de pensamiento estratégico. A lo sumo, lo que se aprende en esas capacitaciones esporádicas, es cómo producir y disseminar mensajes, sin darse cuenta que es precisamente en esa dispersión e improvisación que radica el fracaso del modelo difusionista.

¿Por qué no se acude a especialistas de comunicación para el desarrollo? ¿Por qué, si se considera que la comunicación es esencial, no se crean puestos en las instituciones de salud que puedan ocupar especialistas, en lugar de personal de salud improvisado? Existe una contradicción clara, una vez más, entre el discurso que es bueno para los foros internacionales y la toma de decisiones sobre la asignación de recursos. No cabe la menor duda cuando se examina el presupuesto de los ministerios de salud, que las prioridades reales no son las del discurso que se elabora para afuera. A la comunicación no se le asignan recursos y por ello no se puede actuar de manera estratégica, ni contar con el personal especializado.

Hay esfuerzos en años recientes de formar seriamente comunicadores para la salud en ciertas universidades. Ya no se trata de cursos cortos para personal de salud, sino maestrías de comunicación para la salud que sirven para equipar mejor a los comunicadores para el desarrollo que desean especializarse en el campo de la salud. Con este propósito se estableció en Perú un consorcio de cuatro universidades que mantienen la maestría en Comunicación para la Salud.

Participación y movilización comunitaria

El principio de la participación comunitaria y de la movilización popular (para la salud, para el medio ambiente, para la educación o para el fortalecimiento organizativo), sigue siendo el punto de partida central que permite potenciar los recursos propios de las comunidades y desarrollar su capacidad de “agencia”,⁹ como lo entiende Amartya Sen (1999).

La movilización popular era y es todavía un proceso de gestión del aprendizaje sobre la base de las relaciones solidarias en una comunidad. Nos recuerda esto Rosa María Alfaro:

La conciencia crítica sobre la realidad conducía pedagógicamente el proceso de inserción en la comunidad y el mundo. Ese fue el sustento teórico más sólido que le otorgaba racionalidad y sentido a las diferentes propuestas. Fue una respuesta crítica incisiva ante fórmulas clientelistas de la ayuda social y la capacitación vertical y “bancaria”, impulsadas por muchos gobiernos latinoamericanos (Alfaro, 1998).

En su momento Paulo Freire hizo la crítica del extensionismo y de los extensionistas quienes, aunque bien intencionados, intervienen en las comunidades tratando de imponer un saber ajeno y no dialogado con la población. Incluso en los mejores momentos del movimiento de educación popular en América Latina en los años setenta, se produjo una distorsión que ensalzó de tal modo las técnicas participativas, que se convirtieron en una finalidad y no solamente en un instrumento más en el proceso. Las “técnicas grupales” como ingrediente *sine qua non* de la educación popular, nos hacen pensar hoy en los cantos y dinámicas de grupo que utilizan las iglesias evangélicas para crear ambiente entre sus feligreses.

La aplicación sistemática de técnicas y modelos participativos se convirtió, poco a poco, en un ritual que debía cumplirse “religiosamente”. El énfasis en las técnicas fue gradualmente en detrimento de los procesos educativos. Los sujetos humanos participantes en la rutina se convirtieron en objetos de procedimientos y técnicas casi obligatorias, metodologías que se erigieron en un fin en si mismos y no en parte de un proceso educativo. Rosa María Alfaro ha señalado en el mismo texto citado más arriba, que se dio una suerte de oposición entre lo individual y colectivo,

9. “The use of the term ‘agency’ calls for a little clarification. The expression ‘agent’ is sometimes employed in literature of economics and game theory to denote a person who is acting on someone else’s behalf (perhaps being led on by a ‘principal’), and whose achievements are to be assessed in the light of someone else’s (the principal’s) goals. I am using the term ‘agent’ not in this sense, but in its older –and ‘grander’– sense as someone who acts and brings about change, and whose achievements can be judged in terms of her own values and objectives, whether or not we assess them in terms of some external criteria as well” (Sen, 1999).

que de alguna manera intimidaba las actitudes individuales e imponía las colectivas, en virtud de una mayoría que no reconocía la diversidad. Esa homogenización del proceso educativo se topó en un momento dado con una realidad menos homogénea y más diversas, en la medida en que los sectores urbanos y migrantes adquirieron mayor importancia en la lucha para superar la pobreza, la marginalidad y la discriminación:

Estamos hoy ante una devaluación de la idea de comunidad tradicional y la necesidad de reformular otra idea de comunidad. Y subraya: Todavía nos encontramos frente a sobrestimaciones de lo local, territorializado como ámbito de desarrollo único y posible, a pesar de que constatamos que lo local hoy se desterritorializa. Nuevas comunidades empiezan a aparecer, desde aquellas que se reúnen eventualmente y sin continuidad, donde el territorio no es una marca del agrupamiento (...) o de aquellas llamadas virtuales... (Alfaro, 1998).

La comunidad es hoy más diversa que nunca debido a la globalización de la economía y a la mundialización de la cultura. Nunca fue, de cualquier modo, un universo humano tan simplificado como se lo quiso entender. La comunidad más pequeña está sujeta a luchas de poder, a conflictos sociales entre ricos y pobres, a tensiones entre la tradición y la modernidad. No reconocer en cada comunidad ese conjunto de tensiones y su gran diversidad, es lo que lleva a las acciones equivocadas de diseminación de información (no podemos llamarlas de “comunicación”) que generalizan los mensajes y los medios, proyectándose verticalmente sobre universos humanos que no son homogéneos.

Un sujeto debe participar en las acciones colectivas libremente y con la seguridad de que su voz es tan válida como las otras, y que su aporte es tan rico como el de los demás. El proceso mismo de la participación, en lugar de descalificar y discriminar negativamente, contribuye a reunir, unir, consolidar un cuerpo social comunitario que permite avanzar mediante acciones colectivas. No sería una participación libre si estuviera restringida a roles predeterminados o a un regateo del derecho a la palabra. Tiene que haber placer en el proceso educativo: el aprendizaje por la emoción. La participación “debe ser querida y gozada, peleada y buscada, más allá de consideraciones metodológicas. La participación debiera permitir que cada sujeto sea libre y ejerza su palabra, un reclamo a ser escuchado” añade R. M. Alfaro.

Más allá de esta participación orgánica en programas, proyectos o procesos, la participación le compete a toda la sociedad, porque la salud es un derecho de todos, no solamente de los enfermos o de los que trabajan en

ese campo social. La sociedad entera debe actuar en un tejido de interrelaciones complejo, que demanda de acciones de comunicación igualmente complejas. Es decir, lo opuesto a la opción *mass*-mediática que ha imperado en el paradigma del mercadeo social para la salud.

Cuando el énfasis está en el proceso comunicacional antes que en los mensajes, se presta una mayor atención al conocimiento de los sujetos y de las comunidades, así como sus tradiciones, sus formas de diálogo y de aprendizaje. Las necesidades y el potencial que ya existen en el universo comunitario deben ser conocidas antes de una intervención. La comunidad debe tener la libertad y la capacidad de formular sus demandas de comunicación como paso previo a poder vehicular sus demandas de salud. Las acciones propuestas desde afuera, desde el Estado o desde las instituciones de desarrollo privadas, no deberían imponerse sobre la voluntad de los sujetos. Como en Freire, es imprescindible que la realidad comunitaria sea problematizada si se quiere identificar los factores que favorecen el cambio y los que lo frenan.

Los días internacionales

Uno de los equívocos más notables es la promoción de Días Internacionales o Días Mundiales sobre temas de salud. La salud, en el calendario de los días mundiales, es sin duda el sector social que predomina. En teoría, superficialmente, estos días son una ocasión ideal para llamar la atención sobre determinados temas y convocar a la opinión pública tanto a reflexionar sobre determinados temas y convocar a la opinión pública tanto a reflexionar como a participar en su solución. Además, los días internacionales permiten ejercer presión sobre instituciones del Estado, sobre la cooperación internacional y sobre los financiadores, para incrementar los fondos para las bolsas “temáticas”.

El equívoco radica en creer que con una campaña de un día al año se pueda realmente crear conciencia, es decir, comprensión de los problemas y no simplemente una adhesión epidérmica y oportunista (por lo circunstancial). El costo de este equívoco es muy alto, pues la concentración de recursos financieros y humanos para las actividades de un solo día, suele ser desproporcionada.

Como ejemplo quiero recordar mi propia experiencia –probablemente compartida por muchos especialistas en comunicación que se han visto en similares circunstancias– durante mi trabajo en Papua Nueva Guinea, en el marco de un programa de cooperación de AusAid¹⁰ con el Ministerio de Salud de ese país-isla del Pacífico Sur.

10. La agencia bilateral de cooperación australiana.

Tres meses antes del Día Internacional del HIV/SIDA (el 1° de diciembre), ya se movilizaban recursos económicos y personal para preparar la jornada. No era una movilización en paralelo con las actividades regulares programadas, sino un desvío casi exclusivo de tiempo, de energía y de recursos, que resultaba en privilegiar desproporcionadamente la celebración –si se puede llamar así– de ese día internacional, en detrimento de las actividades programáticas regulares. El programa de combate contra el HIV/SIDA contaba en Papua Nueva Guinea con más presupuesto que los otros programas sectoriales y, sin embargo –cruel paradoja– el HIV/SIDA figuraba en posición 20 ó 21 como causa de morbilidad y mortalidad en el país.

Innumerables avisos y mensajes en los medios de difusión; producción masiva de folletos y carteles que generalmente estaban listos el día antes, sin tiempo para distribuirlos y con grandes problemas de diseño; multiplicación de declaraciones de ministros y directores de agencias de cooperación para dar visibilidad a sus programas; algunas marchas con pancartas en las calles principales de los centros urbanos... “Mucho ruido y pocas nueces”. El 2 de diciembre era un día de alivio para todos, pero no despejaba la conciencia de que no iba a cambiar la situación para nada.

Este ejemplo demuestra hasta qué punto las agendas supranacionales o internacionales, decididas en los grandes centros de financiamiento y en las grandes agencias de cooperación, son impuestas sobre los gobiernos de los países dependientes.

La lista de días internacionales que se supone debemos respetar y apoyar como ciudadanos mediante nuestra participación activa es tan larga, que uno se explica fácilmente la creciente apatía e incluso rechazo de la ciudadanía. La lista completa ocuparía varias páginas. Los más conocidos son el Día Internacional del Cáncer (4 de febrero); Día Europeo de la Salud Sexual (14 de febrero); Día Mundial de la Tuberculosis (24 de marzo); Día Mundial de la Salud (7 de abril); Día Mundial sin Tabaco (31 de mayo); Día Mundial del Donante de Sangre Red (14 de junio); Día Mundial de la Salud Mental (10 de octubre); y el Día Mundial de Lucha contra el SIDA (1 de diciembre), que viene a ser como el “rey” de los días internacionales.

Como si no le bastara a la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la Jornada Mundial del Enfermo (11 de febrero) y el Día Mundial contra el Dolor (17 de octubre), ha llenado el calendario con conmemoraciones dedicadas a enfermedades específicas: Día Mundial de la Lepra (30 de enero); Día Mundial del Glaucoma (12 de marzo); Día Internacional del

Transplante (27 de febrero); Día Mundial del Parkinson (11 de abril); Día Mundial de la Hemofilia (17 de abril); Día Mundial del Lupus (10 de mayo); Día Mundial de la Hipertensión (14 de mayo); Día Mundial de la Hepatitis (19 de mayo);¹¹ Día Mundial de la Epilepsia (24 de mayo); Día Mundial del Linfoma (16 de septiembre); Día Mundial del Alzheimer (21 de septiembre); Día Mundial del Corazón (28 de septiembre) –que no es lo mismo que el día de los enamorados–, Día Mundial de la Menopausia (19 de octubre); convenientemente cerca del Día Mundial de la Osteoporosis (20 de octubre); Día Mundial de la Diabetes (14 de noviembre); Día Internacional de las Personas con Discapacidad (3 de diciembre).

Pareciera que el Día Mundial de las Enfermedades Raras (28 de febrero) no es suficiente pues el calendario nos apabulla con muchos otros que sólo los doctores pueden inventar, como el Día Mundial de la Fibromialgia (12 de mayo); Día Mundial contra la Esclerosis Lateral Amiotrófica (21 de junio); Día Mundial de la Retinosis Pigmentaria (29 de septiembre); Día Mundial de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (16 de noviembre); Día Europeo del Uso Prudente de Antibióticos (18 de noviembre); Día Internacional de la Espina Bífida (21 de noviembre); o el Día Internacional de la Esclerosis Múltiple (18 de diciembre); que también se celebra el 27 de mayo; ¿quién lo entiende?

Era importante extenderse en esta lista que muestra la saturación extrema de días internacionales durante el año, para sentir la repulsión que produce. Se habrá dado cuenta el lector de que, paradójicamente, sólo quedan relativamente libres de “días internacionales” los meses de enero, julio y agosto; y no es casual, pues esos meses corresponden al periodo de vacaciones de verano en el hemisferio norte, así como a los días de asueto que siguen a la celebración de la navidad y del Año Nuevo en las culturas occidentales. Todo está hecho así: para el norte y para el occidente. Una vez más constatamos una imposición incluso en la manera de organizar el calendario en función de los intereses de los países hegemónicos.

De algo toma conciencia la ciudadanía: no es posible que todos los esfuerzos sean volcados para campañas de un día al año, cuando se sabe que los programas regulares que deberían ser eficientes y efectivos todos los días, son precarios y no contribuyen a la solución real de los problemas. Nuevamente, surge el cuestionamiento de las campañas puntuales, como acciones de guerra que no contribuyen a apropiarse de un tema, sino simplemente a ponerlo fugazmente en los medios.

11. Parece que no era suficiente, pues hay también el Día Internacional de la Hepatitis C que se celebra el 1º de octubre.

A manera de conclusión

La crítica que hemos apenas esbozado en este texto no es nueva: abunda en la literatura sobre la comunicación y la promoción de la salud, aunque al mismo tiempo ha sido desplazada o recubierta por el barniz del discurso triunfalista que se escucha en muchas conferencias internacionales y sobre todo en los foros en los que se expresan los gobiernos. Esos discursos no hacen sino oscurecer más una realidad dramática, que no tiende a mejorar muy a pesar de los famosos “objetivos del milenio” y de las estrategias de “reducción de la pobreza”, de las que saben más en las altas esferas de burócratas, que en las comunidades donde se padece cotidianamente la pobreza y la enfermedad.

Preocupa sobremanera la distancia entre el discurso institucional o gubernamental sobre el tema específico de la comunicación, así como las acciones que se llevan a cabo, que muestran no solamente una falta de comprensión sobre lo que es la comunicación, sino también la incapacidad de planificarla y de pensarla con una perspectiva estratégica.

En el discurso para consumo internacional se reconoce que la comunicación y la participación comunitaria “son indispensables” en todos los procesos de desarrollo. En la práctica, sin embargo, se ve claramente que son “dispensables” y prescindibles, y que lo que más interesa es la visibilidad institucional y en el mejor de los casos la diseminación masiva de información a través de mensajes.

No existe, lamentablemente, ninguna instancia que a nivel nacional, regional o internacional permita acompañar, verificar y ejercer el derecho de crítica sobre el uso que se hace de la comunicación en los programas de cooperación para la salud y para el desarrollo en general. No existen observatorios para la comunicación para el desarrollo, como los que se han creado en la última década para vigilar el comportamiento de los medios masivos¹² que permitan emitir regularmente informes sobre su comportamiento y sobre su cobertura de temas prioritarios para la sociedad.

Al menos son claros los criterios que permitirían evaluar a las agencias de cooperación y a las organizaciones para el desarrollo para comprobar si están realmente comprometidas con un trabajo de comunicación que trascienda la visibilidad institucional y la diseminación de mensajes. Estos criterios, que discutimos en el Congreso Mundial de Comunicación para el

12. Existe desde el año 2007 una red latinoamericana de observatorios de medios, que incluye a una decena de instituciones de Perú, Guatemala, Brasil, Chile, Bolivia, entre otros países.

Desarrollo¹³ y que he propuesto en varios documentos, pueden sintetizarse en tres indicadores: a) políticas y estrategias; b) recursos presupuestados; y c) personal especializado y en puestos de jerarquía.

Pocas organizaciones se han dotado de una política de comunicación. Ya hemos visto que la mayoría simplemente improvisa y que las campañas son tan redundantes como ineficaces. La carencia de una política, es decir, de una visión institucional clara y consensuada sobre la comunicación, les impide diseñar estrategias que apoyen de manera eficaz los programas de desarrollo (de salud y otros). Una política de comunicación permitiría que las estrategias sean incorporadas a los programas desde su inicio, y no a medio camino o al final, cuando se empieza a sentir la amenaza de un fracaso.

Las políticas y estrategias solamente pueden ser sostenibles con el financiamiento adecuado. Muchas organizaciones tienen presupuestos asignados a la “comunicación” que en realidad se gastan en acciones de difusión o de visibilidad institucional. Conscientes de ello, los participantes en el Congreso Mundial de Comunicación para el Desarrollo (Roma, 2006), hicimos hincapié en el documento final en la necesidad de que cada programa cuente con un porcentaje mínimo (5% a 10% del total), exclusivamente dedicado a las estrategias de comunicación, e insistimos en que era importante diferenciar ese presupuesto del que se destina a la difusión o a la visibilidad.

El tercer componente no es menos importante, pues sin desarrollar una capacidad interna en comunicación, es muy difícil que las políticas y estrategias puedan implementarse, aún contando con los recursos económicos necesarios. Es por ello un indicador fundamental, que las agencias, organizaciones y programas cuenten con personal especializado en comunicación (que no es lo mismo que periodismo, relaciones públicas o publicidad). Y es también importante que ese personal calificado tenga en la estructura organizacional el nivel suficiente como para participar en la toma de decisiones, de manera que esa responsabilidad no dependa de los administradores o los doctores.

El doctor sabe de salud, pero no sabe de comunicación. Así de simple.

13. Convocado por el Banco Mundial, la FAO y The Communication Initiative, y realizado en Roma en octubre del 2006 en la sede de la FAO.

Bibliografía

- Alfaro, R. M. (1998). “Educación y Movilización Comunitaria: entre Procesos y Rupturas”, en: Beltrán, L. R. y González S., F. (compiladores) *Movilización Comunitaria para la Salud*, La Paz: Universidad Johns Hopkins, Save the Children.
- Arroyo-Acevedo, H. V., editor. (2004). *La promoción de la salud en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica*, San Juan, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico. 500 pp.
- Arroyo-Acevedo, H. V. y Rivera-Sáez, W. (2004). “La promoción de la salud y la educación para la salud en Puerto Rico”, en: *La promoción de la salud en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica*, San Juan, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico.
- Beltrán, L. R. y González S., F. (compiladores) (1998). *Movilización Comunitaria para la Salud*, La Paz: Universidad Johns Hopkins, Save the Children. 174 pp.
- Cerqueira, M.T. y H. A., editores (1997). *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Un análisis sectorial*, San Juan: Universidad de Puerto Rico.
- Cruzada Nacional por los Derechos y Responsabilidades Ciudadanas en Salud (2006). *Carta de la Salud: Escuchando la Voz de la Población*, Lima: CARE Perú.
- Feek, W. (2008). “¿Son mejores las mejores prácticas?”, en: Gumucio Dagron, A. y Tufté, T. (compiladores). *Antología de Comunicación para el Cambio Social: Lecturas Históricas y Contemporáneas*, La Paz/New Jersey: Consorcio de Comunicación para el Cambio Social.
- Gumucio-Dagron, A. (1997). “The New Communicator”. Ponencia presentada en el seminario “Communication for Social Change: Broadening the Debate”, Washington D.C., agosto 1997.
- Nataraj, S. (1994). “The Magnitude of Neglect. Women and Sexually Transmitted Diseases in India”, en: *Private Decisions, Public Debate – Women, Reproduction and Population*, London: Panos Publications Limited.
- Panos. (1994). *Private Decisions, Public Debate – Women, Reproduction and Population*, London: Panos Publications Limited.
- Peñaherrera Sánchez, E. y Noblega, M. (2004). “Promoción de la salud en el Perú”, en: Arroyo-Acevedo, Hiram V., editor. *La promoción de la salud en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica*, San Juan, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico.
- Prieto Castillo, D. (1998). “En torno a la Comunicación y a la Movilización Comunitaria”, en: Beltrán, L. R. y González S., F. (compiladores). *Movilización Comunitaria para la Salud*, La Paz: Universidad Johns Hopkins, Save the Children.

- Salinas Cubillos, J. y Escribano Veloso, I. (2004). “Promoción de la salud y educación para la salud en Chile”, en: Arroyo-Acevedo, H. V., editor. *La promoción de la salud en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica*, San Juan, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico.
- Sen, A. (1999). *Development as Freedom*, New York: Anchor Books. 366 pp.
- Torres-Goitia T., J. (1998). “Factores y Procesos de la Movilización por la Salud: la Experiencia Boliviana”, en: Beltrán, L. R. y González S., F. (compiladores) *Movilización Comunitaria para la Salud*, La Paz: Universidad Johns Hopkins, Save the Children.

Recibido: 16 de julio de 2009 Aprobado: 28 de septiembre de 2009

Época II. Vol. XVI. Núm. 31, Colima, verano 2010, pp. 67-93