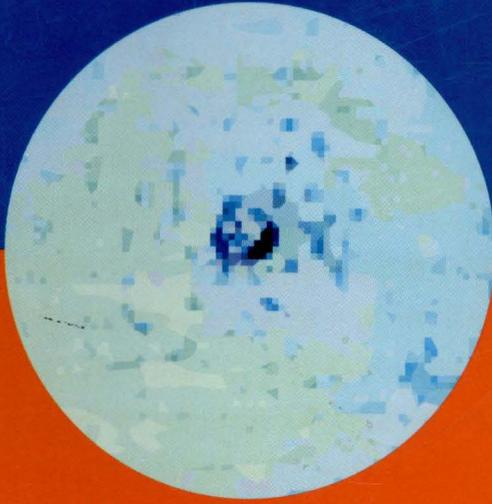


Colecc. LR Beltrán
PP-AI-135

MÍDIA E SAÚDE



José Marques de Melo
Isaac Epstein
Conceição Sanches
Sérgio Barbosa
(Organizadores)

Beltrán S., Luis Ramiro (2001) **La importancia de la comunicación en la promoción de la salud.** En: Marques de Melo, José y otros, Eds. **Mídia e saúde.** Sao Paulo, Brasil, UNESCO/Universidade Metodista de Sao Paulo/Faculdades Adamantinas Integradas. pp. 355-368.



Universidade
Metodista
de São Paulo



LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Luis Ramiro Beltrán¹

Estimados colegas:

Es muy grato para mí estar de nuevo en la querida tierra brasileña, la patria de aquellos grandes enamorados de la justicia para el pueblo, Helder Câmara y Paulo Freire, paladines del desarrollo humano y la comunicación democrática a quienes tuve el honor de conocer.

Felicito a la Cátedra Unesco de Comunicación para el Desarrollo Regional de la Universidad Metodista de Sao Paulo y a las Facultades Adamantinenses Integradas por patrocinar esta Conferencia Brasileña de Comunicación y Salud. El solo hecho de que ella sea ya la tercera de su tipo muestra la importancia que se atribuye en Brasil a dicha rama de nuestra actividad profesional. Esto merece aplauso pero no sorprende porque era lógico esperar ese adelanto de un país que es líder en Latinoamérica en materia de comunicación para el desarrollo democrático.

En nombre propio, y en el del Centro para Programas de la Universidad Johns Hopkins, agradezco a mi admirado colega y caro amigo de muchos años, el doctor José Marques de Melo, por el privilegio de su invitación para participar de este encuentro profesional haciendo en su apertura una exposición sobre la importancia de la comunicación en la promoción de la salud.

La política de promoción formulada por acuerdo internacional de 1986 es la más profunda, ambiciosa y compleja de todas las que se han formulado para normar el manejo de la salud pública. Es por eso que su puesta en práctica es la más difícil de todas. Y, por ser así, ella constituye el reto mayor que se ha presentado hasta la fecha a la creatividad y a la competencia de los especialistas en comunicación para la salud.

La innovadora noción actual de promoción de la salud proviene de un concepto revolucionario de la salud originado en Europa en el primer tercio del Siglo XIX, si es que no antes. Entre 1820 y 1840 un médico escocés, William Alison, y un médico francés, Louis René Villermé, hallaron relaciones causales entre pobreza y enfermedad. Este último comprobó, además, que las duras condiciones de vida y labor que padecían obreros textiles causaban su muerte prematura. En Alemania en 1848 - bajo un clima de revolución política en Europa - se produjo un movimiento de reforma de la medicina

¹ Consejero Regional Del Centro Para Programas De Comunicacion De La Universidad Johns Hopkins.

que, entendiéndola como una ciencia social, proclamó la convicción de que la salud del pueblo era algo que concernía a todos, no sólo a los médicos y que, por tanto, era deber del Estado asegurarla. Uno de los más radicales adherentes a este credo fue el ruso Rudolf Virchow, médico y activista político. Al evaluar una epidemia de fiebre tifoidea ocurrida en 1847, la atribuyó fundamentalmente a factores socioeconómicos y, por tanto, desahució la utilidad del tratamiento médico. Considerando al problema tanto social como biológico, propuso entonces reformas amplias y profundas para asegurar libertad, seguridad y prosperidad para todos. Afirmó que en la democracia todos tenían igual derecho al bienestar y que las condiciones para que éste se diera eran la salud y la educación, las que el Estado tenía el deber de mantener y promover.

De las reflexiones de Virchow se derivaron tres premisas: (1) que la salud pública concierne a toda la sociedad y que el Estado está obligado a velar por ella; (2) que las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad y que esas relaciones deben someterse a la investigación científica, y (3) que, en consecuencia, deben adoptarse medidas tanto sociales como médicas para promover la salud y combatir la enfermedad. Tales proposiciones no hallaron eco entonces.

Un siglo transcurriría antes de que ideas renovadoras como éstas fueran rescatadas y complementadas. Fue al comienzo de la década de 1940 cuando surgió la figura principal de este movimiento: Henry Sigerist, médico nacido en Francia, formado en Suiza y afincado en los Estados Unidos de América, donde llegaría a consagrarse como el máximo historiador de la medicina. Catedrático de la Universidad Johns Hopkins y de la Universidad de Yale, recuperó las ideas de los precursores, las analizó críticamente, las sistematizó y las enriqueció al punto de perfilar mejor la noción de promoción. En 1945 sostuvo que *la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso*. Aclaró que, más que depender de la asistencia médica, la salud del pueblo estaba cifrada en el disfrute de dichas condiciones y llamó *promoción de la salud* a la tarea de lograr el acceso de la gente a ellas. La consideró la misión primordial de la medicina. La segunda en importancia debía ser la prevención. Y la curación - restauración y rehabilitación - tenía que ser la última, pues había que recurrir a ella sólo en caso de que la prevención fallara. Abogó porque la promoción fuera realizada por coordinación de esfuerzos de médicos, educadores, políticos, industriales y obreros.

¿Escuchó alguien a Sigerist en su tiempo? La indiferencia o el desdén fueron las reacciones predominantes a su prédica. El espíritu de su planteamiento innovador fue recogido simbólicamente entonces sólo por la flamante Organización Mundial de la Salud al adoptar por divisa este enunciado: *La salud es un bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades.* Pero en la práctica todo seguiría igual entonces. Sólo unas tres décadas más tarde, ideas como las de Sigerist llegarían hasta el plano de acuerdos oficiales para inspirar acción reformadora.

En 1974 el Gobierno del Canadá planteó mediante el “Informe Lalonde” el enfoque de un “campo de salud” compuesto por los estilos de vida y las características del medio ambiente, además de verlo por la medicina y la biología. Como instrumento principal para aplicar ese enfoque escogió a la promoción de la salud, especialmente por medio de la educación y la recreación. También sostuvo la prelación de lo preventivo sobre lo curativo.

En 1978 la prevención y la promoción fueron adoptadas como primordiales por delegados gubernamentales de 134 países en reunión auspiciada por la OMS y el UNICEF en la Unión Soviética. En la **Declaración de Alma-Ata** hicieron esta rotunda afirmación: *El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud.* Para lograr la vigencia de este enunciado principista formularon una política caracterizada por la consigna *Salud para Todos en el Año 2.000.* Como estrategia clave de ella señalaron a la “Atención Primaria en Salud”, consistente de la prestación a toda la gente de un conjunto de servicios indispensables para su salud, con intervención activa de la comunidad en su conducción y en vinculación cooperativa con otros sectores.

En 1979 el Gobierno de los Estados Unidos de América, por conducto de su Director General de Salud, adoptó a su vez la política de “promoción de la salud”, principalmente por mejoramiento de los estilos de vida, y la de “prevención de enfermedades”, especialmente por protección contra amenazas del medio ambiente.

Y en 1986 esa transformación conceptual alcanzó su culminación en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud patrocinada en Canadá por la Organización Mundial de la Salud con asistencia de 112 delegados de 38 países. Esta conferencia condensó el producto de sus deliberaciones en el documento titulado *Carta de Ottawa* que definió a la promoción de la salud como el proceso *que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor*

control sobre la misma. Afirmó que esa promoción trasciende la idea de formas de vida sanas para incluir *las condiciones y los requisitos para la salud que son: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad.* Subrayó la convicción de que la fuerza motriz de la promoción debe ser la participación comunitaria en la toma de decisiones para la planificación y para la acción. Advirtió que poner en vigor la política de promoción de la salud requeriría combinar factores diversos pero complementarios como legislación, medidas fiscales, sistema tributario y cambios de organización. Y atribuyó a la comunicación importancia decisiva para su ejecución.

El Ministro de Salud de Canadá, Jake Epp, propuso a la Conferencia de Ottawa un marco conceptual y operativo para la promoción. Teniendo como meta la consigna de Alma-Ata - conseguir la salud para todos - identificó como desafíos reducir la desigualdad, incrementar la prevención y favorecer el “afrontamiento”, la capacidad de las personas para manejarse ante la incidencia de dolencias crónicas, discapacidades y problemas de salud mental. Propuso tres mecanismos operativos: habilitar a los individuos para el autocuidado de su salud, fomentar la ayuda mutua y propiciar la conformación de ambientes saludables. Y recomendó las siguientes estrategias de ejecución: favorecer la participación de la población, fortalecer los servicios de salud comunitarios y coordinar las políticas del sector público de modo que todas contribuyan al logro de la salud universal.

Evidentemente, el punto de partida en la reconceptualización de la salud y en la propuesta de la política de promoción fue la Declaración de Alma-Ata de 1978. Y el punto culminante fue, sin duda, la Carta de Ottawa de 1986. ¿Qué ha pasado desde entonces en Latinoamérica? ¿Cuáles cambios se han venido logrando hasta la fecha? ¿Se ha aplicado la política renovadora?

Una respuesta de un destacado salubrista, Javier Torres Goitia, ex-Ministro de Salud de Bolivia y presidente de la Unión Internacional de Médicos Parlamentarios, es descorazonadora:

Las burocracias oficiales ni debatieron ni asimilaron los fundamentales cambios conceptuales que se plantearon en Alma-Ata. Muy pragmáticamente se limitaron a desarrollar el primer nivel de atención interpretándolo como sinónimo de Atención Primaria. Simplistamente malinterpretaron sus conclusiones y decidieron ‘hacer

¿Hasta qué punto habrá sido aplicada la política de promoción desde entonces? ¿Se habrá avanzado hacia la equidad? ¿Habrá mejorado la situación sanitaria en Latinoamérica en el resto de la última década del Siglo XX? No hay señales de que ello haya ocurrido en grado significativo más que en pocos rubros y modesta escala. En general, las metas de los programas no han sido alcanzadas y, lamentablemente, la honda y vasta transformación promotiva pactada por los gobiernos en Alma-Ata y en Ottawa no se ha materializado aún. La Organización Mundial de la Salud lo admitió ya en 1997 en estos términos: *A medida que se acerca el nuevo milenio, queda claro que la salud para todos no se logrará en el año 2000 y que el plan debería re-examinarse en el contexto de dramáticos cambios sociales, económicos y políticos.*

En suma, a las palabras se las lleva el viento. La distancia entre la teoría y la práctica es muy grande. Y, como siempre, la cuenta del desastre la tiene que pagar el pueblo.

¿Por qué el fracaso de tantas buenas intenciones? ¿Por qué tan grande el abismo entre aspiraciones y realizaciones? ¿Qué determina que solemnes compromisos y rotundas declaraciones multigubernamentales no lleguen más allá del papel? ¿Cómo es posible que veintidos años después de Alma-Ata y catorce después de Ottawa la sabia y justiciera política de promoción no haya sido puesta en práctica más que en mínima medida y en apenas unos pocos países?

Las explicaciones son posiblemente varias. Pero una intrínseca y central parece ser la naturaleza misma de la política de promoción de la salud. Más que ninguna otra, ella plantea un cúmulo de cambios individuales, de grupo y multitudinarios que por su diversidad y profundidad no pueden ser de fácil ni pronta obtención. Propone tres lineamientos paralelos de acción transformadora: fomentar en las personas la adopción de estilos de vida saludables; estimular y habilitar a la gente para que desarrolle capacidad de control sobre los servicios de salud; y cambiar las estructuras y las circunstancias del entorno de modo que favorezcan el logro de la salud para todos. Y propone como base para todo ello la reorientación de los servicios de salud.

La adopción de estilos de vida saludables puede ser relativamente el propósito de menos difícil obtención. En un nivel intermedio de dificultad estaría el forjar la capacidad de control de los servicios por la gente, es decir, su participación en la toma de decisiones de planeamiento, acción y evaluación.

Y en el nivel de máxima dificultad ha de estar, sin duda, el logro de transformaciones estructurales en el arcaico entorno social y natural desfavorable a la salud universal. Esto se debe a que la posibilidad de efectuar cambios contextuales depende de la voluntad política y yace por fuera de la jurisdicción inmediata de la autoridad sanitaria. En efecto, ellos corresponden a otros territorios y demandan, por tanto, del concurso multisectorial. Al político, referente a la equidad, a la justicia y a la paz. Al socioeconómico y cultural, referente al ingreso razonable, a la alimentación adecuada, a la vivienda decorosa y a la educación básica. Y al físico, referente al ecosistema saludable y a los recursos sostenibles. De tal hondura, magnitud y complejidad es este último conjunto de cambios propuestos por la promoción que pareciera ser nada menos que un programa para lograr el desarrollo humano, democrático y sostenible. Es principalmente esta dimensión la que hace revolucionaria a la política de promoción de la salud.

Puesto que por definición la promoción debe alcanzar sus fines por persuasión, no por coerción, se atribuye universalmente a la comunicación la calidad de instrumento clave para materializar dicha política de salud. Así lo han reconocido, formal y reiteradamente, la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Panamericana de la Salud desde Alma-Ata en 1978 y Ottawa en 1986 hasta la Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el Siglo XXI emitida en 1997. En efecto, es sólo sobre la base del diálogo entre gobierno y pueblo, entre doctos y legos, entre pobres y ricos, que puede aspirarse a realizar tan colosal emprendimiento de cambio de conductas para el desarrollo. Articular esa conversación universal para el mejoramiento de la salud es el delicado compromiso que asumen los comunicadores al servicio de la promoción.

¿Con qué cuentan ellos para hacer frente a tal reto? Cuentan hoy, al cabo de cuando menos cuatro décadas de rica experiencia, con un conjunto de estrategias que se han probado efectivas para apuntalar diversos programas de salud en muchos países. Algunas de ellas corresponden claramente al territorio de la disciplina que ha llegado a conocerse como “información, educación y comunicación”. Otras, probablemente, son más bien estrategias de desarrollo social pero cifradas primordialmente en recursos de comunicación. También cuentan con múltiples medios, interpersonales y masivos, tradicionales y modernos, así como con el beneficio de una excepcional tradición de comunicación popular participatoria que reviste crucial importancia para el apuntalamiento a la promoción. Y ahora comienzan a contar también, especialmente en países como Brasil, con literatura académica que les brinda respaldo de investigación para comunicarse mejor.

Entre las estrategias mencionadas las que lucen más apropiadas para los fines de promoción son la inducción al cambio de conductas individuales, la movilización comunitaria, la movilización social y la “abogacía”.

Inducción al cambio en conductas individuales es el mecanismo de influencia social desinteresada por el cual se busca persuadir no manipulativamente a las personas y ayudarlas a que adopten conocimientos, actitudes y prácticas propicios a su salud.

Movilización comunitaria para la salud es la participación (autónoma o estimulada externamente) sostenida y protagónica de los individuos, grupos y organizaciones naturales de la comunidad en la toma de decisiones para el planeamiento, la ejecución y la evaluación de acciones para resolver problemas de salud definidos en consenso por todos los actores sociales.

Movilización social es la concertación voluntaria e intensa de los recursos y esfuerzos de agrupaciones sociales clave en respaldo de un programa de acción de alta prioridad y claro beneficio para la salud pública.

“Abogacía” es la sensibilización de la opinión pública para forjar conciencia sobre un asunto de amplia trascendencia nacional, así como la argumentación para ganar la comprensión solidaria de la población y sus dirigentes en favor de la causa de salud.

Las relaciones entre las misiones principales de la promoción y dichas estrategias, por una parte, y las funciones de IEC, por otra parte, pueden ser vistas así:

La misión de fomentar los estilos de vida saludables se vale principalmente de la estrategia de inducción de cambios en conductas individuales y ésta apela a la educación y a la comunicación en primer lugar y a la información en segundo lugar.

La misión de habilitar a la gente para que aprenda a cuidar su salud y participe de la responsabilidad de conducción de los servicios de salud se vale principalmente de la movilización comunitaria y ésta apela a la comunicación en primer lugar y a la educación en segundo lugar.

La misión de propugnar el cambio sustantivo de condiciones estructurales de contexto social y ambiente natural para que, haciendo justicia al pueblo, viabilicen su salud se vale principalmente de la “abogacía” y de la movilización social y cada una de éstas apela en primer lugar a la comunicación y en segundo lugar a la información.

Las tres misiones de la promoción pueden cumplirse consecutiva o simultáneamente, según convenga en determinadas circunstancias. Las tres funciones de IEC se aplican en aislamiento tanto como por conjugación, pero haciendo la mezcla sistemáticamente, no al azar.

El espectro de público para la promoción es tan amplio y diverso que obliga a los comunicadores a esmerarse en la segmentación más precisa posible. En principio, la promoción aspira a llegar a toda la población, pero tiene que hacerlo dirigiéndose, en varias formas y en distintos grados, a diversas sub-audiencias con distintos propósitos específicos. Por ejemplo: padres de familia y maestros; líderes comunitarios (cívicos, culturales, económicos y religiosos) y autoridades principales; dirigentes de agrupaciones básicas como juntas vecinales, sindicatos obreros y federaciones campesinas; periodistas y otros líderes de opinión; dirigentes de partidos políticos, parlamentarios y altos funcionarios; líderes empresariales; y personal de salud, profesional y auxiliar.

Además de tipificar cada segmento de público en función de perfiles psicográficos provistos por la investigación, el comunicador debe priorizarlos en niveles primario, secundario y terciario en función de su importancia y de la intensidad que por ella merecen en cada caso.

Parece indispensable para los estrategas de la comunicación promotiva cobrar conciencia, cuando menos en sus rasgos esenciales, de un creciente y sustantivo cambio en la situación de salud y población en Latinoamérica. La naturaleza de esa transformación es tal, que viene a plantear más problemas y nuevos desafíos a los responsables del cuidado de la salud pública. Ello hace en particular que la implantación de la política de promoción sea más necesaria y urgente que nunca, pero al mismo tiempo la torna aún más compleja y más difícil de lograr que de suyo ya lo era. Y esto, obvia e inevitablemente, trae aparejadas para los comunicadores nuevas y mayores demandas a su creatividad y dedicación.

¿En qué consiste ese cambio? Esencialmente en que, en la medida en que la esperanza de vida aumenta también en los países en desarrollo, aumenta la prevalencia de enfermedades que son más comunes en los grupos de edad avanzada. Medio siglo atrás la mayoría de la gente perdía la vida antes de cumplir los 50 años. En cambio hoy la esperanza de vida en la América Latina y el Caribe ha llegado prácticamente a los 70 años de edad, cinco por encima del promedio mundial. Ese alargamiento es apetecible siempre que los años adicionales no traigan consigo para los seres humanos dolor y discapacidad en medio de la pobreza. Pero la Organización Mundial de la Salud advierte que ahora la perspectiva de la mayor parte de los habitantes de los países en desarrollo es que, si logran sobrevivir a las enfermedades infecciosas propias de la infancia, la niñez y la edad madura, quedarán expuestos a padecer enfermedades no infecciosas propias de la edad

avanzada; en América Latina y el Caribe esas enfermedades no transmisibles explicaban, ya en 1988, alrededor de dos tercios de la mortalidad general. Y añade dicho organismo internacional:

Esa situación se conoce con el nombre de transición epidemiológica, y es el cambio de las características por el cual los países pobres heredan los problemas de los ricos, con inclusión no solamente de las enfermedades sino también de los efectos dañinos del tabaco, el alcohol y el uso de drogas, y de los accidentes, el suicidio y la violencia. También se habla de la 'doble carga', porque esos problemas vienen a sumarse al peso de las enfermedades infecciosas endémicas. En la salud influyen cada vez más unas circunstancias sociales y económicas sobre las que el individuo tiene escaso control y sobre las que el sector sanitario tradicional tampoco tiene gran influencia. De resultas de ello, en muchos países se está ahondando el abismo entre pobres y ricos en lo tocante a la salud (...)

En efecto, se ha comprobado al interior de muchos países del mundo que las enfermedades infecciosas son de mayor frecuencia en la población más pobre y de zonas rurales. En cambio, la población urbana acomodada, cuya esperanza de vida es mayor, es más pasible a las afecciones no transmisibles o crónicas. Y, tal como lo demuestran las diferencias en esperanza de vida dentro de cada país, los pobres mueren jóvenes y los ricos mueren viejos. Es, pues, con razón que la Organización Mundial de la Salud afirma que *la más despiadada asesina del mundo y la mayor causa de sufrimiento en la tierra es la extrema pobreza.*

Si los gobiernos latinoamericanos se empeñaran en dar prioridad en el gasto de salud a la atención de las enfermedades transmisibles, los pobres se beneficiarían mucho más que los ricos. Si por el contrario, priorizaran a la atención de las enfermedades no transmisibles, los ricos se beneficiarían a costa de los pobres. Así, pues, advierte la OMS, *toda nueva mejora de la salud exige una acción amplia e integrada contra todos los determinantes de la mala salud.* Ello quiere decir, entre otras cosas, que nuestros países tienen ahora que luchar - en vista de la situación de salud antes descrita - al

mismo tiempo en los dos frentes de necesidad, ya no consecutivamente sino en paralelas. ¿Y no es justamente la política de promoción la mejor configurada para conducir esa intervención abarcadora y global?

Conviene a los estrategas de la comunicación promotiva apreciar la importante diferencia que los médicos perciben entre las enfermedades infecciosas (transmisibles) y las no transmisibles (crónicas). Las transmisibles, indican, son curables; son vencidas toda vez que el agente infectante es eliminado. Con pocas excepciones, las no transmisibles, en cambio, no suelen ser de fácil curación. Y, en la experiencia de la OMS, la curación de las enfermedades infecciosas ... *no sería posible sin una enérgica participación comunitaria: las campañas de inmunización, por ejemplo, no lograrían su objetivo si no contaran con el activo apoyo de la comunidad.* Las dolencias crónicas, en cambio, se prestan poco a la acción comunitaria. No se propagan de persona a persona. Cada caso es una carga que recae sobre un individuo. Propone con razón la OMS que, si la mayoría de las enfermedades crónicas no se pueden aún curar, la atención sanitaria debe concentrarse en prevenir su inicio, en retrasar su desarrollo en la edad avanzada, en reducir el sufrimiento que causan y en crear un entorno social propicio al cuidado de quienes quedan discapacitados. ¿No es esta otra tarea una responsabilidad eminente en el marco de la promoción? ¿Y no es lógico anticipar que, cuando menos en la prevención del inicio y en la creación del entorno, la promoción requerirá el apoyo de la comunicación?

También es pertinente para los comunicadores tomar nota de que ese envejecimiento de la población, hasta hace poco tiempo característico solamente de los países desarrollados, ha cobrado vigencia en la región latinoamericana junto con descensos importantes en las tasas de mortalidad infantil y de fecundidad. Por inversa, ha venido acompañado, además, por aumentos considerables y acelerados en las tasas de urbanización debido al crecimiento natural y a la inmigración del campo a la ciudad, lo que está incidiendo negativamente en la salud pública y desbordando la capacidad de los servicios responsables por ella. Datos como estos son, sin duda, también de relevancia para los responsables de realizar la promoción, incluyendo a los comunicadores.

¿Qué barreras se oponen al avance de la promoción en Latinoamérica? Sin duda, las dos más grandes son la renuencia del propio personal de los servicios de salud a cambiar de comportamiento y la resistencia de las élites gobernantes a efectuar la redistribución equitativa del poder, indispensable para alcanzar el desarrollo verazmente democrático sin el cual la salud para todos no es factible.

Los gobiernos de la gran mayoría de países del mundo confiaron a la Organización Mundial de la Salud el mandato de democratizar la salud pública primero en Alma-Ata en 1978 y, con mayor precisión y vuelo, en Ottawa en 1986.

En 1984 el entonces Director General de ese organismo técnico internacional, el doctor Hafstan Mahler, recalcó ante sus colaboradores en la sede central la convicción de que la salud sólo podía mejorar contando con la participación del pueblo en la orientación y funcionamiento de los programas de salud. Les habló así: *¿Estamos preparados mental y profesionalmente para escuchar lo que les interesa, aprender de ellos lo que consideran importante y compartir la información apropiada, animarlos y apoyarlos? ¿Estamos listos para ayudarles a escoger entre soluciones posibles, establecer sus propios objetivos y evaluar sus esfuerzos? Hasta ahora, en muchos casos, la respuesta es no* Pidió el alto funcionario a sus compañeros no tratar de imponer sobre las comunidades programas carentes de comprensión de la problemática de salud y de la realidad social y económica que la determinan. Y, con visionaria humildad, abogó ante ellos porque ... *el personal de salud debería aprender en primer lugar a actuar como 'mediador' de las actividades de los individuos, familias y comunidades ...*

¿Habría sido escuchada esa prédica en el organismo internacional y en los organismos nacionales de salud a los que ella sirve? En 1986, en la 39ª. Asamblea Mundial de la Salud, el propio doctor Mahler ya tuvo que deplorar, respecto del temprano mandato de Alma-Ata, que el personal de salud hubiera llegado a distorsionar, en concepción y ejecución, la estrategia de Atención Primaria en Salud hasta el punto de hacerle perder su orientación hacia la gente.

Y ahora, en junio del año 2000, en la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud realizada en Ciudad de México, un grupo de expertos que trabajó sobre uno de los postulados centrales de la política de promoción, la reorientación de los servicios de salud, hizo esta afirmación: *En su mayoría, los proveedores aprenden a considerarse como el principal agente de cambio en el estado de salud de la persona y como la única fuente de saber legítimo sobre la salud. Las ideas de los pacientes sobre su salud se reducen a la categoría de 'creencias' y en gran medida se hace caso omiso de los numerosos factores sociales y culturales que condicionan la práctica de salud de los pacientes*

Mucha imaginación, perseverancia y tacto serán necesarios para que los comunicadores en salud desarrollen estrategias efectivas que logren provocar cambios sustantivos en la mentalidad y en la conducta del personal de salud. Forjada en las aulas universitarias y convalidada en la práctica privada de la medicina, la actitud de la gran mayoría de los funcionarios sanitarios es, lamentablemente, de aferramiento al predominio de lo curativo, vertical e individualista. No se compagina, pues, con la filosofía ni con la práctica de la promoción. Modificar esa actitud y enseñar la práctica de la promoción es, por tanto, uno de los grandes desafíos que la comunicación para la promoción enfrenta.

El otro desafío mayúsculo es el de abatir por persuasión la ciega tenacidad con que las oligarquías de la región consolidan y expanden su hegemonía, agudizando la inequidad, acentuando el subdesarrollo e invalidando al ideal de democratización. De todas las regiones del mundo la de las Américas es hoy la más inequitativa en términos del ingreso per cápita. En 1990 el 20% más rico de América Latina concentraba en sus manos el 52.4% del total de ingresos, en tanto que el 20% más pobre recibía sólo el 4.5% de ese total. Es decir, que la recuperación inicial de la debacle económica de la década de 1980 se logró en la región haciendo más ricos a los ricos a expensas de los pobres. Es cierto que esa crisis ha obligado a los gobiernos latinoamericanos a aplicar elevadas proporciones presupuestales al servicio de la inmensa deuda externa al precio de frenar el impulso de desarrollo. Pero no es menos cierto que ellos han afrontado la situación pasando la factura a los de abajo, reduciendo - por ejemplo - los gastos sociales en salud y educación. En cambio, no pocos de ellos no han vacilado en asignar exorbitantes sumas de dinero a la compra de armamentos.

En realidad, no falta, pues, el dinero. Lo que falta es la voluntad política para asignarlo equitativa y racionalmente. Está comprobada una relación entre el desempeño económico, la distribución del ingreso y el estado de la salud pública. Como fue señalado en la reciente Conferencia Mundial de Promoción de la Salud realizada en México, cuanto mayor es el ingreso promedio per cápita de un país, y más equitativa es la distribución del ingreso, mayor resulta la probabilidad de que su población disfrute de una existencia larga y sana. Por ejemplo, según lo informara el Banco Mundial, un aumento del 10% en el ingreso reduce la mortalidad de los lactantes entre un 1% y un 2% en varios países de Latinoamérica, Asia y África. Haciéndose equitativo el desarrollo económico puede, por tanto, contribuir decisivamente al mejoramiento de la salud y la vida del pueblo en nuestros países. Pero,

dependientes como son la mayoría de sus regímenes gubernamentales de intereses elitistas y conservadores, los dirigentes políticos sólo muy rara vez se atreven a transferir recursos de los sectores privilegiados de la sociedad a beneficio de los menos favorecidos.

¿Qué podrá hacerlos cambiar? ¿Acaso la conciencia de la exacerbación de la explosividad social que la creciente injusticia está generando? ¿Tal vez la percepción de la honda desconfianza del pueblo hacia la clase política desacreditada por la incompetencia y la corrupción? ¿O quizás la emergencia de nuevas fuerzas sociales comprometidas con el cambio de estructuras en favor de las desposeídas mayorías? Las autoridades responsables de hacer realidad la promoción de la salud, apuntaladas por los especialistas en comunicación para el desarrollo democrático, humano y sostenible, tienen ante sí aún pendiente el formidable reto de hallar respuestas a cruciales interrogantes como estas.

Será a partir de esas respuestas, sobre la base del conocimiento profundo de los factores opuestos al cambio y de las posibles motivaciones para proponerlo, que ellos tendrán que trazar y aplicar las estrategias para intentar lo que no pocos consideran inverosímil: convencer a los poderosos de que dejen de serlo tanto.

Tan monumental parece el compromiso transformador que cabe, por fin, preguntarse si es realizable o quimérico. ¿Será la propuesta de promoción de la salud nada más que ensoñación, mera fantasía? ¿Y será la misión de la comunicación al servicio de ella una misión imposible? Responder afirmativamente llevaría a médicos y a comunicadores a alzar las manos, a echar por la borda dos décadas de anhelos y de intentos. Y, peor aún, sería dejar al pueblo sin esperanza de justicia y condenado a sobrevivir sin salud ni porvenir. Nuestra conciencia no puede permitirnos hacer eso. Por tanto, inspirados por la victoriosa obstinación de Bolívar, Martin Luther King y Gandhi, sólo tenemos una opción: seguir abrazando con pasión la causa hasta convertir lo imposible en realidad feliz. Porque, como nos lo enseñara el maestro Freire:

“Aquello que es lo utópico
no es lo inalcanzable;
no es idealismo;
es un proceso dialéctico
de denunciar y anunciar;
denunciar la estructura deshumanizante
y anunciar la estructura humanizante”.