

Beltrán S., Luis Ramiro (1997) **Universidad y Comunicación para la salud: acciones y reflexiones en América Latina**. 16 p. Documento preparado a solicitud de la Organización Panamericana de la Salud para la Primera reunión Internacional sobre Comunicación y Salud patrocinada por la OPS/OMS, la FELAFACS y la Universidad de Lima en el marco del IX Encuentro Latinoamericano de Facultades de Comunicación Social: Desafíos de la Comunicación Globalizada. Lima, Perú, 27-31 octubre, 1997. (inédito)

Colecc. LR Beltrán  
PP-AI-097

# UNIVERSIDAD Y COMUNICACION PARA LA SALUD:

## ACCIONES Y REFLEXIONES EN AMERICA LATINA\*

BIBLIOTECA CENTRAL  
UNIVERSIDAD CATÓLICA BOLIVIANA SAN PABLO

RESISTENCIA, INEQUIDAD, INDIFERENCIA 3

PREVENCIÓN DE LA COMUNICACIÓN PARA LA SALUD 3

COMUNICACIÓN - HERRAMIENTA CLAVE 4

¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN PARA LA SALUD? 4

LA CLAVE DE LA COMUNICACIÓN PARA LA SALUD 5

EL ÁMBITO PROFESIONAL 7

ENSAYO DE POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA 7

EMPRENDIMIENTOS EN BOLIVIA 9

UN APORTE EN PARAGUAY 9

IMAGEN DE LA SALUD EN LOS MEDIOS 10

BIBLIOGRAFÍA 11

DR. LUIS RAMIRO BELTRAN S.

CONSEJERO REGIONAL PARA AMÉRICA LATINA

UNIVERSIDAD JOHNS HOPKINS

CENTRO PARA PROGRAMAS DE COMUNICACIÓN EN SALUD

IX ENCUENTRO LATINAMERICANO DE FACULTADES DE COMUNICACION SOCIAL:  
DESAFIOS DE LA COMUNICACION GLOBALIZADA

LIMA PERÚ - OCTUBRE 27-31, 1997

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE FACULTADES DE COMUNICACIÓN SOCIAL (FELAFACS)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE LIMA

\* DOCUMENTO PREPARADO A SOLICITUD DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA LA PRIMERA REUNION INTERNACIONAL SOBRE COMUNICACION Y SALUD PATROCINADA POR LA OPS/OMS, LA FELAFACS Y LA UNIVERSIDAD DE LIMA EN EL MARCO DEL IX ENCUENTRO LATINAMERICANO DE FACULTADES DE COMUNICACIÓN SOCIAL.

## CONTENIDO

|  | <u>Página</u> |
|--|---------------|
| <i>DOS PERSPECTIVAS CONTRAPUESTAS</i>              | 1             |
| <i>RESISTENCIA, INEQUIDAD, INDIFERENCIA</i>        | 2             |
| <i>PREVENCION Y PROMOCION : NO HAY ALTERNATIVA</i> | 3             |
| <i>COMUNICACION : HERRAMIENTA CLAVE</i>            | 4             |
| <i>QUE ES LA COMUNICACION PARA LA SALUD</i>        | 4             |
| <i>LA CLAVE : EL PLANEAMIENTO ESTRATEGICO</i>      | 5             |
| <i>¿A LA ALTURA DEL RETO?</i>                      | 5             |
| <i>EL AMBITO PROPICIO</i>                          | 7             |
| <i>ENSAYO DE POSTGRADO EN SAO PAULO</i>            | 7             |
| <i>EMPRENDIMIENTOS EN BOLIVIA</i>                  | 9             |
| <i>UN APORTE EN PARAGUAY</i>                       | 9             |
| <i>LA ALIANZA UNESCO-OPS/OMS</i>                   | 9             |
| <i>IMAGEN DE LA SALUD EN LOS MEDIOS</i>            | 10            |
| <i>¿UNA UTOPIA PARA EL SIGLO XXI?</i>              | 11            |
| <i>BIBLIOGRAFIA</i>                                | 12            |

Sin duda, la salud es - a la par de la nutrición - factor fundamental de la existencia humana. Forzada por las circunstancias, la gente puede subsistir en rústico albergue y con escasa educación, pero no puede hacerlo sin alimentación segura y buena salud. Obviamente crucial para la sobrevivencia de las personas, la salud también lo es para el desarrollo de las naciones. "... *La salud debe ser valorada como una parte indispensable del mejoramiento de la calidad de la vida, que es el objetivo del desarrollo. Las políticas y las metas de otros sectores deben ser puestas en línea con los fines esenciales de la salud*". Así lo recalcaron recientemente expertos internacionales reunidos por la OMS (Gunatilleke y El Bindari Hammad, 1997, p. 60).

Hay consenso fácil en torno a enunciados tan lógicos como esos. Pero, exactamente, ¿qué se entiende por salud? ¿Hay una acepción inequívoca y universal? Quien trabaja en comunicación al servicio de la salud necesita saberlo. Y, al indagar, se encontrará con que en esto no hay nada parecido al fácil consenso.

---

## DOS PERSPECTIVAS CONTRAPROPUESTAS

---

¿Qué es la salud? Nada más que la ausencia de enfermedad. ¿Qué determina la presencia de enfermedad? Factores puramente físico-biológicos que afectan al organismo humano. ¿Y qué hay que hacer para eliminar la enfermedad y restablecer la salud? Procurar la curación que es facultad exclusiva de los profesionales de la medicina y sus auxiliares en relación individual con los pacientes, quienes deben limitarse a obedecer las prescripciones médicas.

Esta concepción tradicional de la salud permaneció incólume hasta principios de la década de 1940 cuando comenzó a surgir otra del todo opuesta a ella. En la primera mitad de tal decenio el médico estadounidense Henry Sigerist sostuvo en un estudio que, más que depender de la medicina, la salud del pueblo está cifrada en que se proporcione a éste educación libre, condiciones decorosas de vida y trabajo y medios adecuados de recreación y reposo. A la tarea de dotar de todo ello a la gente la denominó "promoción de la salud" y la consideró la misión primordial de la profesión médica. Colocó en segundo lugar a la prevención. Y bajó la curación ("restauración y rehabilitación") al último nivel de importancia por hallarla necesaria solo en caso de fallar la prevención. (Sigerist, 1941, 1946).

Las revolucionarias ideas de Sigerist fueron rechazadas o pasaron casi desapercibidas en aquel tiempo. Pero al correr de los años irían a ser rescatadas, expandidas y refinadas.

En 1947 la Organización Mundial de la Salud hizo ya una franca acogida de aquel credo al enunciar esta definición: "*La salud es un bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades*". Pero aun habría de transcurrir algo más de un cuarto de siglo antes de que la innovación doctrinal comenzara a cobrar vuelo universal. (Green y Simons-Morton, 1988).

El rescate de aquellas ideas en la propia Norteamérica sobrevino por la vía gubernamental. El gobierno del Canadá hizo público en 1974 el "Informe Lalonde", propuesta de un enfoque de "**campo de salud**" compuesto no solo por la medicina sino también por la biología humana, el estilo de vida y el medio ambiente. El documento recomendó claramente que lo preventivo debía prevalecer sobre lo curativo y que la promoción de la salud, especialmente por medio de la educación y la recreación, debía ser la estrategia principal para lograr la plena salud pública. (Lalonde, 1974).

Las nuevas ideas comenzaron a difundirse en otros países provocando interés, sea que fueran aceptables para unos o desechables para otros. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recogerían la creciente inquietud innovadora. Para estudiarla en profundidad organizaron en 1978 en la ciudad soviética de Alma-Ata una Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud con la asistencia de delegados de 134 países. Ellos adoptaron una política, esencialmente preventiva, que iría a ser conocida por el lema que tradujo su finalidad: "*Salud para Todos en el Año 2000*". Proclamaron así su resolución para que la salud no siguiera siendo el privilegio de unos pocos, pues debía considerársela un derecho humano universal y fundamental. Para aplicar esa política justiciera, establecieron como su enfoque operativo principal el de **Atención Primaria en Salud (APS)** entendida como la provisión "*esencial de cuidados de salud que sea técnicamente válida, económicamente factible y socialmente aceptable*". (OPS/OMS, 1994, p. 5). Y proclamaron su convicción de que el pueblo tiene el derecho y el deber de participar, individual y colectivamente, en el planeamiento y la ejecución de dicha atención en salud.

En 1979 el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos de América publicó a su vez un documento por el que propuso el cambio del enfoque tradicional de curación de enfermedades al de

la “promoción de la salud”, principalmente por mejoramiento de los estilos de vida y al de “prevención de enfermedades”, principalmente por protección contra amenazas del medio ambiente. Así fue rescatado 38 años más tarde en su propia tierra el pensamiento innovador del precursor Sigerist.

En 1986 el movimiento en favor de aquel cambio conceptual alcanzó finalmente su culminación plenaria en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, auspiciada en Canadá por la OMS, a la que concurrieron representantes de 38 gobiernos. Ellos firmaron en ese encuentro la Carta de Ottawa que consagró a la promoción como la estrategia fundamental para lograr la salud pública universal, entendiendo a aquella esencialmente como “*el proceso de habilitar a la gente para aumentar su control sobre la salud y para mejorarla*”. Esto llevaba al planteamiento más allá de la Declaración de Alma-Ata al avanzar del reconocimiento de la salud como un derecho universal a la determinación de facilitar, en múltiples formas, el ejercicio pleno y efectivo de ese derecho por toda la gente. El pronunciamiento advirtió que la promoción tendría que llegar hasta “*las condiciones fundamentales y los recursos para la salud: la paz, el albergue, la educación, el alimento, el ingreso, un ecosistema estable, recursos sostenibles, la justicia social y la equidad*”. (First International Conference on Health Promotion, 1986).

En 1990, por último, el UNICEF auspició en New York la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia con la asistencia de altos personeros de 152 gobiernos. Ellos se comprometieron allí a asegurar para la salud de los niños la primera prioridad bajo cualquier circunstancia. Inspirados por consideraciones preventivas y promotivas, acordaron un conjunto de metas operacionales para reducir sustantivamente la mortalidad infantil hasta el año 2000.

---

## RESISTENCIA, INEQUIDAD, INDIFERENCIA

---

En 1991 los gobernantes de la región reunidos en México en la Primera Cumbre Iberoamericana dijeron: “... *nos comprometemos a desplegar los esfuerzos necesarios para dar cumplimiento a las metas definidas en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia* ...” En 1992 en Bogotá los Ministros de Salud de América Latina se propusieron lo siguiente: “*Convocar, animar y movilizar un gran compromiso social para asumir la voluntad política de hacer de la salud una prioridad ... Convocar a las fuerzas sociales para ampliar la estrategia de la promoción de la salud, supereditando los intereses económicos a los propósitos*

*sociales ...*” Y en 1994 en la Cumbre de las Américas realizada en Miami “... *los gobernantes de toda la Región establecieron dentro de la declaración de principios el de superar la pobreza y la discriminación en nuestro hemisferio, el cual incluye el acceso equitativo a los servicios básicos de salud y confiere especial prioridad al grupo materno-infantil*”. (Cit. por Benguigui y otros, 1996, p. xxii).

A casi veinte años de la proclama de Alma-Ata y a menos de treinta meses del año 2000, ¿cuál es la situación de la salud en América Latina? ¿Se han cumplido las solemnes y reiteradas promesas? ¿Son alcanzables las metas fijadas para el fin de siglo?

Las respuestas son, lamentablemente, negativas. A pesar de alguna mejoría en los índices de expectativa de vida, de fecundidad y de mortalidad infantil, la situación de la salud como un todo se ha venido agravando desde la debacle económica de principios de la década de 1980. Afectados por fuertes reducciones del gasto social, muchos servicios se han deteriorado y no pueden atender debidamente la demanda. Las diferencias en el estado de salud entre estratos socioeconómicos y entre regiones dentro de cada país se han expandido en vez de acortarse.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) describe los rasgos esenciales de esta crisis así:

- “... La población de las Américas, aunque es todavía joven, está sufriendo enfermedades propias de la vejez, y se observan aumentos en las tasas de cardiopatías, presión arterial alta, diabetes, cánceres y múltiples amenazas para la mente y el cuerpo debido a la violencia de la vida en las ciudades y al deterioro del medio ambiente urbano”.
- “La Región de las Américas soporta una doble carga proveniente de las enfermedades tradicionales del subdesarrollo todavía no controladas - desde 1991, por lo menos 1.000.000 de personas han sufrido el cólera y 6.400 han muerto por esa causa - y además de un aumento constante de las enfermedades degenerativas, no transmisibles. A esto se suma la nueva epidemia por el VIH y el SIDA”.
- “Entre los sectores desfavorecidos de la sociedad las causas principales de muerte y enfermedad siguen siendo las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades prevenibles con vacuna y las infecciones endémicas y parasitarias. Estas, sin embargo, coexisten con las enfermedades cardiovasculares, los cánceres, los accidentes y las consecuencias de la violencia, además de los trastornos perinatales que están llegando a ocupar los primeros lugares entre las causas de la muerte. Las enfermedades

degenerativas crónicas, los trastornos mentales y el alcohol, el tabaco y la adicción a las drogas cada vez con mayor frecuencia son causa de discapacidades y de enfermedad...”

- “... Los efectos de los cambios demográficos, de los nuevos modelos epidemiológicos y del estancamiento de la última década han multiplicado los problemas de salud que se plantean en las Américas ...” (Coc, 1995, p. 11).

¿A qué se debe semejante estado de cosas? ¿De qué sirvieron tantos empeños y tan grandes gastos? ¿En qué quedaron las proclamas y los compromisos con metas? Una de las principales explicaciones de la preocupante situación es la resistencia de muchos de los miembros del personal de los servicios médicos a las trascendentales innovaciones planteadas en Alma-Ata y Ottawa. Así lo señala el presidente de la Organización Internacional de Parlamentarios Médicos, el doctor Javier Torres-Goitia: “*Las burocracias oficiales ni debatieron ni asimilaron los fundamentales cambios conceptuales que se plantearon en Alma Ata ... Simplistamente malinterpretaron sus conclusiones y ... creyeron de su deber ‘hacer participar’ a la comunidad como una estrategia más incorporada a la rutina de sus servicios que se mantuvieron elitistas, autoritarios y biologicistas ...*” (Torres-Goitia, 1997, p. 2). En la práctica, las partidas presupuestales continuaron asignadas en su más alta proporción a gastos en rubros curativos en desmedro de la prelación acordada para las acciones preventivas. Y el giro hacia la promoción - que envuelve ceder autoridad a la comunidad en el manejo de los programas, que demanda habilitar a la gente para una verdadera participación y que exige coordinación intersectorial - no pareciera haber ocurrido en grado significativo alguno. Afirma la OPS: “*Las metas regionales y las elaboradas por varios países ni se evaluaron ni se actualizaron ... y los planes quedaron en papeles. Los compromisos fueron, por lo general, más formales que reales ... los ministerios no se organizaron en términos de las prioridades de SPT/2000 y las APS\*, ni tampoco se asignaron los recursos para hacer frente a esas prioridades ...*” (OPS/OMS, 1994, p. 9).

Se hace, pues, evidente que una razón para que el estado de la salud haya empeorado en América Latina ha sido la renuencia de los profesionales de salud al cambio que cuestionaba sus creencias, sus hábitos y su a menudo autoritario predominio en favor de sus intereses. Pero, aun si ese no hubiera sido el caso, la salud del pueblo latinoamericano tenía ya - desde principios del decenio del 80 - a otro adversario implacable: la

exacerbación de la injusticia que favorece a los menos en desmedro de los más, la expansión y agudización acelerada de la pobreza. Ya en 1992, reunidos por la OPS en Bogotá, los Ministros de Salud de América Latina dijeron: “*La región, desgarrada por la inequidad que se agrava por la prolongada crisis económica y los programas de ajuste macroeconómico, enfrenta el deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de la población, junto con un aumento de los riesgos para la salud y una reducción de los recursos para hacerle frente*”. (OPS/Ministerio de Salud de Colombia, 1992, p. 3). Y a la fecha no solo que ese cuadro no muestra alivio sino acentuación:

“Al entrar el continente americano al Siglo XXI, el acceso de su población a la asistencia sanitaria y a alcanzar una vida sana constituyen un gran desafío. En la actualidad, doscientos millones de personas en esta región viven en la miseria, aproximadamente cincuenta millones más que en 1980 y la mayoría de los países dan cuenta de una disminución significativa de los recursos disponibles en los hogares. El reto de lograr Salud para Todos enfrenta una seria limitación de recursos necesarios, por un lado, para mejorar el acceso de todas las personas a una asistencia sanitaria cualitativa, y por el otro, para incrementar las estrategias de promoción sanitaria que puedan contribuir al logro de estilos de vida saludables, a la prevención de condiciones y factores de riesgo y a la creación de medios de apoyo”. (UNESCO-OPS/OMS, 1995a, p. 2).

El problema, sin embargo, no radica necesariamente en que no haya dinero en las arcas estatales para cuidar de la salud del pueblo. Puede haber el dinero. Lo que falta es voluntad política para ponerlo donde más falta hace. El UNICEF ha estimado que si los países en desarrollo redujeran en nada más que una cuarta parte sus gastos militares, contarían con 30.000 millones de dólares, suficientes para que alcanzaran las metas previstas para el año 2000. Los gobiernos latinoamericanos importaron armas en 1995 por 1.300 millones de dólares, casi el triple de lo que importaran en 1994. (Presencia!, 1997, p. 9). “*A partir de ahora - advierte el UNICEF - las buenas intenciones tendrán que ir a la par de la voluntad política de actuar*”. (UNICEF, 1997, p. 3).

---

## PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN : NO HAY ALTERNATIVA

---

Una situación semejante no puede prevalecer por mucho tiempo sin que los países de la región corran riesgos de conmoción social. El hambre y la enfermedad, portaestandartes de la pobreza extrema, no aguardarán

\* *Siglas de Salud para Todos en el Año 2000 y Atención Primaria en Salud.*

alivio indefinidamente sin llegar a provocar explosividad política. A corto plazo los gobiernos se verán obligados a actuar sin demora y con eficacia para mejorar sustantivamente la salud y la nutrición del pueblo. Tendrán que asignar financiamiento adecuado a los programas de salud y deberán reformar de prisa sus servicios para que puedan alcanzar pronto, por esfuerzos mayúsculos, las metas a que solemnemente se habían comprometido que son, en su mayor parte, de carácter preventivo y promotivo, no curativo. *"En último extremo - advierte Philip Alston, experto en la defensa de los derechos de los niños - las políticas necesarias se adoptarán como respuesta a una amplia e insistente manifestación de la indignación pública"*. (Cit. por UNICEF, 1997, pp. 3-4). Y, coincidiendo en ello, el UNICEF anticipa que - percibiendo la solución como cuestión de derechos y obligaciones, no como simple filantropía de poderosos - *"... la nueva era en favor de los derechos del niño necesitará sustentarse además en la presión popular"*. (UNICEF, 1997, p. 3).

Incapaz de satisfacer por sí sola las crecientes demandas, la tradicional y costosa medicina curativa tendrá que ceder el paso a la preventiva y promotiva agrada ello o nó al personal de los servicios de salud. Esto ocurrirá principalmente debido a la comprobación de que del total de muertes que hay al año en la región un alto porcentaje resulta evitable sin gran dificultad ni excesivo costo. Cada año mueren en Latinoamérica cerca de un millón de niños y alrededor de 700.000 adultos. La mayoría de esas vidas podrían salvarse.

Tanto la Organización Panamericana de la Salud como el UNICEF han venido reiterando públicamente la certeza de que una gran parte de esos fallecimientos fueron causados por *"enfermedades para las que se dispone de medidas preventivas que han sido aplicadas de manera regular en el mundo industrializado durante los últimos 50 años"*. (UNICEF, 1997, p. 3). Como ya se lo indicó, causas principales de la alta mortalidad de niños en la región siguen siendo las enfermedades diarreicas y respiratorias, pese a que son altamente susceptibles a control eficaz por acciones preventivas. En suma, muchas de los millares de muertes que afligen a la gente más pobre en Latinoamérica - incluyendo las de alrededor de 35.000 embarazadas por año - no tienen por qué suceder, son evitables en buen grado con solo promover el cuidado de la salud y prevenir la aparición de enfermedades. *"... La promoción y la protección de la salud, aunque no constituyen una cura instantánea, quizás sean la única solución posible para las necesidades de salud de las Américas"*. (Coc, 1995, p. 11).

---

## COMUNICACION : HERRAMIENTA CLAVE

---

Conseguir que individuos y comunidades actúen en favor de su salud a priori, solo resulta factible con el concurso de la información, la educación y la comunicación. Así lo percibe una médica comunicadora de la OPS: *"El concepto de promoción de la salud ha evolucionado durante este siglo como una estrategia para la protección y la mejora de la salud pública y para fomentar iniciativas y acciones colectivas e individuales. Su meta, Salud para Todos, puede alcanzarse impulsando acciones comunitarias y estilos de vida adecuados, y creando las condiciones para llevar una vida saludable. Para ello es imprescindible el trabajo con los medios de comunicación masiva"*. (Coc, 1995, p. 12). En efecto, promover comportamientos propicios a la salud y prevenir, tomar acciones que inhiban la aparición de la enfermedad, es algo que no se logra de la gente por imposición sino por convicción.

---

## QUE ES LA COMUNICACION PARA LA SALUD

---

El convencer a la gente de que cuide su salud, el saber obrar sobre sus pensamientos, sentimientos y acciones en pro de tal fin, no es una competencia característica del personal médico y sanitario. Es una competencia propia de los especialistas en comunicación que se dedican a servir a los programas de salud.

En sentido general, la comunicación para la salud es la aplicación planificada y sistemática de medios de comunicación al logro de comportamientos activos de la comunidad compatibles con las aspiraciones institucionales expresadas en políticas, estrategias y planes de salud pública. (Beltrán, 1995b, p. 5). En sentido específico, la comunicación para la salud puede verse como proceso social, como ejercicio profesional y como integrante de una disciplina.

Vista como proceso social, la comunicación para la salud es un mecanismo de intervención para generar, a escala multitudinaria, influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública. (Beltrán, 1995b, p. 6).

Vista como ejercicio profesional, la comunicación para la salud es el empleo sistemático de medios de comunicación individuales, de grupo, masivos y mixtos, así como tradicionales y modernos, como herramientas

de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales al cumplimiento de los objetivos de los programas de salud pública. (Beltrán, 1995b, p. 6).

Y, vista como integrante de una disciplina, la comunicación para la salud es una subdisciplina de la disciplina mayor denominada "comunicación para el desarrollo". A su vez, la subdisciplina de comunicación para la salud está hoy compuesta de especialidades, como la de la comunicación materno-infantil, la de comunicación para la salud sexual y reproductiva, y la comunicación para la prevención del uso indebido de drogas.

Es, pues, por su poderío instrumental que la comunicación está llamada a cumplir una misión central en los esfuerzos de los programas que asuman la responsabilidad de impulsar a fondo la promoción y la prevención.

---

### LA CLAVE : EL PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

---

Ese poderío solo puede alcanzar óptima vigencia cuando está gobernado por un régimen de programación que permita el uso racional de los recursos para alcanzar los objetivos. La convicción de ello llevó a la Unesco, a partir de 1970, a propiciar la formulación de políticas nacionales de comunicación de carácter general, comenzando por Latinoamérica. (Ver Beltrán, 1974 y 1976; Roncagliolo, 1994). En 1987 el UNICEF y la OPS/OMS formularon una estrategia conjunta para guiar sus actividades en comunicación para la salud y recomendaron a los Estados miembros hacer lo propio, junto con la implantación del planeamiento estratégico y el desarrollo de recursos humanos calificados. (UNICEF-WHO, 1987).

En mayo de 1992, los participantes del Primer Curso Centroamericano de Periodismo y Salud emitieron la Declaración de San José "Comunicación para la Salud. En uno de sus numerales, ella solicitó de los Ministros de Salud de la subregión *"una resolución destinada a que se formulen políticas adecuadas de información pública en el sector salud"*. (OPS, 1992b). En 1993, la OPS en coordinación con la Unesco, organizó en Quito la Primera Reunión de un Comité Asesor sobre Políticas de Comunicación en los Ministerios de Salud Pública para la Promoción de la Salud. La reunión acogió la propuesta de bases para la formulación de tales políticas hecha por el Consejero Regional de la Universidad Johns Hopkins (Beltrán, 1994). Por recomendación de los Ministros de Salud del Area Andina y con el patrocinio del Ministerio de Salud del Ecuador se realizó en Quito en agosto de 1994 una

Reunión de Directores de Comunicación en Salud del Area Andina. En ella el Ministerio de Salud del Ecuador presentó, en forma de decreto, la primera política nacional de comunicación para la salud formulada en América Latina. La reunión produjo una propuesta de resolución sobre la materia que iría a ser aprobada por los Ministros de Salud del Area Andina en su reunión de Santiago de Chile en noviembre de 1994. En su resolución respectiva los Ministros afirmaron la convicción de que *"la comunicación es instrumento indispensable para el logro de los objetivos de promoción, prevención, participación, movilización social y educación en salud"*. Recomendaron, además, diseñar y aplicar estrategias específicas de comunicación y fortalecer las unidades ministeriales de comunicación *"promoviendo su participación en la toma de decisiones y dotándolas de presupuesto adecuado, recursos humanos y técnicos suficientes"*. (Reunión de Ministros de Salud del Area Andina, 1994).

¿Hasta qué punto y en qué forma se habrán puesto en práctica a la fecha recomendaciones como las aquí reseñadas para mejorar el trabajo de comunicación en salud por medio de políticas, estrategias y planes? No parece haber en la literatura reciente sobre comunicación en la región indicaciones alentadoras sobre ello. Infortunadamente, como no es raro en Latinoamérica, del dicho al hecho casi siempre suele haber mucho trecho ... (Véase Exeni, 1996).

---

### ¿A LA ALTURA DEL RETO?

---

El cumplimiento de dicha misión constituye un reto mayor para los cultores de la comunicación. Quienes lo acepten han de asumir el compromiso de demostrar fehacientemente aquella virtud instrumental del oficio. ¿Estarán quienes trabajan en ese oficio en Latinoamérica calificados para enfrentar con éxito tal desafío?

El comunicador y educador argentino Daniel Prieto Castillo se halla entre quienes lamentan tener que responder negativamente a esa inquietud. Luego de indicar que son muy escasos en la región los especialistas en comunicación para la salud, particularmente los que de origen son médicos, él anota que los programas de comunicación para la salud *"... están a cargo o de gente con menor formación o bien de personas venidas de otras profesiones (diseñadores, relacionistas públicos, enfermeros, promotores sociales, trabajadores sociales"*. (Prieto Castillo, 1994, p. 2). Señala entonces que la falta de capacitación adecuada de ese personal se manifiesta claramente en múltiples maneras, tales como su

desconocimiento de la complejidad del proceso de comunicación, de la naturaleza de los públicos, de las posibilidades diferentes de los medios de comunicación y de los sistemas de investigación, planeamiento y evaluación para la producción de mensajes. Y añade que, por otra parte, el marco institucional suele ser impropicio para un ejercicio profesional de la comunicación para la salud. Ilustra el apunte con una experiencia en un país centroamericano que resumió en términos como estos: *"No está definido en la institución un modelo de comunicación, se trabaja en esta línea más por interés individual que por una orientación general; la tendencia es más que nada a difundir información, sin aportes a un esfuerzo de educación de la población..."* (Prieto Castillo, 1994, p. 5).

Coincide con Prieto el especialista chileno en comunicación para la salud Eduardo Contreras Bunge al deplorar que ella sea tomada a menudo solo como una labor de difusión por medios masivos y que haya quedado en la ambigüedad la importante relación entre comunicación, educación y participación. El considera que ésto forma parte de una crisis general del concepto de comunicación para el desarrollo del que la comunicación para la salud es uno de los componentes especializados. Contreras plantea, en consecuencia, la necesidad de una reconceptualización pero advierte que no puede esperarse que ella se haga desde las oficinas gubernamentales de comunicación en salud porque estas *"en la práctica y desde su concepción han sido a menudo la antítesis de lo que se quería que fuese y de lo que en efecto debe ser una real comunicación para la salud"*. (Contreras, 1994, p. 94).

En la misma línea de preocupación, otro especialista en comunicación para la salud, el ecuatoriano Marco Polo Torres Vasco, sostiene que ésta pasa por una crisis tan grave que su existencia misma pudiera resultar amenazada. Como parte de ella anota la reducción en años recientes del número de comunicadores en servicios de salud. Y, en lo cualitativo, hace estas observaciones: *"... El educador actual ha sido minimizado. Su voz no se escucha en los foros de decisión. No maneja ni dispone de recursos propios. No conforma un cuerpo orgánico. Sus salarios ya no son atractivos. Es raramente apoyado o secundado. Muy fácilmente cualquier otro profesional se siente capacitado para hacer sus tareas y lo desplaza ... Más aun, se puede constatar que el cuerpo médico no comprende ni valora su labor ..."* (Torres Vasco, 1994, pp. 130-131).

Y un comunicador estadounidense, Robert Hornik, tiene algunas apreciaciones semejantes a las de sus colegas latinoamericanos: *"... Literal y figurativamente, a los educadores en salud se les da a menudo la oficina*

*esquinera del sótano. Cuando se tiene que escoger entre asignar dinero a emisiones radiofónicas o a camas para hospitales urbanos (independientemente de los beneficios que relativamente reportan a la salud), es difícil imaginar que ningún servicio vaya a preferir a la radio. La comunicación pública sería, con sus requerimientos de una amplia investigación de audiencias, de mensajes que reflejen las necesidades del público así como las prescripciones de los expertos y el análisis de los canales, no tiene prelación alguna dentro de la mayoría de las burocracias gubernamentales ..."*\* (Hornik, 1992, pp. 3-4).

En resumen, la situación de la actividad de comunicación para la salud en Latinoamérica parece mostrar estas características principales:

1. Las autoridades de los organismos gubernamentales de salud no perciben a cabalidad la importancia decisiva de la comunicación técnico-educativa como instrumento de apoyo al logro de los objetivos de sus programas. La mayoría de ellos tiende a entenderla como una actividad accesoria que cualquiera puede desempeñar y le hallan utilidad casi exclusivamente para fines de publicidad institucional y relaciones públicas. No comprenden el papel de la comunicación como instrumento educativo indispensable para lograr en la gente conductas propicias a la salud. En consecuencia, no le reconocen la jerarquía adecuada en el planeamiento y conducción de las operaciones institucionales ni le asignan partidas presupuestales apropiadas. Y en esas condiciones la comunicación no puede ser eficaz.
2. La falta de personal profesionalmente calificado para el ejercicio de la comunicación para la salud constituye la explicación principal del desempeño en general poco satisfactorio de los órganos de comunicación, tanto en instituciones gubernamentales como en los no gubernamentales y del mal uso de los escasos recursos disponibles.
3. Los bajos sueldos y la poca estabilidad impiden que profesionales calificados en la comunicación para el desarrollo se sientan atraídos a empleos en comunicación para la salud.
4. Una consecuencia negativa muy onerosa de la falta de profesionalismo en comunicación para la salud es el despilfarro de fondos en el uso preferencial arbitrario de medios masivos, especialmente los impresos y el video, en desmedro de los medios interpersonales y de los alternativos y comunitarios.

\* Traducido del original en inglés por el autor del presente documento.



5. Las deficiencias de planeamiento del sector salud como un todo privan a sus comunicadores de una orientación clara para poder ajustar sus esfuerzos a lo que buscan hacer las instituciones.
6. En ausencia de adecuada orientación sobre aquello y por carencias propias, los comunicadores trabajan sin tener una concepción precisa de la naturaleza de su oficio en función de auxiliar de la salud sin un modelo claro y coherente que norme sus intenciones.
7. La carencia de un régimen profesional de programación integrado por políticas, estrategias y planes\*, así como sustentado por la investigación científica, hace imposible la eficiencia en el trabajo de los órganos de comunicación en salud.

Lamentablemente, todo lo señalado hasta aquí indica que, con pocas excepciones, los actuales responsables de actividades de comunicación para la salud difícilmente estarán calificados para enfrentar con buen suceso el gran desafío que supone el contribuir a superar en el futuro cercano la grave situación de deterioro de la salud que sufre el pueblo latinoamericano.

---

## EL AMBITO PROPICIO

---

Así como los componentes del problema son varios, las posibilidades de la solución pueden ser diversas. Evidentemente, sin embargo, lo fundamental es la falta de profesionalismo que la ausencia de una capacitación adecuada ha venido a determinar. La gran mayoría de los funcionarios a cargo de tareas de comunicación no son profesionales especializados en comunicación en general, ni en comunicación educativa para el desarrollo ni, menos aun, en lo específico de la comunicación para la salud. Mientras esto se mantenga inalterado no habrá manera de jerarquizar el oficio ni de conseguir para él la respetabilidad y la influencia que necesita para atraer los recursos y la confianza indispensables para cumplir su misión óptimamente.

Desde hace muchos años, se ha venido intentando subsanar esa falla de formación profesional tanto entre los pocos comunicadores que trabajan en el sector como entre los muchos no comunicadores que desempeñan, sin embargo, funciones de comunicación. Se lo ha hecho, en general, por medio de talleres cortos ofrecidos al personal de los servicios, públicos y privados. Pese a sus indudables méritos, estos empeños son aliviatorios, no solutorios, y sufren limitaciones técnicas y financieras. Además, no son permanentes y no pueden,

por tanto, satisfacer las demandas de formación en toda su magnitud y diversidad ni compensar los efectos negativos de la deserción y rotación de personal causada principalmente por los malos salarios, la escasa estabilidad y la insuficiencia de recursos para hacer obra de impacto.

¿Qué se puede hacer frente a ello? Desde principios de la presente década dar respuesta a esta pregunta ha venido significando poner los ojos sobre las universidades\*. Profesionalizar la actividad de comunicación para la salud conlleva institucionalizar en firme la capacitación para ella en un ámbito capaz de lograr calidad, cantidad y continuidad por empeño autosostenido. Y ese ámbito es, sin duda, el universitario.

Compartiendo esa perspectiva - la de buscar como solución de fondo al problema el concurso del mundo académico, público y privado - entidades como la Organización Panamericana de la Salud, la Unesco y la Universidad Johns Hopkins, han venido haciendo intentos de aproximación a aquel ámbito desde alrededor de 1994. Por una parte, se han acercado a algunas de las entidades afiliadas a la Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación. Por otra, a algunas Facultades y Escuelas de Medicina, Enfermería y Obstetricia. Vale la pena pasar revista a esos empeños iniciales.

Según la OPS, Escuelas de Comunicación en Bolivia, Brasil, Colombia, Perú, la República Dominicana y Venezuela - entre otros países - han iniciado cursos, seminarios y talleres "incorporando a la salud como área de interés en su programación de entrenamiento de comunicadores sociales". (UNESCO-OPS/OMS, 1995a, p. 3).

---

## ENSAYO DE POSTGRADO EN SAO PAULO

---

Un ejemplo saliente de esas actividades es el de la Universidad Metodista de Sao Paulo que tiene, desde

*\* En 1990 la Oficina Regional del UNICEF para América Latina, con el apoyo de la Oficina del Consejero Regional de la Unesco en Comunicación para América Latina, sostuvo reuniones de enlace y consulta con entidades profesionales como la Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación (FELAFACS), la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIIC) y el CIESPAL. Y ya en 1987 el UNICEF y la OMS, al formular una estrategia conjunta de comunicación, se habían propuesto fomentar relaciones de cooperación entre organismos de salud e instituciones docentes tomando a estas como aliadas claves. (UNICEF-WHO, 1987). Hay análisis de aquella estrategia en Beltrán, 1988 y 1994.*

---

\* Ver sobre estos, entre otros, Mayobre (1994) y Coe, Restrepo y Fox (1994)

1978, un Programa de Postgraduación en el Área de Investigación Científica y Tecnológica. Desde el principio, ese programa prestó atención a variables de salud y, a partir de 1994, incluyó a la comunicación para la salud entre sus prioridades temáticas. En 1995, en cooperación con la OPS, estableció un Curso de Especialización en Comunicación y Salud Pública con duración de 360 horas de clases en un año, a las que se agregaron deberes de investigación monográfica, prácticas de laboratorio y de campo y ejercicios de campañas. El principal objeto de estudio fue la prevención del uso indebido de drogas. De los primeros 15 alumnos postgraduados, solo la mitad llegó a completar los requisitos del curso, pese a que hubo para casi todos ellos becas provistas por la propia universidad y por la Secretaría de Salud del Municipio de Sao Bernardo do Campo. Esto determinó la suspensión temporal del curso en el segundo año, pero los que lo completaron en el primero recibieron luego el asesoramiento de dos de los catedráticos para escribir sus disertaciones de grado.

En 1995 la Oficina de Ecuador del Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins y la Oficina del Consejero Regional de la Unesco en Comunicación para América Latina que tiene su sede en Quito, juntaron recursos y esfuerzos para atender una inquietud de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Quito. Esta institución aspiraba a reorientar su acción docente para que no fuera solo curativa sino también preventiva en función del esquema internacionalmente acordado de atención primaria en salud. El conocimiento de la comunicación resultaba evidentemente indispensable para ello. Por tanto, se inició el apoyo conjunto mediante algunos Seminarios de Reflexión y Talleres de Aprendizaje para numerosos participantes. Se puso énfasis en estos a las políticas de salud, a la estrategia de promoción de ella y a los principios, políticas, estrategias y métodos de comunicación instrumentales a tal promoción y al enfoque preventivo. Puesta esa base, la Facultad de Enfermería asignó a una de sus catedráticas la responsabilidad de enseñar la materia de comunicación con carácter permanente. Para complementar la capacitación de dicha docente, la Universidad Johns Hopkins financió su participación en el Curso de Movilización Social y Comunicación en Salud que ofreció en Quito por tres meses el Centro Internacional de Educación Superior en Comunicación para América Latina (CIESPAL) con apoyo de UNICEF, JHU Y UNPFA. Al comenzar el año académico de 1995, la materia de comunicación quedó formalmente establecida en la entidad y fue provista de textos y materiales didácticos. Además, en plan de seguimiento para formalización y estabilidad, se auspiciaron un

panel y una mesa redonda para reflexión robustecedora de la materia instaurada.

Consolidando su cooperación entre sí, Unesco y Hopkins brindaron en 1996 una asistencia semejante a la Escuela de Obstetricia de la Universidad Central del Ecuador. Con la intervención de expertos locales, se facilitó primero a autoridades, catedráticos y dirigentes estudiantiles una sesión de debate para analizar el papel de la comunicación al servicio de la estrategia de promoción de la salud. Luego de esta instancia motivacional, se brindó a la universidad un Taller para Docentes sobre Comunicación en Salud Reproductiva y se la dotó de textos y materiales didácticos. De ambas actividades surgió la determinación de la Escuela para establecer en su "pensum" regular la materia de comunicación como componente del segundo nivel y del último, iniciado en 1997. El programa de estudios está basado en el modelo de planeamiento estratégico de comunicación diseñado por Hopkins bajo el rótulo "Proceso P". El enfoque conjuga la formación teórica con la práctica en comunidades y por medio de producción radiofónica orientada a apoyar las actividades de comunicación educativa previstas por el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna.

En cooperación con la Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina (AFEME), la Universidad Johns Hopkins ofreció en 1997 a docentes de medicina y enfermería de la Universidad Central del Ecuador dos Talleres sobre Comunicación para la Salud Reproductiva, que se orientaron a contribuir a la reforma académica que está propiciando dicha agrupación universitaria. El objetivo central de estos talleres, que se ofrecerán en otras cuatro oportunidades en el resto del presente año, es implantar a la comunicación como un componente crítico y prioritario en los esquemas de formación profesional de los trabajadores en salud.

La Universidad Andina "Simón Bolívar" tiene una sede filial en Ecuador que instituyó en 1996 un Curso de Postgrado en Comunicación al nivel de diploma. En el programa del mismo se estableció, en 1997, con el apoyo de la Universidad Johns Hopkins, una materia de especialización en Planeamiento Estratégico de la Comunicación como parte de la mención en Comunicación y Salud prevista en el "pensum". Basada conceptualmente en los enfoques característicos de Hopkins y apuntalada por textos y materiales didácticos de ella, la materia se desarrolló en 25 sesiones con un total de 50 horas. Una fracción importante de ese período fue dedicada a un ejercicio práctico de diseño de un plan de comunicación para salud reproductiva.

---

## EMPREDIMIENTOS EN BOLIVIA

---

Entidad de carácter regional, la Universidad Andina tiene también una sede en La Paz, Bolivia, que estableció a fines de 1995, al nivel de diploma de postgrado, un Curso de Periodismo Interpretativo y un Curso de Comunicación para el Desarrollo, incluyendo a la aplicada a la salud. El diseño de bases para dichos cursos le fue brindado por el Consejero Regional del Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins.

La sede central de dicha Universidad Andina está en Sucre, también en Bolivia. La Oficina de la Universidad Johns Hopkins en ese país, con el apoyo de la Consejería Regional, ofreció en ella en 1996 un Taller de Planeamiento Estratégico de la Comunicación del que fueron participantes 25 funcionarios de servicios de salud de varios de los departamentos del país, varios de ellos en disfrute de subsidios de estudio de la OPS.

En la misma sede principal de la Universidad Andina el Consejero Regional ofreció igualmente en 1996 conferencias sobre comunicación educativa por radio en el Curso de Periodismo.

En 1996 y en 1997 la Oficina de Comunicación de Hopkins para Bolivia ofreció a la Carrera de Comunicación de la Universidad Católica Boliviana, en La Paz, dos Talleres de Planeamiento Estratégico de la Comunicación, en cada caso para 25 estudiantes de último año del programa de licenciatura inscritos para la Mención en Comunicación para el Desarrollo.

Se facilitó a la Carrera de Comunicación de la Universidad Católica en Cochabamba el concurso de tres expertos internacionales y el Consejero para un debate sobre el papel de la comunicación educativa en la movilización de la comunidad para la salud.

En todos estos casos textos y materiales didácticos de Hopkins fueron proporcionados a los estudiantes.

Por iniciativa propia, una universidad privada de La Paz, la Santo Tomás, ofreció experimentalmente en 1996 un Curso Semestral de Postgrado en Comunicación para la Salud al que se inscribieron 18 interesados: médicos, comunicadores y trabajadores sociales. El programa, para el que una consulta inicial fue atendida por el Consejero Regional de Hopkins, integró materias de salud con materias de comunicación. Se proporcionaron al Coordinador del Curso documentos útiles para la enseñanza y la investigación.

Dos universidades de Santa Cruz, la Nur y la Gabriel René Moreno, se han interesado también por incluir en

sus programas de estudio un componente de comunicación para la salud. La segunda de ellas ha estado en contacto con la OPS para tal fin.

---

## UN APOORTE EN PARAGUAY

---

Con respaldo del Programa Internacional para el Desarrollo de la Comunicación (PIDC), la Oficina del Consejero Regional de la Unesco en Comunicación para América Latina instrumentó en 1995 un proyecto de capacitación de docentes en comunicación para el desarrollo en la Facultad Politécnica de la Universidad Nacional de Asunción. Ochenta catedráticos de varias Facultades fueron beneficiarios del proyecto que, por otra parte, ha de multiplicar su impacto por medio de un manual pedagógico titulado "¿Enseñar o Reprimir?". Como derivación del proyecto, grupos de los catedráticos capacitados hicieron prácticas en comunidades rurales en las que pusieron atención especial a aspectos de comunicación para la salud.

---

## LA ALIANZA UNESCO-OPS/OMS

---

A partir de 1994 la Oficina del Consejero Regional de la Unesco en Comunicación para América Latina y la Asesoría en Comunicación de la División de Promoción y Protección de la Organización Panamericana de la Salud, han venido actuando en estrecha cooperación en la región en materia de comunicación para la salud. En 1995 formalizaron esa alianza al firmar un convenio para trabajar conjuntamente en las áreas de formación, asistencia técnica e investigación. En cuanto a lo primero, acordaron promover un Proyecto Global de Estudios de Pre y Postgrado en dos campos de interés: comunicación para la promoción de la salud y periodismo sobre temas de salud. Facultades de Comunicación de cinco países fueron escogidas para dar iniciación al proyecto.

Como punto de partida operativo la alianza UNESCO-OPS/OMS organizó en Cuenca, Ecuador, en noviembre de 1995, una Reunión Técnica de Consulta sobre la Enseñanza en Comunicación en Salud. Concurrieron a ella el Secretario Ejecutivo de la Federación Latinoamericana de Escuelas de Comunicación y delegados de seis de ellas, correspondientes a República Dominicana, Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay. También, además de representantes de los patrocinadores, estuvieron presentes funcionarios de la OPS en algunos de los países de la región y una representante del Proyecto BASICS de Estados Unidos.

Eje de las deliberaciones fue la consideración de un anteproyecto de Curriculum Académico para Periodismo en Salud propuesto por la UNESCO y la OPS. El planteamiento se basó sobre un perfil de un periodista que se distinga por sus aportes a la salud pública en países de América Latina. Este fue derivado de un conjunto de entrevistas a sobresalientes periodistas de medios masivos y experimentados comunicadores de organismos de salud. De la información así obtenida se infirió una lista de conocimientos que un profesional de la comunicación en salud debiera tener. Y de ahí, finalmente, se construyó la propuesta de "currículum" de enseñanza compuesta de 11 materias a ser enseñadas en cuatro ciclos académicos de tres meses de duración cada uno. Ellas son: introducción a la salud pública; promoción de la salud; información científica en salud; la organización del Sector Salud y la Atención Primaria en Salud; introducción a la comunicación en salud; metodología de la comunicación en salud; comunicación interpersonal; cultura y salud; comunicación desde la enfermedad; seminario de investigación en salud; y estudio de campo. (UNESCO-OPS/OMS, 1995c)

Los participantes de la reunión de Cuenca hallaron necesaria y viable la proposición curricular, cuya aplicación permitiría hacer investigación y enseñanza de la materia "en forma sistemática y organizada en el ámbito universitario como paso importante para alcanzar un impacto significativo en la sociedad". (UNESCO-OPS/OMS, 1995d).

Hay otras propuestas para programas de enseñanza semejantes. Una, brindada a la propia OPS por Daniel Prieto Castillo (1994), parte de un perfil de un comunicador entre científico y artista para ser capaz de hacer investigación, validación y evaluación tanto como diseño y producción de mensajes y capacitación para multiplicar lo que sabe. Este programa consta de cinco áreas mayores de estudio teórico y práctico: comunicación para la salud, interlocutores de la comunicación para la salud, medios y producción discursiva, y planificación y capacitación en comunicación para la salud.

Otro ejemplo de propuesta curricular es el que ofrece Alfonso Contreras (1995). Luego de enumerar un conjunto de conocimientos y habilidades que él estima indispensables para ser un comunicador en salud, plantea un programa de 114 créditos (de 10 horas cada uno) a realizarse en un lapso de nueve a doce meses. Las materias estarían agrupadas en tres áreas temáticas: comunicación; salud; y comunicación para la salud. Las primeras dos serían optativas en función de si los estudiantes provienen de la profesión médica o de la profesión de comunicación; la tercera sería obligatoria para todos.

Acordaron luego los expertos reunidos en Cuenca diseñar un "Proyecto Global" con el propósito de "formar a comunicadores sociales, prioritariamente periodistas, en comunicación para la salud para que contribuyan a lograr mejoras significativas, sostenidas y equitativas, en el estado de la salud y bienestar de la Región". (UNESCO-OPS/OMS, 1995b). El proyecto previó principalmente la realización en 1996 de estas actividades cooperativas: una investigación en varios países sobre el tratamiento del tema salud por los medios masivos; un seminario-taller para cetedráticos; un seminario para comunicadores, especialmente periodistas; la preparación de una bibliografía sobre comunicación para la salud; y la producción de juego de documentos y materiales de enseñanza. Para llevar a cabo esas actividades la reunión constituyó un Comité Coordinador y acordó un régimen de evaluación del cumplimiento de ellas. Por otra parte, se previó que cada una de las seis universidades participantes de la reunión realizaría un seminario para adelantar intercambios de experiencias con miras a compartirlas en una reunión sobre comunicación y salud prevista como parte del encuentro de Facultades de Comunicación de América Latina a realizarse en Lima en 1997.

---

## IMAGEN DE LA SALUD EN LOS MEDIOS

---

La OPS ha involucrado a varias universidades de la región, por otra parte, en un proyecto cooperativo de investigación titulado "Cobertura de la Salud en los Medios" (COMSALUD). Para organizarlo auspició con la Universidad de Lima un encuentro de investigadores en febrero del presente año. Se acordó en él con detalle un protocolo para la investigación a ser aplicado por todos los contribuyentes a ella.

Se trata de averiguar, en primera instancia, qué se destaca en los medios masivos, qué se omite, qué se propone en cuáles áreas de interés; en suma, cuál es la naturaleza de la oferta informativa en materia de salud. Coordinado por el Profesor Isaac Epstein, un equipo brasileño ha divulgado ya los resultados de su parte de la indagación. Investigadores de la Universidad Metodista de Sao Paulo, de la Universidad Gama Filho y de la Universidad Estadual de Campinas analizaron sistemáticamente un conjunto de mensajes noticiosos publicados sobre salud en varios medios del país - prensa, radio y televisión - de mediados de mayo a mediados de junio del presente año. Encontraron, en resumen de lo esencial, que el espacio dado a la salud por los medios era muy pequeño y que el tema se trataba en general bajo un enfoque negativo y sin dar énfasis a

la prevención de enfermedades, excepto en el caso del cáncer. (Epstein, 1997).

---

## ¿UNA UTOPIA PARA EL SIGLO XXI?

---

El presente documento ha buscado proporcionar una visión panorámica de la salud pública - en concepto y en práctica en Latinoamérica - y ha vinculado ello con el ejercicio de la comunicación para la salud, especialmente en términos de la intervención de las universidades en él. Espera haber brindado así a los interesados en este campo en el IX Encuentro de la FELAFACS información esencial para sustentar la reflexión sobre el papel de las Facultades de Comunicación en la profesionalización de comunicadores para la salud. Los conceptos glosados y los datos presentados son de diverso orden y las experiencias reseñadas tienen distintos componentes y formatos. De la revisión de todo ello surgen inquietudes y satisfacciones, acuerdos y diferencias. Quedan, por supuesto, no pocas interrogantes pendientes. El hallar respuestas para ellas es la tarea de profesionales como los que asisten a esta Primera Reunión Internacional sobre Comunicación para la Salud. Ellos iniciarán aquí un debate creativo y trascendental en la lucha contra la tragedia del subdesarrollo que tan injustamente castiga a las grandes mayorías del pueblo latinoamericano.

Al autor de este ensayo solo le queda, al cerrarlo, el privilegio de soñar despierto en cuanto al destino de esa causa a partir del heráldico Año 2000. Cree él con firmeza lo siguiente:

1. Que la tarea primordial y premiosa de los gobernantes latinoamericanos debe ser hoy más que nunca la de superar en corto lapso la deplorable situación de la salud pública.
2. Que el logro de esa superación está cifrado en muy alto grado en el ejercicio de una voluntad política férrea y sostenida que asigne - en términos de dinero, personal y políticas - la máxima prioridad efectiva a la batalla por la promoción, la protección y la prevención de la salud.
3. Que el instrumento decisivo para impulsar hacia sus metas a los programas de salud promotivo-preventiva, tiene que ser, sin lugar a dudas, la comunicación para la salud.
4. Que el ejercicio óptimo de la actividad de comunicación para la salud reproductiva solo puede lograrse con la plena profesionalización de quienes trabajan en ella.
5. Que esa profesionalización solo puede ser forjada si las universidades de la región asumen un papel

protagónico de alto nivel y de largo aliento para mejorar sustantivamente las capacidades de los millares de personas comprometidas en el trabajo de comunicación para la salud.

6. Que las universidades, principalmente por medio de sus facultades de comunicación, encabezadas por la FELAFACS, asumieran a fondo y sin demora esa mayúscula responsabilidad como un desafío de servir al pueblo en procura del desarrollo equitativo y como una oportunidad para ampliar el horizonte laboral de los comunicadores.
7. Y que organismos internacionales de la más alta capacidad financiera, como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, habrán de sumarse pronta y resueltamente a los esfuerzos de apoyo al mejoramiento de la comunicación para la salud que ya realizan, con talento y denuedo, organismos de asistencia técnica del sistema de Naciones Unidas, como la OPS, el UNICEF, la UNESCO y el UNPFA, y entidades privadas como la Universidad Johns Hopkins y la Academy for Educational Development, dueñas de una rica experiencia respaldada por la USAID.

A la vera del nuevo milenio soñar en grande, enarbolar una nueva utopía sin resquemor ni bochorno, es un derecho de viejos y un deber de jóvenes.

# BIBLIOGRAFIA

- Academy for Educational Development. The basic village education project Guatemala: Oriente region combined report 1973-1976. Washington, D.C., AED, 1977. 112 p.
- Academy for Educational Development. Results & realities: a decade of experience in communication for child survival. Washington, AED, 1992. 29 p.
- Ampuero, J.; L. Clarck, M. Gutiérrez y R. Pérez. Los medios sí pueden educar. Lima, Asociación de Comunicadores Sociales, CALANDRIA, 1992.
- Atkin, Charles and Lawrence Wallack, eds. Mass communication and public health: complexities and conflicts. Newbury Park, California, Sage, 1990. 191 p.
- Beltrán S., Luis Ramiro. La formación de especialistas en comunicación. Documento presentado al Seminario "El Papel de la Comunicación en el Desarrollo Económico". Santiago, Chile, octubre 26-31, 1964. Santiago, Ministerio de Agricultura-Programa Interamericano de Información Popular. pp. 88-102.
- Beltrán S., Luis Ramiro. Synergetic communication for universal health: a brief appraisal of the "IEC" policy of WHO and UNICEF. Paper presented in the XIII World Conference on Health Education's Goals, August 28-September 2, 1988.
- Beltrán S., Luis Ramiro. Las políticas nacionales de comunicación en América Latina. Documento de trabajo para la Reunión de Expertos sobre la Planificación y las Políticas de Comunicación en América Latina, Bogotá, Colombia. Paris, Unesco, 1974. 23 p.
- Beltrán S., Luis Ramiro. Políticas nacionales de comunicación en América Latina: los primeros pasos. *Nueva Sociedad* (Venezuela) no. 25:4-34. Julio-Agosto, 1976.
- Beltrán S., Luis Ramiro. La comunicación contra el cólera en Bolivia: situación y perspectivas. La Paz, 1993a. 97 p. Anexos. (mimeo.) Estudio realizado por encargo de la Academy for Educational Development-HealthCom, a pedido de USAID/Bolivia.
- Beltrán S., Luis Ramiro. Comunicación para el desarrollo en Latinoamérica: una evaluación al cabo de cuarenta años. La Paz, 1993b. Discurso de apertura en la inauguración de la IV Mesa Redonda sobre Comunicación y Desarrollo, organizada por el Instituto para América Latina, Lima, Perú, 23-26 de febrero de 1993. 44 p.
- Beltrán S., Luis Ramiro. La salud y la comunicación en Latinoamérica: políticas, estrategias y planes. En: OPS/Unesco. Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina: conclusiones de la Reunión del Comité Asesor sobre Políticas de Comunicación Social en los ministerios de salud pública para la promoción de la salud, septiembre de 1993. Quito, OPS/Unesco-Oficina Regional de Comunicación para América Latina, 1994. pp. 29-89.
- Beltrán S., Luis Ramiro. Instrumentos básicos de planeamiento en comunicación para la salud. La Paz, 1995a. 11 p. (mimeo.) Documento presentado en el Taller de Planeamiento Estratégico de Comunicación en Salud Reproductiva, Quito, Ecuador, 15 de enero al 3 de febrero de 1995.
- Beltrán S., Luis Ramiro. La salud pública y la comunicación social. La Paz, 1995b. 31 p. (mimeo.) Documento presentado en el Taller de Planeamiento Estratégico de Comunicación en Salud Reproductiva, Quito, 15 de enero al 3 de febrero de 1995.
- Beltrán S., Luis Ramiro. Salud pública y comunicación social. *Chasqui* (Ecuador) no. 51:33-37. Julio, 1995c.
- Berlinger, Giovanni. Prioridades en salud y prioridad de la salud. Documento presentado en el Octavo Congreso Mundial de Medicina Social, Guadalajara, México, marzo de 1994.
- Benguigui, Yehuda y otros. Acciones de salud materno-infantil a nivel local: según las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1996. 283 p.
- Cassata, Donald M. Health communication theory and research: a definitional overview. In: Communication Yearbook 4. New Brunswick, N.J., Transaction Books, 1980. pp. 558-567.
- Coc, Gloria, Helena Restrepo y Elizabeth Fox. Políticas de comunicación para la promoción de la salud en América Latina. *Tablero* (Revista del Convenio Andrés Bello) 18(48):40-45. Septiembre 1994.
- Coc, Gloria. Intervención en la Reunión Técnica Unesco-OPS/OMS En: Unesco/OPS/OMS. Propuesta de curriculum académico para periodismo en salud: documento de trabajo para la Reunión Técnica Unesco-OPS/OMS realizada en la Universidad de Azuay, Cuenca, Ecuador, del 6 al 8 noviembre de 1995. Quito, Unesco-Oficina Regional de Comunicación para América Latina/OPS, 1995.

- Contreras, Alfonso. Proposta de um modelo de curriculum para comunicacao em saúde: proposal for a curriculum pattern for communication on health subjects. *Comunicacao e Sociedade* (Brasil) 3(23):85-98. 1995.
- Contreras, A. y J.C. March. Publicidad y salud pública. *Gaceta Sanitaria* (21):215-217. 1990.
- Contreras Budge, Eduardo. Notas preliminares sobre prioridades en educación para la salud en América Latina y cómo evaluar tales programas. Documento presentado al Seminario Regional de Consulta del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID/IDRC-Canadá) "Prioridades en Investigación en Educación para la Salud". s.l., s.f.
- Contreras Budge, Eduardo. Comunicación y salud: lecciones y experiencias; notas para una discusión. En: OPS/Unesco. Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina: conclusiones de la Reunión del Comité Asesor sobre Políticas de Comunicación Social en los ministerios de salud pública para la promoción de la salud, septiembre de 1993. Quito, OPS/Unesco-Oficina Regional de Comunicación para América Latina, 1994. pp. 91-111.
- Diaz Bordenave, Juan. Relación de la comunicación con los procesos de movilización comunitaria para la salud. Río de Janeiro, 1997. 30 p. (mimeo.) Documento presentado al Taller Internacional de Movilización Comunitaria en Salud, realizado en Cochabamba, Bolivia, del 15 al 23 de julio de 1997 y organizado por Save the Children-Oficina para Bolivia y el Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins-Oficina para Bolivia.
- Dornelles, Beatriz. Saude na imprensa: mudanca social possível. *Comunicarte* (Brasil) 12(20):21-33. 1996.
- Epstein, Isaac, Coord. A divulgacao científica na grande imprensa: Folha de S. Paulo e Diário Popular. San Bernardo do Campo, Brasil, Programa de Pós-Graduacao em Comunicacao Social, Faculdade de Comunicacao e Artes, Instituto Metodista de Ensino Superior, 1996. 18 p. (mimeo.) (Colecao Relatos de Pesquisa).
- Epstein, Isaac, Coord. Proyecto COMSALUD: cobertura de la salud en los medios de comunicación brasileños. Sao Paulo, Brasil, Universidad Metodista de San Paulo, Programa de Postgrado en Comunicación Social, 1997. 16 p. Gráficos. (mimeo.)
- Exeni Rodriguez, José Luis. Políticas públicas para la comunicación pública en Bolivia. Tesis para optar al título de Licenciado en Comunicación Social. La Paz, Universidad Católica Boliviana, Carrera de Ciencias de la Comunicación Social, 1996. 214 p.
- First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986. Charter for health promotion, 1:iii-v.
- Foucault, Michel. El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica. México, D. F., Siglo XXI, 1966.
- García, Juan César. La salud al final del milenio. Documento presentado al Octavo Congreso Mundial de Medicina Social, Guadalajara, México, marzo de 1994.
- Graeff, Judith A., John P. Elder, and Elizabeth Mills Booth. Communication for health and behavior change: a developing country perspective. San Francisco, CA, Jossey-Bass Publishers, 1993. 205 p. (A publication of the HEALTHCOM Project, Academy for Educational Development, funded by U.S. Agency for International Development).
- Green Lawrence W., and B.G. Simons-Morton. Educación para la salud. México, D.F., Interamericana, 1988. 465 p.
- Gunatilleke, Godfrey and Dr. Aleya El Bindari Hammad, eds. Health: the courage to care. Geneva, World Health Organization, 1997. 81 p.
- Gutiérrez Pérez, Francisco y Daniel Prieto Castillo. La mediación pedagógica; apuntes para una educación a distancia alternativa. San José, Costa Rica, Ed. RNTC, 1992.
- Hancock, Alan. Back to the future: communication planning. *Development Communication Report*, no. 79:1,5. 1992.
- Health and Welfare Canada. Challenges for health promotion and prevention of noncommunicable diseases: a WHO-CINDI Technical Workshop, Toronto, Canada, June 24-26, 1990. Ottawa, Health and Welfare Canada, 1990. 141 p.
- Hornik, Robert. Development communication today: optimism and some concerns. *Development Communication Report*, no. 79:1,2-4. 1992.
- Israel, Barbara A., Barry Checkoway, Amy Schulz, and Marc Zimmerman. Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health Education Quarterly*, 21(2):149-170. Summer 1994.
- Johns Hopkins University, Center for Communication Programs. Population Communication Services/Population Information Program: annual report fiscal year 1996. Baltimore, Maryland, JHU, Center for Communication Programs, 1997.
- Koblinsky, Marjorie A. Mortalidad materna y salud reproductiva en las Américas durante la década de los

- años 90. La Paz, MotherCare, 1996. 12 p. Gráficos. (mimeo.) Documento preparado para la Reunión Técnica Preparatoria de la VI Conferencia de Esposas de Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas, La Paz, Bolivia, 19-23 de Agosto de 1996.
- Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa, Government of Canada, 1974.
- Ling, Jack. Un medio para la educación continua. *Revista La Educación para la Salud* (publicada por la OMS) no. 1:4. 1985.
- Lopes, Bonaerges y Nascimento, Josias, Orgs. Sauda & imprensa - o publico que se dane! Rio de Janeiro, Mauad, 1996.
- Mayobre, José Antonio. Comunicación, salud y desarrollo. En: OPS/Unesco. Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina: conclusiones de la Reunión del Comité Asesor sobre Políticas de Comunicación Social en los ministerios de salud pública para la promoción de la salud, septiembre de 1993. Quito, OPS/Unesco-Oficina Regional de Comunicación para América Latina, 1994. pp. 143-151.
- McKee, Neill. Social mobilization and social marketing in developing communities: lessons for communicators. Penang, Malaysia, Southbound, 1992. 204 p.
- Melo, José Marques de, Org. Quando a ciencia é noticia. Sao Paulo, ECA/USP, 1986.
- Melo, José Marques de, Coord. Mutacoes na imprensa paulista (da informacao cotidiana ao servico público). Sao Bernardo do Campo, Colecao Relatos de Pesquisa, Instituto Metodista de Ensino Superior (IMS), 1996.
- Ministerio de Comunicaciones de Colombia y otros. Política nacional de comunicación para la superación del problema de la droga. Santa Fé de Bogotá, Ministerio de Comunicaciones, 1992. 15 p. (mimeo.) (Proyecto Comunicación para la Superación del Problema de la Droga).
- Ministerio de Desarrollo Humano, Bolivia. Secretaría Nacional de Participación Popular. Comunicación sin centro: señas y sueños para descentralizar la comunicación ... y democratizarla. La Paz, Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaría Nacional de Participación Popular, Unidad de Comunicación, 1997. 307 p.
- Ministerio de Salud, Perú. Política nacional de comunicación para la salud en el Perú. Lima, Ministerio de Salud, Oficina de Comunicaciones, 1994. 8 p.
- OEA-CIESPAL. Comunicación contra las drogas: evaluación de campañas en América. Quito, CIESPAL, 1992. 430 p. (Colección "Encuentros").
- OPS. Declaración de San José "Comunicación para la salud". Washington, OPS, 1992b. 6 p.
- OPS. Implementación de la estrategia de promoción de la salud en la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., OPS/OMS, Programa de Promoción de la Salud, 1992c. 35 p.
- OPS. El movimiento de municipios saludables en América. Washington, D. C., OPS, 1992d.
- OPS/IPAL. Trabajando la promoción de la salud a través de las redes de comunicación alternativa: tabaco o salud. Documento de trabajo para el coloquio "Promoción de Salud y Calidad de Vida: Estrategias Alternativas de Comunicación", Lima, 22-24 de julio de 1992.
- OPS/Ministerio de Salud de Colombia. Promoción de la salud y equidad: Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, realizada en Santa Fé de Bogotá del 9 al 12 de noviembre. Washington, D. C., OPS, 1992.
- OPS/OMS. Vigilancia y evaluación de las estrategias de salud para todos en el año 2000. Documento presentado en la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, XLVI Reunión del Comité Regional, Washington, D.C., septiembre 1994. Washington, D.C., OPS/OMS, 1994. 169 p.
- OPS/Unesco. Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina: conclusiones de la Reunión del Comité Asesor sobre Políticas de Comunicación Social en los ministerios de salud pública para la promoción de la salud, septiembre de 1993. Quito, OPS/Unesco-Oficina Regional de Comunicación para América Latina, 1994a. 163 p.
- OPS/Unesco. Capítulo 1: Políticas de comunicación social en salud en los ministerios de salud. En: OPS/Unesco. Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina: conclusiones de la Reunión del Comité Asesor sobre Políticas de Comunicación Social en los ministerios de salud pública para la promoción de la salud, septiembre de 1993. Quito, OPS/Unesco-Oficina Regional de Comunicación para América Latina, 1994b. pp. 7-18.
- Ottawa, Charter for Health Promotion. *Health Promotion*, 1(4):405-462. 1987.
- Palacios, Pablo. Labor universitaria en Ecuador del Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins. Quito, Oficina de JHU para Ecuador, 1997. 4 p. (mimeo.)
- Pan American Health Organization. PAHO. Washington, D.C., PAHO, Office of Public Information. (Prospecto).



Pan American Health Organization. Health conditions in the Americas: health of adults and the elderly. Washington, D.C., PAHO, 1990. 28 p.

Pan American Health Organization. Healthy people, healthy spaces: annual report of the director 1996. Washington, D.C., PAHO, 1997. 210 p. (Official Documento, 283).

Pereira G., José Miguel. Comunicación, promoción y salud. *Signo y Pensamiento* (Colombia) (Universidad Javeriana: Departamento de Comunicación) no. 25:83-90. 1994.

Presencia (Bolivia). La humanidad sufre un fuerte reataque de las enfermedades: tuberculosis, dengue, fiebre amarilla. *Presencia* (La Paz) 7 de abril de 1997, p. 6.

Presencia (Bolivia). Organización Mundial de Salud planea estrategia para el próximo milenio. *Presencia* (La Paz) mayo 22 de 1997. p. 5.

Presencia (Bolivia). América del Sur aumentó su gasto militar en 1995: Chile, Brasil, Perú y Ecuador a la cabeza. *Presencia* (La Paz) 28 de septiembre de 1997. p. 9.

Prieto Castillo, Daniel. Lineamientos para una especialización en comunicación para la salud. Quito, Unesco-Oficina Regional de Comunicación para América Latina/OPS, 1994. 26 p.

Prieto Castillo, Daniel. En torno a la comunicación y a la movilización comunitaria. Mendoza, Argentina, 1997. 25 p. (mimeo.) Documento presentado al Taller Internacional de Movilización Comunitaria en Salud, realizado en Cochabamba, Bolivia, del 15 al 23 de julio de 1997 y organizado por Save the Children-Oficina para Bolivia y el Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins-Oficina para Bolivia.

Reunión de Ministros de Salud del Area Andina, 18a., Santiago de Chile. 3-4 noviembre de 1994. Resolución sobre comunicación en salud. En: Rebolledo, César. Informe del relator de la XVIII Reunión de Ministros de Salud del Area Andina, organizada por el Convenio Hipólito Unanue. Santiago de Chile, 1994. (mimeo.)

Rockefeller Foundation. Communications and social change: forging strategies for the 21st Century: a report on a Rockefeller Foundation Bellagio Conference, April 21-25, 1997. New York, Rockefeller Foundation, 1997. 29 p.

Roncagliolo, Rafael. Políticas de comunicación. En: OPS/Unesco. Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina: conclusiones de la Reunión del Comité Asesor sobre Políticas de Comunicación Social en los ministerios de

salud pública para la promoción de la salud, septiembre de 1993. Quito, OPS/Unesco-Oficina Regional de Comunicación para América Latina, 1994. pp. 153-162.

Roper, William L. Health communication takes on new dimension at CDC. *Public Health Reports*, 108(2):179-183. March-April 1993.

San Martín, H. La crisis mundial de la salud; problemas actuales de epidemiología social. Madrid, Editorial Karpos, S.A., 1982.

Sigerist, H.E. Medicine and human welfare. New Haven, Yale University Press, 1941.

Sigerist, H.E. The university at the crossroads. New York, Henry Schuman, 1946.

Solomon, Douglas et al. The role of communication in health. Stanford, Stanford University, Institute for Communication Research, 1979. 111 p. (mimeo.) This work was performed under contract TA-C-1472 with the Development Support Bureau (Office of Education and Human Resources) of the United States Agency for International Development.

Terris, M. Conceptos sobre promoción de la salud: dualidades en la teoría de la salud pública. Washington, D.C., OPS, 1992.

Tirado Cuenca, David y Luis Ramiro Beltrán. Comunicación para la salud: proyecto. La Paz, Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaría Nacional de Salud, Departamento de Comunicación Social y Relaciones Públicas, 1994. 8 p.

Tognoni, Gianni. Evaluación y procesos de movilización comunitaria. Milano, Italy, Instituto Di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, s.f. 23 p. (mimeo.). Documento presentado al Taller Internacional de Movilización Comunitaria en Salud, realizado en Cochabamba, Bolivia, del 15 al 23 de julio de 1997 y organizado por Save the Children-Oficina para Bolivia y el Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins-Oficina para Bolivia.

Torres-Goitia T., Javier. Factores y procesos de la movilización por la salud. Cochabamba, Bolivia, 1997. 29 p. (mimeo.) Documento presentado al Taller Internacional de Movilización Comunitaria en Salud, realizado en Cochabamba, Bolivia, del 15 al 23 de julio de 1997 y organizado por Save the Children-Oficina para Bolivia y el Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins-Oficina para Bolivia.

Torres Vasco, Marco Polo. Conceptos básicos de educación y comunicación para promocionar la salud. En: OPS/Unesco. Por una política de comunicación

- para la promoción de la salud en América Latina: conclusiones de la Reunión del Comité Asesor sobre Políticas de Comunicación Social en los ministerios de salud pública para la promoción de la salud, septiembre de 1993. Quito, OPS/Unesco-Oficina Regional de Comunicación para América Latina, 1994. pp. 129-151.
- Unesco-OPS/OMS. Reunión Técnica Unesco-OPS/OMS sobre Propuesta de Curriculum Académico para Periodismo en Salud, Universidad Técnica de Azuay, Cuenca, Ecuador, 6-8 de noviembre de 1995. Documento de trabajo. Quito, Unesco-Oficina Regional de Comunicación para América Latina/OPS, 1995a. 65 p.
- Unesco-OPS/OMS. Proyecto Global de Enseñanza en Comunicación para la Promoción de la Salud. En: Unesco-OPS/OMS. Reunión Técnica Unesco-OPS/OMS sobre Propuesta de Curriculum Académico para Periodismo en Salud, Universidad Técnica de Azuay, Cuenca, Ecuador, 6-8 de noviembre de 1995. Quito, Unesco-Oficina Regional de Comunicación para América Latina/OPS, 1995b.
- Unesco-OPS/OMS. Contenido curricular. En: Unesco-OPS/OMS. Reunión Técnica Unesco-OPS/OMS sobre Propuesta de Curriculum Académico para Periodismo en Salud, Universidad Técnica de Azuay, Cuenca, Ecuador, 6-8 de noviembre de 1995. Documento de trabajo. Quito, Unesco-Oficina Regional de Comunicación para América Latina/OPS, 1995c. pp. 10-11.
- Unesco-OPS/OMS. Informe de la Reunión Técnica Unesco-OPS/OMS realizada en la Universidad de Azuay, Cuenca, Ecuador del 6 al 8 de noviembre de 1995. Quito, Unesco-Oficina Regional de Comunicación para América Latina/OPS, 1995d. 6 p.
- Unicef/Who. Communicating for health: agent for change. New York, Unicef, 1987. 16 p.
- Unicef. Hechos y cifras 1996. New York, Unicef, 1996a.
- Unicef. El progreso de las naciones: las naciones del mundo clasificadas según sus logros en la salud, nutrición y educación de la niñez, la planificación de la familia y en el progreso de las mujeres. New York, Unicef, 1996b. 54 p.
- Unicef. Estado mundial de la infancia 1997: Unicef reclama una acción urgente para acabar con el trabajo infantil peligroso; resumen de prensa. New York, Unicef, 1997. 13 p.
- Universidad de Lima-OPS/OMS-Basics y Unesco. Protocolo de investigación del Proyecto COMSALUD: "cobertura de la salud en los medios". Lima, Universidad de Lima/OPS-OMS/Basics/Unesco. s.f. 56 p. (mimeo.)
- Weil, C. y J.L. Scarpaci, eds. Health and health care in Latin America during the lost decade: insights for the 1990s. Minnesota Latin American Series, no. 3, 1992.
- World Health Organization. New policies for health education in primary health care: report on the technical discussions of the Thirty-six World Health Assembly, Geneva. New York, WHO, 1983. (A36/Technical Discussions/4).
- World Health Organization. Advocacy strategies for health and development: development communication in action; a report of the Inter-Agency meeting on Advocacy Strategies for Health and Development, Geneva, 9-13 November, 1992. (Doc. HED/92.5).