

Beltrán S., Luis Ramiro (1994) **La salud y la comunicación en Latinoamérica: políticas, estrategias y planes.** En: UNESCO/OPS-OMS. 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, Ecuador. pp. 29-89.



POR UNA POLITICA DE COMUNICACION PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN AMERICA LATINA



OPS - OMS

Colecc. LR Beltrán
PP-AI-077

CAPITULO 2

La salud y la comunicación en Latinoamérica: políticas, estrategias y planes*

Luis Ramiro Beltrán S.

Consejero Regional del Centro para Programas de Comunicación
de la Universidad Johns Hopkins, con sede en La Paz, Bolivia

RESUMEN

¿Cuál es la problemática de la salud en América Latina? ¿Qué políticas rigen las acciones de los organismos de desarrollo especializados en la protección de aquella? ¿Qué puede la comunicación hacer para sustentar esas políticas? Estas son, en lo esencial, las preguntas que este documento trata de ayudar a contestar. Lo hace bajo un doble enfoque: un recuento detallado y documentado de la situación y un aporte al refinamiento de

conceptos clave sin los cuales no se considera posible precisar el papel de la comunicación al servicio de la salud.

El ensayo se abre con un breve intento de dilucidar la naturaleza de los instrumentos de planeamiento llamados "políticas", "estrategias" y "planes". Se ofrecen criterios prácticos para diferenciarlos operativamente entre sí.

Se hace entonces una revisión histórica de las principales políticas de salud oficialmente vigentes a partir de fines de la década de 1970, punto de arranque para una revolución conceptual y operativa en materia de salud pública en todo el

* *Las apreciaciones contenidas en este ensayo son de exclusiva responsabilidad de su autor. No comprometen, por tanto, ni a la entidad para la que él trabaja ni a las instituciones patrocinadoras del encuentro.*

mundo. Se hace énfasis en la aplicación de esas políticas en la región latinoamericana, especialmente en términos de la "promoción", una de las más recientes y tal vez la más compleja de ellas.

A continuación se analiza en qué forma y grado pueden aquellas políticas haber hallado aplicación efectiva hasta la fecha, particularmente en América Latina. Y ello conduce, sin demora ni dificultad, a la conclusión de que hay una marcada disparidad entre ideales y realidades, incongruencia que el pueblo está pagando en términos de un lamentable e injusto estado de salud.

Se enfoca, luego, la atención sobre los conceptos de información, educación y comunicación en salud, indicando elementos que trazan distinciones prácticas entre ellos sin negar su explicable concomitancia. Tras ello se pasa revista a estrategias de comunicación para la salud aplicables en la región.

El próximo paso es examinar las posibilidades de formulación de políticas globales nacionales de comunicación para la salud. Articulando y condensando proposiciones de diverso origen se propone un conjunto de bases para diez de esas políticas.

El resto del documento hace, en tres secciones, un análisis pormenorizado de estrategias y de planes estratégicos sobre la base de experiencias ganadas en la región. Aunque se toma en cuenta en ello a la prevención se pone énfasis sobre las estrategias para aplicar la política de promoción. Se analizan las principales de ellas y se discuten sus relaciones tanto con las estrategias de comunicación como con las funciones de información, educación y comunicación. Ello desemboca en una corta propuesta de base para la planificación estratégica de comunicaciones específicamente dirigidas a la promoción de la salud.

Una bibliografía selectiva pero amplia cierra el trabajo.

"Si la existencia es el primer bien, el segundo es el modo de existir".

Simón Bolívar

"El nuestro es un continente de esperanza y de futuro. Realizar la esperanza, vivir en paz con dignidad, es el compromiso que asumimos".

Ministros de Salud de Latinoamérica (Bogotá, 1992)

La comunicación educativa al servicio de la salud pública es una disciplina que ha cobrado niveles importantes de intensidad y avance en Latinoamérica desde principios de la década de 1980, justamente cuando esta región del mundo "en desarrollo" comenzaba a sumirse en la más devastadora crisis económica de toda su historia. Esto puede haber ocurrido en parte por azar. Pero también parece haber ocurrido, en grado significativo, porque fue en esta década justamente en la que surgieron ideas revolucionarias sobre la salud pública que dieron pie a políticas muy distintas de las que prevalecían hasta entonces en el ámbito internacional y en los nacionales.

Proclamando a la salud como un derecho universal y fundamental esas políticas tienden a sacarla de los consultorios y hospitales para ponerla en manos de las comunidades que congregan a las grandes mayorías oprimidas por la miseria que la inequidad genera. Y, para hacerlo así, los programas de salud tienen que, por una parte, conquistar el pleno apoyo de la opinión pública y, por otra, llegar

prontamente a millones de seres humanos perdidos en las brumas del subdesarrollo con mensajes que los ayuden a tomar efectivamente en sus manos las decisiones y las acciones en favor de su salud, cuyo estado a la fecha es de grave deterioro.

Los profesionales del sector de la salud -médicos, biólogos, enfermeras y otros- no han recibido formación para esa gigantesca tarea de movilización social hacia la participación democrática en la lucha por el desarrollo. Por eso desean asociar ahora sus capacidades y esfuerzos a los de especialistas en los campos de la comunicación, la educación y la información. Y estos tendrán que empeñarse a fondo y sin demora en familiarizarse con la naturaleza del sector para poder servirlo bien. Es una alianza lógica y loable.

El paso obvio y principal para hacer aquello es que los comunicadores entiendan las políticas, estrategias y planes de salud. Y su paso siguiente tendrá que ser el de forjar políticas y planes de comunicación que apuntalen óptimamente a los de salud.

Tal vez no lo parezca a simple vista, pero se trata de un desafío mayor.

EL REINO DEL PLANEAMIENTO

Las acciones humanas pueden ser racionales o no. Si lo son, han sido antecedidas por la reflexión. Si no son racionales se han producido por intuición y con improvisación, sin pensar a priori en precios ni consecuencias. Lo racional se cifra en la anticipación de las acciones, en el

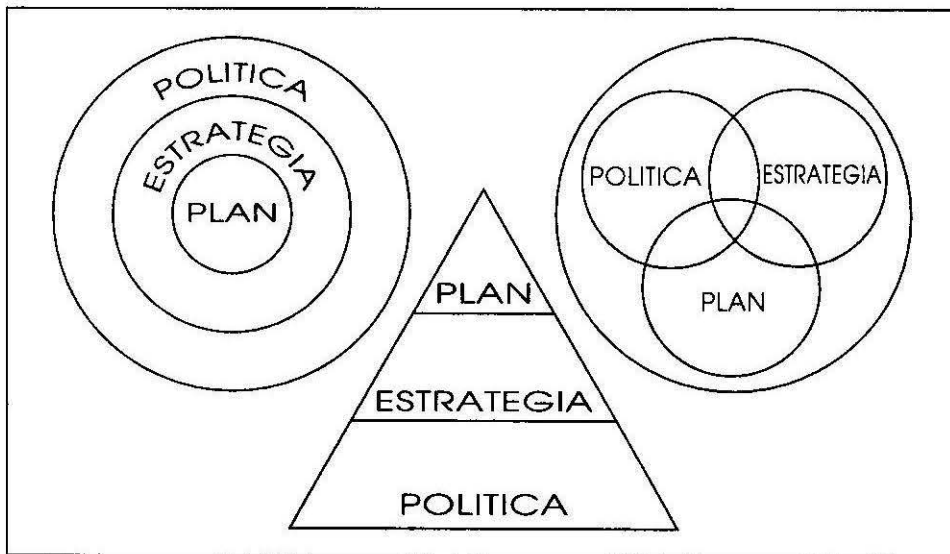
cálculo de costos versus beneficios y en la medición de resultados. Lo irracional deja todo ello librado al azar. La acción irracional es por lo general ineficaz si bien ocasionalmente puede resultar eficaz; pero no puede ser eficiente. Sólo la acción racional puede conducir a la eficiencia; es decir, a la efectividad sensatamente dividida por el costo, al producto justificado por el insumo.

Manifiesta o no, esta simple pero decisiva convicción pareciera dar raíz a todo ejercicio sistematizador del comportamiento humano, desde la esfera individual y privada hasta el nivel público y gubernamental. El ama de casa racional organiza mentalmente sus labores domésticas antes de ejecutarlas y el estudiante juicioso prevé el uso de su tiempo. Asimismo, el gerente de una empresa o el ministro de Estado tiene que organizar sus esfuerzos y recursos en función de determinadas expectativas de resultados,

estimando el pro y el contra de las opciones disponibles.

En el orden de las actividades en servicio del desarrollo nacional la racionalidad que busca la eficiencia se logra por medio de la planificación o planeamiento. Este arte administrativo tiene, por lo general, tres instrumentos primordiales: la política, la estrategia y el plan, en ese orden generatriz, para determinar las operaciones a ejecutarse por programas y proyectos. En la base del planeamiento está la política. Esta sustenta a la estrategia. Y la estrategia conduce a la acción por medio del plan. O, visto el asunto de otro modo, la política contiene a la estrategia como la estrategia contiene al plan. Y en la aplicación la secuencia es: (1) política, (2) estrategia y (3) plan.

Se trata, pues, de un "gestalt": un conjunto sistémico superior a partes, las que están estrecha y funcionalmente entrelazadas.



Las políticas, las estrategias y los planes comparten una característica primordial: son herramientas para trazar comportamientos conducentes al logro de determinados propósitos. Es decir, son artefactos normativos para moldear convicciones y conductas, tales como -en la religión católica- lo son el credo, los mandamientos y el catecismo. De ahí su natural relación con la comunicación.

La política es un conjunto de principios, normas y aspiraciones.

La estrategia es un conjunto de previsiones sobre fines y procedimientos.

El plan es un conjunto de prescripciones para regir operaciones.

La política es doctrinaria, la estrategia es metodológica y el plan es ejecutivo. Es por eso que la política traza objetivos generales (anchos y de largo aliento), la estrategia plantea objetivos específicos (aumentando la precisión teleológica y, a menudo, acortando tiempo y espacio), y el plan estipula en detalle metas concretas (cuantitativas, tempo-espaciales y medibles).

La política es raigal, la estrategia es troncal y el plan es ramal.

La política es un mandato, la estrategia es un diseño y el plan es un aparato. De una política pueden, por tanto, desprenderse varias estrategias y, para poner a estas en práctica, se pueden requerir diversos planes tanto paralelos como consecutivamente.

La política tiende a ser más amplia; se expresa normalmente en enunciados cor-

tos, a veces hasta comparables con eslóganes o lemas. La estrategia tiende a ser más amplia que profunda; por eso sus enunciados suelen ser de mediana longitud. Y el plan tiende a ser tan amplio como profundo; por eso sus enunciados son usualmente extensos. La precisión -en sentido de grado de detalle- de los enunciados es mínima en las políticas, mediana en las estrategias y máxima en los planes.

Los formatos de explicitación normativa también varían en función del nivel de planificación. Las políticas suelen enunciarse por medio de discursos individuales o declaraciones colectivas y formalizarse mediante acuerdos firmados o disposiciones legales de alto nivel. Las estrategias, siendo más de orden técnico que político, se enuncian generalmente por decretos o resoluciones reglamentarias o, simplemente, por manifestaciones en los planes que rigen a programas y proyectos. Y los planes son, normalmente, documentos técnicos y financieros.

Sin duda, en vista de la naturaleza integrada y derivada de los tres elementos, los planes deben guardar coherencia con las estrategias y estas con las políticas. La discordancia entre estos elementos lesiona la racionalidad que se busca para alcanzar la eficiencia.

En general, para ser efectivas las políticas deben ser **explícitas, integrales y estables**. En cuanto a duración o estabilidad la política suele prevalecer por más tiempo que la estrategia y por mucho más tiempo que el plan. Aquella tiende a permanecer intacta a través de los años en

tanto que las estrategias a menudo experimentan ajustes y los planes suelen ser más bien de plazo corto. Una política sólida y fértil puede inspirar acciones por dos, tres o más decenios. En cambio las estrategias suelen perder validez, siquiera parcialmente, en uno o dos lustros, en función de variaciones en factores conjunturales. Y los planes más largos - casi siempre contingentes - rara vez sobrepasan al trienio. Por lógica, el plan debe mencionar la política en que se basa y consignar las estrategias de que se deriva antes de plantear sus previsiones operativas.

Vistas todas estas diferencias entre los tres instrumentos de planificación deberían evitarse las confusiones entre ellos que, infortunadamente, no son infrecuentes. Siendo estrechamente afines estrategia y plan no son, sin embargo, iguales.

¿Cuáles son las principales políticas, estrategias y planes de salud que prevalecen hoy en América Latina?

Responder a aquella pregunta, identificar cuando menos la normativa central de la salud para la región, luce indispensable para quienes formulen políticas, estrategias y planes de comunicación al servicio de la salud. El mayor volumen de la información disponible para ello se refiere a las de escala internacional que han sido acordadas con participación de los gobiernos de la región y que, por tanto, se entienden también aplicadas al nivel de cada nación de ella.

POLÍTICAS DE SALUD: NUEVAS CONCEPCIONES

Tradicionalmente la salud ha sido entendida como nada más que la ausencia de enfermedad y esta ha sido percibida como un problema de orígenes puramente físico-biológicos. El corolario lógico de tal visión ha sido la curación de enfermedades o heridas para evitar la muerte. Y esta misión fue vista como correspondiente solo a los profesionales de medicina y a sus auxiliares en relación individual con los pacientes. Hace relativamente pocos años que algunos médicos, especialmente los especializados en la joven disciplina de la salud pública, propusieron la innovadora idea de que valía más prevenir que tener que curar y se percataron de que para ello debían apelar a recursos educativos. Pero hasta la fecha tal innovación pareciera haber sido más tolerada que propiciada y así el esquema curativo - de origen mercantil, no social - tiende a retener el primer plano en el escenario de las políticas de salud. En consecuencia, las estrategias programáticas institucionales, la formación del personal, la orientación de los funcionarios, la naturaleza de los servicios, la asignación de los recursos y los planes operativos para la salud del pueblo han obedecido normalmente a los principios y normas derivados de aquella mentalidad tradicional. En Estados Unidos, por ejemplo, del gasto anual de 300 mil millones de dólares en busca de salud, 98% se aplicaba a lo curativo, según **Greene y Simons-Morton (1988)**.

Aunque algunos analistas han detectado raíces innovadoras correspondientes al siglo pasado, dicha conceptualización tradicional no comenzó a ser efectivamente cuestionada sino después de 1940.¹ Pero aún así cambios de perspectiva sustantivos solo tuvieron lugar algo más de 30 años después.

En 1974 el gobierno del Canadá publicó un documento (Lalonde, 1974) que, abandonando la noción de la medicina como única fuente de protección de la salud, instauró en su reemplazo el concepto más amplio de "campo de salud" integrado por la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la atención médica. Y sostuvo claramente que lo preventivo debía primar sobre lo curativo. Sobre tales bases recomendó cinco estrategias para la acción, destacando en primer lugar a la promoción de la salud, especialmente por medio de la educación y la recreación. En 1979, en otro documento revolucionador de las ideas sobre la salud (U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, 1979), el Servicio de Salud Pública de los

Estados Unidos optó también por la política de "promoción de la salud", definida principalmente en términos del fomento de cambios en los estilos de vida, y por la de "prevención de enfermedades", entendiéndola como la protección contra amenazas del ambiente sobre la salud. Ambos planteamientos de políticas irían a generar profundos y extensos cambios en la práctica de la salud pública en esos dos países.

Alma-Ata: salud para todos

Un año antes de la publicación de aquel planteamiento en Estados Unidos un encuentro internacional introdujo a escala mundial otras innovaciones de la conceptualización de la salud. Tal fue la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud patrocinada por la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF en Alma-Ata, Unión Soviética, en 1978; contó con la asistencia de delegados de 134 naciones.

La innovación principal fue la de proclamar la convicción de que la salud no puede ser un privilegio de pocos pues es un derecho humano universal y fundamental. De no menor importancia en lo doctrinario fue el siguiente enunciado:

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud.

Y en cuanto a lo operativo la innovación mayor de Alma-Ata fue la de asignar la máxima prioridad a la salud primaria, o sea a la atención - primordialmente preventiva - de la salud materno-infantil. En servicio de ella la Declaración de

1 Entre los principales está el médico salubrista norteamericano Milton Terris (1992a) quien ha destacado la iniciativa precursora del visionario historiador de la medicina Henry E. Sigerist (1941, 1946) que ya entre 1941 y 1945 planteó la convicción de que, más que depender de la medicina, la salud del pueblo está cifrada en que se proporcione a este educación libre, condiciones de vida y trabajo decorosos y medios adecuados de reposo y recreación. A la tarea de lograr el acceso de la gente a todo ello Sigerist la llamó "promoción de la salud" y la consideró la misión primordial de la medicina, poniendo a la prevención en segundo lugar y dejando el último para lo curativo ("restauración y rehabilitación"), solo ante la contingencia de fallar la prevención.

Alma-Ata asignó el primer lugar entre ocho actividades instrumentales a "la educación sobre los principales problemas de salud y los métodos de control y prevención de los mismos" (World Health Organization, 1978).

La resultante Estrategia Mundial de Salud para Todos en el año 2000 fue adoptada en 1981 por la Trigésima Cuarta Asamblea Mundial de la Salud, consignando en nivel de clara importancia "la información y la educación" como instrumentos para el cumplimiento de la estrategia de prelación en favor de la salud primaria.

En línea con aquella "estrategia" - ¿más bien, una política? - y trasuntando este espíritu, el Séptimo Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud para el período 1984-1989 iría a asignar a la información y a la educación papeles importantes en las acciones de prevención y en las de fomentar la participación popular prevista.

Invocación al cambio institucional

Tan hondo habían llegado a calar, a la altura de 1984, las nuevas concepciones de la salud entre las autoridades de aquel organismo especializado de las Naciones Unidas que su Director General, entonces el doctor H. Mahler, dirigió a sus colaboradores un franco mensaje abogando por la radical transformación de su trabajo en términos como estos:

La salud mundial solo mejorará cuando los propios interesados parti-

cipen en la planificación, aplicación y toma de decisiones de su propia salud y atención de la salud...

...¿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...

El alto funcionario hizo notar a sus compañeros de oficio que el concepto de salud primaria conllevaba para ellos nuevas perspectivas y responsabilidades:

"Debemos dejar de adaptar las comunidades a sistemas y programas que proyectamos sin un sentido real y profundo de los aspectos sociales, problemas de salud o dificultades económicas...", les advirtió. Y agregó que, en consecuencia, "...el personal de salud debería aprender en primer lugar a actuar como 'mediador' de las actividades de los individuos, familias y comunidades..." Destacó, finalmente, la importancia de "... la información y la educación para la salud... como un 'brazo operacional permanente' de estrategias nacionales e internacionales para lograr el apoyo político y popular en lograr la salud para todos" (Mahler, 1985, pp. 3-4).

La Carta de Ottawa: promoción de la salud

Una conferencia internacional sobre promoción de la salud - la primera sobre tal tema - fue patrocinada en 1986 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con las principales instituciones de salud pública del Canadá. (**First International Conference on Health Promotion, 1986**). Ella definió la promoción de la salud, a grandes rasgos, como **"el proceso de habilitar a la gente para aumentar su control sobre la salud y para mejorarla"**. Y advirtió que **"...para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente"**. Se trataba, en la visión de sus ponentes, de una estrategia de mediación entre la gente y sus ambientes cifrada en armonizar las decisiones personales con la responsabilidad social a fin de forjar un futuro saludable. Esto suponía ir más allá de Alma-Ata: avanzar del reconocimiento del derecho y del señalamiento del deber para que el pueblo rigiera el cuidado de su salud hacia la facilitación, por múltiples vías, del ejercicio plenario y efectivo de ese derecho y de ese deber. Ello incluiría, con énfasis, a la participación comunitaria.

La conferencia de Ottawa advirtió que la promoción no debía limitarse a fomentar estilos de vida saludables sino que tendría que llegar hasta lo que son **"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". Al hacerlo así, al reconocer que las raíces de la salud - de su presencia o carencia - no son de carácter ni pura ni primordialmente médico sino del entorno físico, económico, social, cultural y ambiental, dicha reunión de 38 gobiernos absorbió en su integridad la filosofía precursora formulada ya al principio de los años 40 por audaces pensadores como Sigerist. Y esto abrió más puertas para una profunda transformación de la mentalidad y las prácticas sobre la salud pública a escala mundial.

Cristaliza la innovación

Similarmente, a fines del mismo año de 1986 el entonces Ministro de Salud y Bienestar del Canadá, **Jake Epp (1986, p. 12)** estipuló la naturaleza de la promoción de la salud en estos términos:

En resumen, la promoción de la salud implica un compromiso para lidiar con los retos de reducir inequidades, ampliar el alcance de la prevención y ayudar a la gente a enfrentarse a sus circunstancias. Ello supone fomentar la participación pública, fortalecer los servicios comunitarios de salud y coordinar políticas públicas saludables. Más aún, quiere decir crear ambientes propicios a la salud, en los que la gente se haga más capaz de cuidarse y de ofrecerse entre sí apoyo para resolver y manejar problemas colectivos de salud.

Vista desde esta perspectiva - añadió el Ministro Epp - la salud deja de ser medible estrictamente en términos de enfermedad y muerte. Viene a ser un

estado que tanto los individuos como las comunidades tratan de lograr, mantener o recuperar, y no algo que ocurre meramente como resultado de curar enfermedades y heridas. Es una fuerza básica y dinámica en nuestras vidas diarias, influida por nuestras circunstancias, nuestras creencias, nuestra cultura y nuestros ambientes sociales, económicos y físicos.²

En 1988 un nuevo Director General de la Organización Mundial de la Salud, el doctor Hiroshi Nakajima, confirmó los lineamientos innovadores en la orientación y operaciones de la entidad bajo su conducción. "La salud es producto de la acción social y no un mero resultado de la atención médica", afirmó en una reunión técnica internacional realizada en aquel año en Houston (Nakajima, 1988, p. 2). Con tan breve pero significativa afirmación el alto funcionario rescataba 40 años después el espíritu que había presidido las acciones de ese organismo especializado de las Naciones Unidas a muy poco de su fundación. En efecto, la OMS enunció ya en 1947 esta definición: "La salud es un bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades". (citado en Greene y Simons-Morton, 1988, p. 6).

2 Entre otras definiciones de la promoción de la salud están la de O'Donnell (1989, p. 5) -"la ciencia y el arte de ayudar a la gente a cambiar sus estilos de vida para avanzar hacia un estado de óptima salud"- y la de Green y Kreuter (1991, p.17): "la combinación de apoyo educativo y ambiental para acciones y condiciones de vida conducentes a la salud".

Las nuevas ideas llegan a Latinoamérica

Y en 1990 esos nuevos lineamientos hallaron pleno asidero oficial en Latinoamérica cuando la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana los acogió en su documento "Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el Cuadrienio 1991 - 1994".

Inspirada en la Declaración de Alma - Ata, comprometida con el ideal de "Salud para Todos en el Año 2000" y plenamente identificada por la Carta de Ottawa, esa conferencia regional instruyó a la OPS "volcarse en mayor grado hacia las acciones de promoción de la salud y de fomento de estilos de vida saludables..." Hizo notar que el concepto de promoción de la salud "abarca campos y enfoques diversos, aunque complementarios, entre los que se incluyen: la educación, la información, la comunicación social, la legislación, la formulación de políticas, la organización, la participación de la población y la búsqueda de una reorientación de los servicios de salud".³ (OPS, 1992a, p. 2).

Para dar a su personal orientación precisa sobre las implicaciones de la nueva política acordada al nivel mundial la OPS organizó seminarios internos. Entre los muchos puntos tratados en ellos estuvieron, por ejemplo, los siguientes:

3 El subrayado no está en el original.

1. La salud es un recurso y un proceso de tipo dinámico y hay en individuos y grupos un potencial de salud que debe ser reforzado para lograr un mejor estado de salud. Esta es la misión de la promoción.
2. La salud pública generalizada no se logrará por medio de la simple atención de la enfermedad sino por la activación de procesos sociales y políticos que propicien la equidad y fomenten el desarrollo social en todos sus aspectos.
3. "Introducir la salud como un hecho relevante en la toma de decisiones de políticas en todos los sectores es parte de la promoción en salud".
4. Las actividades preventivas deben tener prioridad sobre las curativas en las actitudes de promoción de la salud.
5. Hay que tener muy en cuenta el hecho de que los cambios de conducta que se buscan en los estilos de vida no dependen puramente de la voluntad de los individuos porque están anclados en factores de la estructura social, económica, cultural y política.
6. La política de promoción tiene las siguientes ventajas principales:
 - permite avanzar hacia la meta de salud para todos;
 - incorpora el concepto de salud positiva;
 - reconoce el componente socioecológico de la salud;
 - reconoce al hombre como sujeto (no más como objeto);
- enfrenta las patologías prevalentes desde sus condiciones básicas estructurales;
- constituye una promesa para atacar efectivamente la falta de impacto y la crisis organizativa y financiera que afectan hoy al sector salud.
7. Esta nueva política ciertamente demanda cambios sustantivos e indispensables en el personal del sector salud. Este debe abandonar su tradicional papel de magisterial "experto que entrega instrucciones y recomendaciones por el de cooperante que aporta información y conocimientos y entrega herramientas a los otros sectores y a las comunidades para realizar la tarea en forma conjunta... Esto significa otorgar **autonomía**, lo que implica entregar parte del **poder** a otro".
8. Para lograr una intervención plena y efectiva de la comunidad en el manejo de la salud se requieren principalmente "... una adecuada **información y educación en salud**, el **desarrollo de la organización social**, la **creación de vías de participación** y el **fomento de la coordinación intersectorial**, todo lo cual es más factible de implementar en el nivel local".
9. La información, la educación y la comunicación son instrumentos fundamentales para poner en práctica la promoción en salud.
10. "Al utilizar programas de comunicación social en salud se ha buscado:

- Convencer a políticos, administradores y profesionales de que la inversión en salud es útil económicamente, tiene atractivo político y alcance popular y es, ante todo, un imperativo social.
- Desarrollar y fortalecer los grupos organizados de la comunidad para su participación activa en el desarrollo de la salud.
- Informar al público en general y captar personas para participar en programas específicos, al tiempo que se promuevan los estilos de vida saludables" (Gómez, 1992).

Evidentemente, estas concepciones para lograr los cambios buscados en el personal de salud constituyen también líneas de orientación muy útiles para la formulación de políticas - y especialmente de estrategias - de comunicación aplicadas a la promoción de la salud.

Promoción: la política preferida

En cumplimiento de aquel mandato de los Estados miembros que la sostienen y gobiernan, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) formuló en octubre de 1991 un Programa Regional de Promoción de la Salud que señaló como su objetivo primordial el siguiente:

Establecer como prioridad la necesidad de instrumentar y afianzar la estrategia de promoción de la salud. A este fin se propiciarán actividades orientadas a inducir cambios de estilos de vida encaminados a proteger la salud de la población adulta y anciana y a favorecer la participación de un espectro cada vez más amplio de sec-

tores sociales en el proceso de toma de decisiones (OPS, 1991a, p. 5).

Entre sus demás objetivos, junto con el de fomentar la transformación de los servicios de salud y fortalecer sus sistemas locales vinculados a la participación comunitaria, el Programa de la OPS consignó también provisiones para fortalecer las capacidades de los países en materia de comunicación y de información.

Para aplicar estas determinaciones en el corto plazo la OPS trazó, como instrumento operativo de su Programa de Promoción, un Plan de Acción para 1992-1995. El principal objetivo programático fue traducido a términos de acción al enunciar en ese Plan la siguiente meta operativa principal:

Generar en los países miembros el desarrollo de acciones de promoción de la salud con participación y compromiso de los diferentes sectores sociales que comparten responsabilidades con el sector en el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Se espera que cuando menos en 15 países tales acciones se sistematicen en programas específicos de promoción de la salud.⁴ (OPS, 1991a, p. 7)

Entre las demás metas establecidas en el plan se incluyeron algunas relativas a las operaciones en materia de comunicación y de información y se destacó la de "... apoyar el desarrollo de los servicios en los Sistemas Locales de Salud (SILOS), con énfasis en la orientación

4 El subrayado no está en el original.

preventiva de los programas y el mejoramiento de la eficiencia y calidad de atención...⁵

Para asegurar que las actividades instrumentales al cumplimiento de las metas guardasen el espíritu de la política general que anima al programa, el plan definió estrategias globales y prioridades.

Las dos estrategias fueron estas:

Movillización de recursos políticos, técnicos y financieros para aumentar el nivel de conciencia de la población respecto a la promoción de la salud e inducir cambios en los comportamientos individuales y colectivos conducentes a estilos de vida saludables.

Impulso de las estrategias y prioridades del programa mediante el desarrollo de su capacidad de cooperación técnica a los países en el uso de la comunicación social y el manejo de información (OPS, 1991a, p. 9).

Las prioridades de acción favorecieron a los siguientes áreas programáticas: (1) farmacodependencia, (2) salud de los ancianos y (3) salud mental. Por debajo de ese nivel de prelación quedaron, por tanto, los otros rubros programáticos para el período: (a) enfermedades crónicas no transmisibles, como las cardiovasculares y las cancerosas; (b) tabaquismo; (c) muertes por accidentes; y (d) ceguera.⁶

5 El subrayado de énfasis no está en el original.

6 Las enfermedades trasmisibles, la desnutrición y las dolencias materno-infantiles no forman parte del programa de promoción y, por tanto, no figuran en el plan operativo correspondiente a este. Tampoco consta la problemática de la salud ambiental, aparentemente porque todos estos rubros son atendidos por conducto de otros programas de la OPS.

Estrategias subregionales

Existen también políticas y estrategias subregionales de salud que responden a situaciones particulares de grupos de países como los del Caribe, Centroamérica, Cono Sur y Area Andina. Dentro del marco de integración de los cinco países que conforman esta última - Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia - funciona, desde 1971, el Convenio Hipólito Unanue que, para cumplir con la política mundial de alcanzar la salud para todos en el año 2000, lanzó en 1987 un esfuerzo especial llamado Cooperación Andina de Salud. Este programa consta de las siguientes estrategias: (1) desarrollo de los servicios de salud, especialmente los sistemas locales; (2) protección a la salud materno-infantil; (3) control de enfermedades infecto-contagiosas como el cólera, la tuberculosis y la malaria; (4) prevención y control de la farmacodependencia; y (5) sanidad ambiental, con énfasis en provisión de agua potable, saneamiento de aguas servidas y disposición de excretas.

Empeño semejante es la iniciativa de salud de Centroamérica "Salud y Paz hacia el Desarrollo y la Democracia" que opera, al amparo de alta prioridad política y en circunstancias de violencia, un Plan de Necesidades Prioritarias de Salud.

Cumbre por los niños

Por otra parte, los gobiernos latinoamericanos suscriben políticas especializadas de salud como las del área materno-infantil que se acuerdan a escala mundial por impulso del UNICEF. Este organismo internacional auspició en 1990 en New York una extraordinaria Cumbre Mundial

por la Infancia con participación de líderes de 152 países (presidentes, primeros ministros, reyes y otros delegados). En esa histórica ocasión esos gobernantes, que representaban a un 90% de la población mundial, firmaron una Declaración y un Plan de Acción para el último decenio del presente siglo, por los que se comprometieron a asegurar para los niños la "primera prioridad" sobre los recursos "en buenos así como en malos tiempos".

Las siete metas estratégicas principales del plan a cumplirse hasta el año 2000 son las siguientes:

- reducir con respecto a 1990 la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años en una tercera parte o a un nivel de 70 por 1.000 nacidos vivos, si ello representa una mayor reducción;
- reducir la tasa de mortalidad materna en un 50% respecto al nivel de 1990;
- reducir la tasa de malnutrición grave y moderada entre los niños menores de cinco años en un 50% con respecto al nivel de 1990;
- dar acceso a todos al agua apta para el consumo y a los servicios sanitarios de eliminación de excrementos;
- lograr que por lo menos el 80% de los niños en edad de asistir a la escuela primaria tenga acceso a la educación básica y termine la enseñanza primaria;
- reducir la tasa de analfabetismo de los adultos a por lo menos la mitad del nivel registrado en 1990 (cada país determinará el grupo de edad correspondiente), otorgando particular

importancia a la alfabetización de las mujeres;

- dar protección a los niños en circunstancias especialmente difíciles, sobre todo en situaciones de conflictos armados (UNICEF, 1991, p. 7).

Es claro, por lo expuesto hasta aquí en resumen, que el mundo sabe lo que tiene que hacer para asegurar la salud de sus habitantes. Existe hoy un cuerpo de políticas abarcador, lúcido y preciso a escala mundial. Y de él se desdoblan naturalmente bases para políticas regionales y nacionales, las que a su vez buscan su operacionalización mediante estrategias derivadas para enrumbar por medio de planes la implementación de sus programas.

Pero, ¿en qué grado y a qué ritmo se da la concordancia necesaria entre todas esas ideas - políticas, estrategias y planes para mejorar sustantivamente la salud pública - y las acciones mediante las cuales ellas deben llegar a materializarse? Responder a esta pregunta demanda, sin duda, pasar revista a la situación de la salud en la región.

EL ESTADO DE LA SALUD EN LATINOAMERICA

De todos los padecimientos con que el subdesarrollo atormenta a la mayoría de los latinoamericanos la falta de salud y nutrición es el más cruento e injusto. Sometido a extrema privación el ser humano puede sobrevivir en vivienda precaria y vivir con escasa educación. Pero no puede sobrevivir sin nutrirse

siquiera mínimamente ni puede vivir digna y productivamente sin salud. La salud y la nutrición son, por lo tanto, el requisito *sine qua non* para el desarrollo económico y social. Y, sin embargo, en Latinoamérica ellas constituyen un privilegio más de exiguas pero poderosas minorías. Al amenazar así la vida de millones de personas - su existencia si es que no su propia subsistencia - esta inquietud ya no conspira solo contra el desarrollo de los pueblos latinoamericanos sino acaso contra su porvenir mismo.

Al cabo de tres "décadas de desarrollo" y de la ominosa "década perdida" del 80 la salud pública en Latinoamérica no solo no ha mejorado significativamente sino que, en ciertos aspectos, se ha deteriorado más y se ha hecho más grave y compleja por la insurgencia de nuevas dolencias y por la contracción de los recursos para atenderla. Según los ministros de salud reunidos en Bogotá en noviembre de 1992 "... la región presenta una situación epidemiológica caracterizada por la persistencia o el resurgimiento de endemias como la malaria, el cólera, la tuberculosis y la desnutrición; por el incremento de problemas como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares y por la aparición de nuevas enfermedades como el SIDA o los resultantes del deterioro ambiental".⁷ Por otra parte,

solo por cáncer del cuello uterino fallecen entre 20.000 y 30.000 mujeres en la región cada año. A ello se añaden muchos millares más de muertes de infantes por diarreas, infecciones respiratorias agudas y desnutrición, así como de madres por problemas en el embarazo, por mal parto o por aborto. Según la **Organización Panamericana de la Salud (1991b, p. 30)** cuando menos 34.000 embarazadas mueren cada año en la región por factores que podrían ser neutralizados siquiera en un 90% de los casos. Y, en cuanto a los niños, el **UNICEF (1992, p. 7)** condensa así la situación en Latinoamérica:

De acuerdo con datos disponibles relativos a 1990, cerca de un millón de niños menores de cinco años mueren anualmente por causas en gran parte evitables. Se estima que seis millones de niños de ese mismo grupo de edad sufren desnutrición moderada y un millón desnutrición grave, viendo así socavados su desarrollo físico y mental y su aporte potencial a la comunidad.

Aunque, en promedio regional, se registra hoy una tendencia decreciente en la fertilidad, la población sigue aumentando a un ritmo acelerado, especialmente en las ciudades: cada año hay más de 13 millones de nacimientos. Y el total para el año 2000 se estima en alrededor de 550 millones de habitantes. Se prevé que, para dicho año, más del 80% del total de esa población será urbano. Y ello aumentará fuertemente la demanda- ya subatendida- por servicios de salud y saneamiento; en cuanto a estos últimos, en efecto, una proporción bien considerable de la población latinoamericana, 88 millo-

⁷ Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud de Colombia (1992). Promoción de la salud y equidad: Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Santa Fé de Bogotá, noviembre 9-12, 1992. Washington, D.C., OPS. 8p.

nes de personas, carece todavía de acceso directo al agua potable y 140 millones de personas, especialmente en las áreas rurales, no gozan de alcantarillado para servicios sanitarios (OPS, 1991a y UNICEF, 1992).

Por otra parte, habrá un incremento sustantivo de la población adulta. "El crecimiento será mayor - según la OPS (1991a, p. 1) en el grupo etario de más de 45 años, edad a partir de la cual aumenta la aparición de enfermedades crónicas, discapacidades y enfermedades de raíz social, como el tabaquismo, el alcoholismo y la drogadicción". Y todo ello sin olvidar que las enfermedades diarreicas por sí solas cobran anualmente las vidas de 300.000 niños menores de cinco años en las Américas, según esta misma agencia. "En conjunto -afirma la OPS (1992a, p. 25) - en la región se producen anualmente 700.000 muertes que podrían evitarse. Ya se sabe cómo evitar esas muertes y las muertes por cólera. Lo que se necesita para lograrlo es voluntad política y una reorientación de los recursos".

El pueblo paga la cuenta

Abrumados por una colosal deuda externa - ¡440.000 millones de dólares! - la mayoría de los gobiernos latinoamericanos han tenido que aplicar drásticas medidas económicas para enfrentar el déficit resultante y aliviar el estancamiento del desarrollo, si es que no impedir la regresión. Y esas medidas han descargado el peso mayor del sacrificio precisamente sobre los estratos bajos de la población; es decir, sobre las mayorías

subalternas y desposeídas y en particular sobre los más indefensos: los niños. Parte de ello es el recorte de los fondos, de suyo magros, para atender las necesidades de salud, saneamiento y nutrición del pueblo, según lo señala la OPS (1991c):

Las políticas de ajuste han profundizado el deterioro social y político-institucional que en mayor o menor medida había comenzado a manifestarse desde la década de 1970. En la mayoría de los países los servicios de salud pública se han deteriorado considerablemente y predomina la tendencia a la reducción del gasto per cápita en salud por parte del sector público y a una concentración en acciones de carácter curativo de los cada vez más escasos recursos disponibles.⁸

Un año más tarde los Ministros de Salud de América Latina reunidos en Bogotá corroboraron esa percepción en estos términos: "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 hacerles frente".⁹

8 El subrayado no es del original.

9 Organización Panamericana de la Salud y 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, noviembre 9-12, 1992. Washington, D.C., OPS, p. 3.

Del dicho al hecho ...

Manifestaciones como las que se acaban de transcribir indican que la distancia entre la formulación de políticas y su aplicación es actualmente mayor que nunca en América Latina. Los gobiernos de esta región asumen, con la firma de sus altos personeros, compromisos plausibles como los de Alma-Ata en 1978, Ottawa en 1986 y la Cumbre Mundial por la Infancia de 1990. A veces ellos inclusive trasladan expresamente esos acuerdos internacionales al nivel de enunciados públicos de políticas regionales y nacionales; por ejemplo, el propósito de alcanzar "salud para todos en el año 2000" y el compromiso de dar máxima prelación a la "salud primaria" que favorece, con toda razón, a madres y niños. Sobre esto último, para dar solo una ilustración específica de las no pocas posibles, los gobernantes reunidos en la Primera Cumbre Iberoamericana (Guadalajara, México, julio de 1991) hicieron esta pública promesa:

Nos comprometemos a desplegar los esfuerzos necesarios para dar cumplimiento a las metas definidas en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Para ello impulsaremos la formulación de los Programas Nacionales de Acción destinados a promover la supervivencia, la protección y el desarrollo integral de la niñez iberoamericana (Citado en UNICEF, 1992).

Lamentablemente, en la práctica, las metas pactadas y las decisiones adoptadas alcanzan solo mínimo cumplimiento. Y las políticas trazadas - las loables intenciones- se van quedando en los archivos burocráticos mientras la desventura aumenta para el pueblo día a día.

A tres años del solemne pacto de la Cumbre Mundial de la Infancia, el organismo patrocinador de ella, el UNICEF (1993, p. 2) admite lo siguiente:

"En la actualidad los gobiernos del mundo en desarrollo dedican en promedio poco más del 10% de sus presupuestos a la satisfacción directa de las necesidades básicas de sus poblaciones. Siguen gastando más en su capacidad militar y en el servicio de la deuda externa que en salud y educación".

Tal pareciera ser también, hasta el momento, el caso de la política de dar prioridad a la promoción, consagrada mundialmente en Ottawa en 1986, adoptada formalmente por la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana en 1990 y prevista, en consecuencia, para ejecución por la Organización Panamericana de la Salud desde 1991. En la introducción al texto del Programa de Promoción de la Salud (Plan de Acción 1992-1995) de dicha entidad regional se registran preocupantes apreciaciones como estas:

... Los sectores pobres de la sociedad no solo padecen más enfermedades agudas y crónicas y discapacidades por efecto de su condición económico-social sino que su acceso a los servicios es limitado, tanto a los de carácter preventivo como a los que utilizan tecnologías de alta complejidad y elevado costo, necesarias para la atención de padecimientos crónicos...

La respuesta que el sector salud ofrece a través de los servicios para resolver los problemas del adulto es

cada vez más limitada y de menos impacto. El nivel de desarrollo institucional es del todo insuficiente para llevar a cabo programas de índole preventiva...

La promoción de la salud está igualmente postergada: generalmente no se destinan recursos ni se organizan programas que favorezcan la creación de opciones saludables para la población y eviten los riesgos para la salud de conductas y agresiones ambientales...

Los escasos recursos financieros se dirigen prioritariamente a la asistencia médica y, en mucha menor medida, a la operacionalización de la estrategia de promoción de la salud, la cual requiere del compromiso y responsabilidad política de todos los sectores sociales, como fuera consignado en la Carta de Ottawa en 1986... (OPS, 1991a, pp. 2, 3 y 4).

¿Que pasó, pues, con el acuerdo para ayudar al pueblo a que tome en sus manos el manejo de su salud? ¿No era que lo preventivo iba a predominar sobre lo meramente curativo? ¿Y no se había inducido al personal de salud a pasar de hacedor a consejero, de conductor a mediador? ¿Dónde quedó el propósito de concitar la activa participación de la comunidad en el planeamiento de la salud? ¿No había el compromiso de contribuir a mejorar el ingreso, el trabajo, el reposo y el albergue de la gente para que ella pudiera cuidar de su salud? ¿Acaso no se habían identificado los gobiernos latinoamericanos, ya desde 1978, con el principio de que la salud es el derecho de todos y no el privilegio de los menos?

Clamor por la justicia

Seguramente conscientes del incumplimiento de ese ideal y preocupados por el hecho ineluctable de que apenas faltan menos de siete años para que llegue el año 2000 -aquel para el cual prometieran asegurar la "salud para todos"- los Ministros de Salud de América Latina cerraron su reunión de noviembre de 1992 en Bogotá con expresiones reiterativas como estas:

... Sectores importantes de la población no han logrado satisfacer las necesidades básicas para garantizar condiciones dignas de vida. Estas complejas y agobiantes desigualdades, tanto de tipo económico, ambiental, social, político y cultural, como relativas a cobertura, acceso y calidad en los servicios de salud tienden a acentuarse en razón de la reducción histórica del gasto social y de las políticas de ajuste. Por tanto, es inaplazable afrontar y resolver estos problemas en la perspectiva de alcanzar la salud para todos.

La situación de inequidad de la atención de la salud en los países de América Latina reitera la necesidad de optar por nuevas alternativas en la acción de la salud pública, orientadas a combatir el sufrimiento causado por las enfermedades del atraso y la pobreza, al que se superpone el causado por las enfermedades de la urbanización y la industrialización...

El logro de la equidad consiste en eliminar diferencias innecesarias, evitables e injustas que restringen las

oportunidades para acceder al derecho de bienestar...¹⁰

¿Quién podría discrepar de convicciones e intenciones tan plausibles como estas? El problema es, sin embargo, que ellas corren el riesgo de quedar tan olvidadas como las de las declaraciones que las anteceden. Para que no ocurra tal cosa lo que se necesita es valor civil a toda prueba y - tal como lo señalara la Organización Panamericana de la Salud (1992a, p. 25) - voluntad política mayúscula para redistribuir en cada país el gasto público - con fondos propios y con los de la asistencia financiera externa- de manera que se aplique primordialmente a los requerimientos de ese "desarrollo con equidad" que ahora, al fin, predicán inclusive organismos regionales como el Banco Interamericano de Desarrollo y la Comisión Económica para América Latina de las Naciones Unidas. Sobre la viabilidad de tal transformación la OPS (1992a, p. 27) destaca una singular comprobación histórica en estos términos:

El hecho de que esos cambios son factibles queda demostrado por la experiencia de Costa Rica, que ha logrado incrementar considerablemente sus inversiones en salud y educación como consecuencia de la eliminación casi completa del gasto militar. Ello ha llevado a una mejora de las condi-

ciones de vida y productividad y ha permitido que Costa Rica desarrolle su economía sin las perturbaciones sociales que han plagado a los países de América Central.

Aun sin recortar gastos militares la firme voluntad política de dar prioridad a la salud del pueblo logró situar a Cuba entre los países de la región con los indicadores de salud más altos.

"En la fase actual de salida de la crisis se trata de combinar el crecimiento con el ajuste social redistributivo para la promoción del desarrollo humano de los más vulnerables y la implantación de la equidad", propone ahora el UNICEF (1992, p. 5) como política central.

Ese cambio sustancial en el destino de los fondos disponibles debe proveer, con la mínima demora posible, una proporción suficiente de ellos siquiera como para que se comience a pagar la "deuda social" antes de que la situación de pobreza que afecta crecientemente cuando menos a 200 millones de seres humanos en la región pueda alcanzar niveles de explosividad.

¿Falta el dinero o la determinación?

Tal cambio debe producirse, pues, sin más vacilaciones ni demoras, por justicia y por prudencia, así demande la fuerte reducción de gastos injustificados como los militares (especialmente en importación de armamento), el drástico control de la fuga de capitales, la supresión de la dilapidación de recursos en gastos suntuarios, obras superfluas y esfuerzos duplicativos, el achicamiento de la buro-

10 Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud de Colombia. Promoción de la salud y equidad: Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Santafé de Bogotá, noviembre 9-12 de 1992. Washington, D.C., OPS. pp. 3, 4 y 5.

cracia improductiva y entorpeciente, la eliminación de cargos diplomáticos no indispensables, la reducción de viajes oficiales al exterior y la extirpación de la corrupción hoy desgraciadamente frecuente en la administración pública.

Hay que esperar, pues, que las cosas no se queden simplemente en lamentar la falta de fondos. Que la obligación de amortizar la deuda no sirva de excusa para perpetuar la injusticia. Que no se corte el hilo por lo más delgado. Que el dinero disponible - precisamente por escaso - vaya principalmente a donde debe ir: a dar a las mayorías la salud, la nutrición, la vivienda, el saneamiento ambiental y la educación que demandan y merecen. Que no se espere, en suma, que la equidad llegue del cielo si es que en verdad se busca forjar ahora ese "desarrollo con rostro humano" del que tanto se habla últimamente.

Es evidente que cambios de tal profundidad no son, en modo alguno, de fácil obtención en ninguna parte y menos en una Latinoamérica depauperada a fondo, en la que el predominio del régimen neoliberal favorece a las minorías privilegiadas y conservadoras. Pero tal vez la región esté hoy ante el dilema de "nueva sociedad o catástrofe".¹¹ **"La experien-**

cia demuestra - afirma el UNICEF (1992, p. 15) - que una de las principales resistencias al incremento y reasignación del gasto social en favor de los pobres es de naturaleza política, pues ello supone una reestructuración presupuestaria que representa una transferencia de recursos de los grupos más acomodados y más influyentes. Ahora bien, a pesar de estas resistencias, parece evidente que no podrá haber una verdadera erradicación de la pobreza y un avance hacia la equidad sin un esfuerzo deliberado para la eliminación de los privilegios y la discriminación, y sin una mayor participación e integración social de los grupos excluidos".

La ayuda y los zapatos

Tal como debe esperarse un incremento sustantivo y acelerado en la asignación de fondos nacionales a los gastos sociales, especialmente los de salud, es lógico confiar en que la asistencia financiera externa eleve considerable y prontamente su aporte a tales gastos. Criticando el hecho de que los países en desarrollo apenas emplean algo más de un 10% de sus presupuestos en esos rubros, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia señala que la asistencia externa al desarrollo aplica un porcentaje todavía menor de sus recursos a tales propósitos:

Lo que resulta aún más asombroso es que menos del 10% del total de la ayuda internacional para el desarrollo se dedica a la satisfacción de esas necesidades humanas más inmediatas...(UNICEF, 1993, p. 2).

¹¹ Un proyecto científicamente formulado para evitar la catástrofe y forjar la nueva sociedad fue propuesto -al cabo de un año de estudios multidisciplinarios por un grupo de sobresalientes especialistas latinoamericanos- por la Fundación Bariloche, ya hace casi veinte años, con respaldo del canadiense Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (Herrera et al., 1976).

Suponiendo que tal contribución llegara por lo menos al 10% el impacto de ello sería importante para los países en desarrollo y su costo no sería nada insufragable para los países desarrollados en opinión del propio UNICEF (1993, pp. 2-3). **“Puesto que la ayuda bilateral procedente de los países occidentales industrializados suma aproximadamente 40.000 millones de dólares anuales, la cantidad destinada a nutrición, atención primaria de salud, agua y saneamiento, educación primaria y planificación familiar sería de unos 4.000 millones de dólares anuales. Menos de la mitad de lo que gastan cada año los países donantes sólo en la adquisición de calzado deportivo”.**

INFORMACION, COMUNICACION Y EDUCACION

La revisión que acaba de hacerse del estado de la salud en América Latina deja ver sin dificultad que, infortunadamente, la brecha entre ideales y realidades en materia de salud pública es creciente. Hay, sin duda, una incongruencia marcada entre políticas - estrategias - planes y prácticas o realizaciones en el campo de la salud pública. Por tanto, o se aumentan los recursos o se reducen las aspiraciones...con las negativas consecuencias del caso.

Mientras se despeje tal disyuntiva es un hecho que hay, sin embargo, a la fecha expectativas como tal vez no hubo nunca antes sobre las capacidades de la comunicación para apoyar el mejoramiento de la salud pública. Esto se debe, esencialmente, a que - enfrentando ahora con el

revolucionario desafío de aprender a manejar la salud como un bien social colectivo - el personal técnico de salud ha cobrado plena conciencia de que esa nueva misión no es realizable sin el concurso resuelto y múltiple de la comunicación, la que ha llegado en los últimos años a contar con un arsenal tecnológico de extraordinaria efectividad.

Al revisar las políticas de salud delineadas a nivel mundial a partir de Alma-Ata en 1978 se registró claramente esa estimulante confianza en las aptitudes de la “información, la comunicación y la educación” (IEC) para el desarrollo. Y esto constituye todo un reto histórico para los expertos en esas disciplinas especializadas en la modelación multitudinaria de conductas.

Ahora bien, ¿exactamente qué son la información, la educación y la comunicación?

En cada caso hay tanta diversidad de posibles respuestas que definiciones capaces de tajantes distinciones no son fáciles de obtener. Precisamente esa dificultad explica, por lo menos en parte, el que esos términos - englobados por la unificante sigla IEC - tengan amplia circulación en muchos países sin que nadie pareciera preocuparse por hacer deslindes precisos entre aquellos vocablos.

Una propuesta para diferenciar

Pero lo importante no es contribuir al diccionario de la lengua sino verificar si, en la realidad del trabajo, esas palabras denotan los mismos significados o no. Y la práctica, por lo menos para el promedio

en América Latina, no tiende a indicar tal correspondencia. Más bien sugiere que lo que se hace bajo cada uno de esos rótulos guarda obvias semejanzas y afinidades, pero no es igual. Lo que sí luce válido es percibir esas tres categorías de actividad como partes de un todo mayor - sistema más que "continuum" - que tiende a integrarlas conceptualmente pero que rara vez las conjuga operativamente. Ese todo mayor podría entenderse como el proceso de modelación de conductas en escala multitudinaria. Y sus elementos sistémicos y funcionales vendrían a ser la información, la educación y la comunicación.

Bajo tal perspectiva parece posible proponer un deslinde conceptual de orden pragmático y utilitario, no académico, que se presenta resumidamente en el cuadro que se encuentra en la siguiente página. El esquema permite identificar el factor diferencial en la relación directa y decisiva entre los canales o formas de contacto y las competencias muy específicas que cada uno de ellos demanda. Nadie puede hacerlo todo bien; cada una sabe hacer algo mejor que las demás, quiere decir el cuadro.

Más allá de lo conceptual el considerar aquellas tres funciones como una sola tiene explicación también en lo administrativo. Por ejemplo, a fin de conjugar esfuerzos y sumar recursos la Organización Mundial de la Salud, cancelando dos órganos separados, estableció en Ginebra en 1988 una División de Información Pública y Educación para la Salud. Similarmente, la Organización Panamericana de la Salud cuenta en su central desde 1990 con un Programa de Información Pública y Comunicación para

la Salud (OPS, 1991d).¹² Es lógico que parientes cercanos compartan la misma residencia y es natural que la proximidad facilite la deseable coordinación entre dos de las tres ramas o, inclusive, entre todas ellas. Pero esto difícilmente puede alterar las diferencias de función que se ha señalado aquí como prevalecientes en la práctica en Latinoamérica. La razón principal de ellas es la naturaleza evidentemente distinta del oficio en cada caso, las competencias particulares que exigen variados medios y públicos diversos.

Cada uno en lo suyo

Es sumamente excepcional alguien que domine por igual las pericias correspondientes a la información, a la educación y a la comunicación. Lo común y corriente en todas partes es que unos sean mucho mejores para una sola de las tres funciones y así, a menos que las circunstancias de su trabajo lo exijan, no tiene sentido

12 En cambio el UNICEF mantiene en su estructura la división si bien propiciando estrecha coordinación. En su central tiene una Sección de Comunicación en la División de Programas que responde al Subdirector Ejecutivo para Programas y una División de Información Pública y Asuntos Públicos que depende del Subdirector Ejecutivo para Relaciones Externas. Este régimen organizativo se aplica también a las oficinas regionales (Bogotá, en el caso de Latinoamérica) y a las oficinas nacionales, pues en cada una de ellas hay un especialista en información y un especialista en comunicación que trabajan sin subordinarse el uno al otro pero en natural colaboración. Ellos, en escala mundial, pasan de un centenar, en tanto que la OPS prácticamente no tiene personal de terreno para "IEC", por lo menos en la región latinoamericana. El UNICEF cuenta además con especialistas en educación por lo menos en sus dependencias en América Latina.

ESQUEMA DE MODELACION DE CONDUCTAS POR MEDIO DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACION

FUNCIONES	PROPOSITOS PRINCIPALES A QUE SIRVEN	CANALES QUE USUALMENTE EMPLEAN	PUBLICOS A QUE SE DIRIGEN	PRINCIPALES COMPETENCIAS REQUERIDAS*
INFORMACION**	Crear un clima general propicio. Divulgar conocimientos. Forjar actitudes.	Medios de contacto impersonal, masivo y a distancia. Teléfonos. Correo.	General. Líderes de opinión. Forjadores de decisiones sobre asuntos de interés colectivo.	Periodismo. Publicidad. Relaciones públicas. Encuestas de opinión pública. Mercadeo social.
EDUCACION	Impartir orientaciones y destrezas.	Recursos de contacto interpersonal, formal y presencial en aula.	Maestros. Estudiantes de primaria y secundaria. Estudiantes de universidades e institutos de salud. Funcionarios del sector salud (médicos, enfermeras, etc.).	Pedagogía. Psicología educativa. Técnicas de contacto individual. Dinámicas de grupo.
COMUNICACION	Divulgar conocimientos. Forjar actitudes. Inducir prácticas.	Medios de contacto impersonal, masivo y a distancia. Recursos de contacto interpersonal y presencial fuera del aula y no formal.	Individuos, grupos y masas de interés como beneficiarios de programas.	Principios de comunicación para el desarrollo. Técnicas de contacto individual, de grupo y de masas. Antropología cultural. Psicología social.

* Una competencia debe ser exigible por igual para especialistas a cargo de cada una de las tres funciones: la de programación, entendida como el conjunto de destrezas de investigación, planeamiento, prueba, fiscalización, evaluación y ajuste para la producción y distribución de mensajes.

** Este término también se aplica en instituciones y empresas al control de documentos científicos y al procesamiento electrónico de datos. Sin duda esas son otras funciones comunicativas pero no corresponden -sino acaso como apoyo logístico- al proceso de IEC.

que trabajen en los tres campos. Sería como si un médico pudiera ser igualmente competente como pediatra, oncólogo y traumatólogo a la vez. Tal vez exista un profesional así de múltiple y versátil pero nunca en abundancia.

Precisamente una de las razones para que a menudo se adjudiquen las tres funciones de modelación de conductas multitudinarias a un solo especialista es, probablemente, el que los administradores de servicios de salud no tienen bases para distinguir entre sí a la información, a la educación y a la comunicación. Otra razón es que la pobreza de recursos estatales produce a veces mezclas de especialistas por las cuales algunos de ellos predominan arbitrariamente sobre los otros. No son pocos en la región los casos en que los comunicadores son supervisados por publicistas. Y, en cada especialidad, suele haber gente que considera a las otras especialidades subordinadas a la suya. Pero en verdad no se puede esperar de un periodista que sepa de pedagogía como no se puede exigir al educador sanitario que domine el oficio de producción televisiva o al comunicador técnico-educativo que se ocupe de relaciones públicas. Y no es que ese educador no puede valerse de medios masivos pero, si han de evitarse confusiones y hasta rivalidades, su dominio primordial debería entenderse como el de la comunicación en aula porque ahí está su fortaleza profesional.

Los especialistas en información parecen ser los más calificados para las responsabilidades de sensibilización y de activación de la opinión pública en pro de

alguna causa (conocida como "advocacy" en el nivel internacional del oficio), para impulsar la movilización social en pro de la salud y, desde luego, para implantar en la mente del público imágenes institucionales convenientes.

Los especialistas en educación parecen ser los más calificados para impartir instrucción formal para capacitación a niveles profesionales y no profesionales. Y en esta área hay mucho que hacer en vista de los cambios de mentalidad y destrezas que se demandan hoy de los profesionales de salud.

Los especialistas en comunicación parecen ser los más calificados para brindar educación no formal a distancia o en forma presencial pero extramural. Lo son también para fomentar la animación comunal y la participación popular.

Pareciera haber más afinidad, probablemente, entre comunicadores y educadores que entre estos y los informadores. Pero, en Latinoamérica por lo menos, pudiera resultar inevitable distinguir entre esos comunicadores y esos educadores. Algunos podrían objetar que se confinara a los educadores a la comunicación en aula, pero si no se hace un corte divisorio laboral tomando en cuenta las aptitudes mayores de cada uno, las confusiones pueden ser indeseables y costosas.

Por otra parte, la educación para la salud como tal no ha sido una especialidad profesional fuerte ni sobresaliente en América Latina, por lo menos desde la década del 70, salvo en unos pocos países como México, Chile, Brasil y quizás algún otro. Debido principalmente a ello no hay en la región muchos especialistas en este

campo. Y, si bien la comunicación para la salud propiamente dicha no es una actividad con mucho más de 10 o 12 años de ejercicio intenso en Latinoamérica, en cambio la comunicación para el desarrollo en general tiene una tradición de más de 40 años en la región (Beltrán, 1993a). Además, funcionan en ella más de 250 facultades universitarias de comunicación en tanto que son escasas las escuelas de educación sanitaria. Posiblemente es por eso que, en años recientes, los comunicadores han venido absorbiendo en parte las funciones de los educadores sanitarios.

Demanda de actualización

Otra razón que parece haber tenido considerable influencia en dicha situación es una aparente rutinización metodológica de la educación en salud en el orden internacional. Esta pareciera haber llegado a hacerse patente a raíz de las demandas planteadas a esa especialidad por la renovación conceptual sobre la salud desencadenada a partir de 1978 en la reunión mundial de Alma-Ata.

Ya en 1982, a la luz de esas primeras postulaciones innovadoras sobre la salud pública, un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud admitió que era "...esencial revisar los métodos actuales de educación para la salud con el fin de identificar los que siguen vigentes, abandonar los que ya no sean válidos y elaborar otros nuevos que ayuden a alcanzar los objetivos de salud para todos mediante la atención primaria de salud". Además de asumir este compromiso de actualización ellos reconocieron también que debían contribuir a la participación de la comunidad en

la conducción de la salud pública y llegaron a la conclusión de que tendrían que fomentar "...actividades que estimulen a la población a desear estar sana, saber cómo mantenerse sana; hacer lo que pueda individual y colectivamente para conservar la salud y buscar ayuda cuando la necesite" (Revista La Educación para la Salud, 1985, pp. 5-8).

Un año más tarde un numeroso contingente de participantes en la trigésima sexta Asamblea Mundial de la Salud convocada por la OMS celebró discusiones técnicas sobre nuevas políticas para la educación sanitaria en función de la atención primaria de salud. En el informe sobre ellas (OPS, 1983) se consignaron principalmente recomendaciones para que las propias políticas de salud y las circunstancias institucionales fueran a hacer posible la plena efectividad de la educación para la salud bajo las demandas de los nuevos enfoques acordados y dentro del propósito integrador entre educación e información establecido a partir del Séptimo Programa General de Trabajo de la OPS. Concretamente, se deploraron el rol subalterno usualmente asignado a la educación para la salud, los magros recursos que se proveen a ella y ciertas incongruencias de planificación de la salud. Al cierre de aquellas deliberaciones el Director General de la OMS advirtió a los educadores: "...Estoy personalmente convencido de que la atención primaria en salud se levantará o caerá dependiendo del progreso en el campo de la educación en salud..." (OPS, 1983, p. 1).¹³

13 Traducción del autor del presente documento.

En relación con el programa para el período 1984-89 el Director de la OPS para la Información Pública y Educación para la Salud hizo notar en 1985 que se habían puesto "...grandes expectativas en el papel de la información y educación para la salud..." y advirtió: "El progreso, sin embargo, está relacionado con nuevos métodos para facilitar la acción de los individuos" (Ling, 1985, p. 4).

Subrayando la convicción de que la salud para todos solo puede lograrse con la participación de todos, el Director General de la OMS, doctor Hiroshi Nakajima, dijo en 1988 a los participantes en la décima tercera Conferencia Mundial sobre Educación para la Salud: "Yo desafío a cada uno de ustedes a probar la valía de su profesión en este emprendimiento". Si bien reconoció varios logros de esa disciplina¹⁴ señaló también algunas de sus limitaciones. "¿Por qué - preguntó - permanecen tan altas las tasas de nacimiento en muchas naciones, con los consecuentes problemas de salud y una alta incidencia de muertes de infantes y madres? ¿Por qué la promoción de la lactancia materna, con sus innumerables beneficios, constituye semejante problema? ¿Por qué está aumentando el consumo de alcohol en tantos países?" (Nakajima, 1988, pp. 1-2).

Diez años después de haber sido expresada la voluntad de actualizar la salud

educativa hay quienes consideran que ella puede haberse estancado en un modelo antiguo poco productivo para servir a las políticas y estrategias actuales. Por ejemplo, el médico salubrista y editor del *Journal of Public Health Policy* de Estados Unidos Milton Terris afirmó esto en 1992: "La Carta de Ottawa es notable porque ella rechaza el enfoque tradicional de la educación en salud, en la cual el público meramente juega un papel pasivo como receptor de los programas educacionales... En su lugar, la Carta clama por un papel activo del público, para tener un proceso que, 'al dar información, educación para la salud y reforzar las habilidades para la vida...' aumenta las opciones disponibles de la gente para ejercer mayor control sobre su propia salud y sobre sus ambientes, y poder hacer escogencias conducentes a la salud..." (Terris, 1992a, p. 8).¹⁵

Otros coinciden en esta crítica señalando que la educación para la salud de corte tradicional es poco creativa y no vincula la producción de los mensajes con la disponibilidad de los productos y que, en consecuencia, sus métodos "...han probado tener escaso o ningún impacto en comportamientos o en el estado de la salud..." (Mckee, 1992, p. 24).¹⁶

14 Para una síntesis detallada de ellos véase WHO, 1988.

15 Dicha Carta se firmó en 1986.

16 Traducción del inglés por el autor del presente documento.

La triple alianza: IEC

A mediados de la década del 80 la OMS y el UNICEF acordaron conjugar actividades en favor de sus Estados miembros en materia de información, educación y comunicación al servicio de la política general de "movilizar a todos por la salud de todos" y de las estrategias específicas de "atención primaria en salud" y "supervivencia y desarrollo materno-infantil". Su Comité Conjunto sobre Políticas de Salud expresó la convicción de que la información, la educación y la comunicación eran **"de la más alta prioridad"** para los programas de salud pública y encomendó a los dos organismos un estudio de experiencias de varios países sobre ese particular.

Basado en testimonios de experiencias de una muestra de países de Asia, Africa, el Medio Oriente y América Latina y en un conjunto de 14 resoluciones pertinentes de la OMS ese estudio fue entregado al indicado comité en 1987 en la forma de una Estrategia Conjunta de la OMS y el UNICEF sobre Información, Educación y Comunicación para la Salud (UNICEF - WHO, 1987a).¹⁷ Ella comenzó por enunciar este convencimiento:

Una estrategia de IEC desarrollada a fondo puede ayudar a lograr entre los forjadores de decisiones, así como entre el público en general, una más amplia percepción de la salud como un asunto de jerarquía nacional; ella puede ayudar a transformar esa percepción en decisiones y comportamiento entre las comunidades y quie-

nes toman las determinaciones en las naciones; puede movilizar a todos los sectores de la sociedad para que participen efectivamente en programas específicos; puede ayudar a sostener tal acción en ciertas direcciones programáticas y sentar bases para un espectro de intervenciones en salud gradualmente más amplio. Es ella un componente esencial de la movilización social en pro de la salud.¹⁸

La estrategia hizo notar que se presentaban grandes desafíos para "IEC" como el de ayudar a acelerar y expandir masivamente los esfuerzos de los servicios de salud a fin de que estos pudieran cumplir las metas señaladas para el ya cercano año 2000. En relación con esto destacó el hecho afortunado de que se disponía ya tanto de tecnologías efectivas para reducir sustantivamente -por ejemplo- las enfermedades de la infancia, así como de tecnologías de comunicación aptas para aquellos fines. Y sin embargo, anotó, los conocimientos del caso no estaban siendo puestos a disposición de quienes más los necesitaban. Comentó esta paradoja así:

¿Cómo es que esas decenas de millones de personas han de ser habilitadas para hacer lo que puedan por su propia salud? Se necesitan una voluntad política y una movilización social mucho más grandes si es que la humanidad ha de entrar al nuevo siglo ejerciendo el derecho de buena salud que fuera formalmente proclamado por primera vez en Alma-Ata (UNICEF-WHO, 1987b, p. 2).¹⁹

17 Una versión resumida se encuentra en UNICEF-WHO, 1987b.

18 Traducción del inglés por el autor del presente documento.

19 Traducción del inglés por el autor del presente documento.

De ello se colegía que los especialistas en IEC estaban conscientes de que el poder para ejecutar la tarea de enfrentar aquellos retos no estaba en sus manos sino en las de quienes gobiernan a las naciones. En efecto, la estrategia deploró el hecho de que aquellos no reconocieran efectivamente la utilidad de IEC para el cumplimiento de sus propósitos pues mantenían la disciplina ausente de su nivel superior de planificación de programas y la dotaban solo con ínfimos recursos, lamentablemente provistos mucho más por la asistencia externa que por fondos propios del Estado. Pero, aún más, la estrategia inclusive preguntó: **“¿Cómo es que ha de usarse a IEC para que los gobiernos y los jefes de Estado acepten que los patrones adecuados de salud son pre-requisitos e integrantes principales del bienestar general en todas las esferas al punto de percibir a la salud como un asunto que brinda beneficios económicos y políticos?”** (UNICEF-WHO, 1987a, p. 7).²⁰

Recomendaciones para optimizar “IEC”

La estrategia señaló, luego, enfoques y deficiencias indeseables en la aplicación de IEC a la salud, abogando por su pronta corrección. Formuló una serie de recomendaciones para viabilizar las políticas de IEC para la salud, como estas:

1. IEC no debe ser meramente tenido como un instrumento accesorio de apoyo a los programas de salud. Tiene la capacidad, creativa y decisiva, de modelar comportamientos colectivos para el mejoramiento de la salud pública y debe, por tanto, participar del más alto nivel de planeamiento y administración de los programas de salud.
2. Las autoridades debieran dar a IEC la jerarquía y los recursos adecuados para que pueda apoyarlos óptimamente.
3. De fundamental importancia para el éxito del trabajo de IEC es la formulación de políticas y la aprobación de legislación en materia de comunicación en general y de comunicación para la salud en particular.
4. Es indispensable que los servicios de IEC funcionen con el respaldo de un régimen eficiente de investigación, fiscalización y evaluación que sustente la calidad y efectividad de sus operaciones.
5. Los servicios de IEC deben encomendarse al personal más calificado posible pues su tarea es muy delicada e importante. Ese personal debe ser remunerado decorosamente y considerado en un plano de igualdad con el de los demás miembros profesionales del personal de salud.
6. También son de capital importancia el fortalecimiento y mejoramiento de los órganos de IEC en las instituciones nacionales, incluyendo la capacitación de personal -especialistas en comunicación y personal de salud- y la coordinación interinstitucional.

²⁰ Traducción del autor del presente documento.

7. El personal de IEC debe cultivar estrechas relaciones con profesionales claves de los medios masivos de comunicación tanto para lograr su constante concurso como para brindarle orientación y capacitación sobre el campo de la salud.
8. Asimismo, es muy deseable que el personal IEC forje alianzas cooperativas con instituciones y agrupaciones afines a las de salud, así como con agrupaciones profesionales de este ramo y con entidades de comunicación.

El apoyo externo para mejorar "IEC"

¿Qué podían hacer conjuntamente el UNICEF y la OMS para fomentar el incremento y el mejoramiento de las actividades de IEC para la salud? Su estrategia fechada en 1987 señaló, entre otros, los siguientes rubros de acción cooperativa:

1. Abogar ante los gobiernos para que otorguen a IEC la máxima prioridad en sus planes nacionales de salud.
2. Contribuir a ampliar y refinar la capacitación de personal para labores de IEC y armar, como parte de ello, un inventario nacional e internacional de recursos humanos en la especialidad.
3. Fomentar las relaciones de cooperación de entidades responsables de IEC pro salud con instituciones de educación, tomándolas como aliadas cruciales para la comunicación en salud.
4. Apoyar iniciativas para la producción de síntesis de mensajes para determinados temas de comunicación en salud que prescriben procedimientos altamente estandarizados.²¹
5. Propiciar intensamente el trabajo de evaluación por recursos como la compilación de un inventario analítico de evaluaciones en proceso, reuniones de consulta a expertos para delinear una estrategia evaluativa aplicable por los gobiernos, producción de un juego de materiales escritos y audiovisuales y aprovechamiento adaptativo de textos instructivos sobre evaluación ya disponibles.²²

La estrategia previó el pronto establecimiento de un Grupo de Trabajo Conjunto UNICEF/OMS para que se encargase de aplicarla y hasta recomendó un calendario tentativo para las primeras de tales accio-

21 Ejemplo sobresaliente de la aptitud del UNICEF para esta labor es el libro *Para la Vida* (Traducido de "Facts for Life" escrito por Peter Adamson) que compendia en 80 páginas los mensajes primordiales de salud materno-infantil en un decálogo y que, publicado en cooperación con la OMS y la UNESCO, ha tenido amplia difusión mundial. La obra presenta, además, ampliaciones para cada mensaje y hasta una breve orientación para los comunicadores que los vayan a usar. Más aún, para facilitar esa utilización, el UNICEF publicó más tarde *Todos por la Salud*, un manual corto, simple y práctico -escrito por Glenn Williams- para que todos los interesados en promover la salud -no solo los especialistas en "IEC"- puedan comprender y divulgar los mensajes de *Para la Vida*.

22 Un reciente aporte -que incluye lo evaluativo- de la OMS (por medio de la Organización Panamericana de la Salud) es el *Manual de Comunicación Social para Programas de Salud* (OPS, 1992) originalmente producido en inglés por el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos y traducido adaptativamente a Latinoamérica por Elizabeth Fox en consulta con funcionarios del Programa de Promoción de la Salud de la OPS.

nes. Pero dejó claros los límites de su intervención en estos términos: "La meta de OMS/UNICEF no es tanto la de operar programas en el corto plazo, aun si exitosos, sino la de fortalecer las capacidades nacionales de IEC para la salud, especialmente en (a) el desarrollo de recursos humanos; (b) el planeamiento estratégico y la administración; (c) la vinculación del esfuerzo del sector salud a los de otros sectores, como las escuelas y las organizaciones comunales; (d) el fortalecimiento de estructuras para crear, producir, probar y publicar material de IEC; y (e) la fiscalización y evaluación del proceso y del impacto de IEC"²³ (UNICEF-WHO, 1987a, p. 14).

Ya en 1985 el Director de Información y Educación de la OMS había expresado la voluntad de esa institución para "...proporcionar un apoyo a los países miembros fortaleciendo los componentes de información y educación en sus programas de salud como un medio efectivo de fomentar la autorresponsabilidad individual y de la comunidad, y la actividad social de todos los sectores" (Ling, 1985, p. 4).²⁴ Y, luego, la estrategia conjunta había ratificado esa lógica intención de "no dar pescado sino enseñar a pescar".²⁵

23 Traducido del inglés por el autor del presente documento. El subrayado no es del original.

24 El subrayado no es del original.

25 Un análisis breve y preliminar de esta estrategia, sobre la base de la versión resumida de ella (UNICEF-WHO, 1987b), fue realizado por Beltrán (1988).

Pero ... ¿qué pasó después de 1987?

Lamentablemente, pareciera que no mucho. Tal vez el grupo previsto para ejecutar la estrategia IEC llegó a formarse y hay indicios en la literatura del ramo de que los dos organismos sumaron a veces recursos para determinados esfuerzos mayores de IEC como el apoyo a campañas de vacunación y a celebraciones del Día Mundial de la Salud. Pero no hay indicios en la documentación pertinente a la mano de que, en los casi seis años transcurridos desde que se tomara el acuerdo estratégico UNICEF-OMS, se hayan producido -por lo menos en Latinoamérica- acciones sustantivas en pro de la "edificación institucional" prevista en los niveles nacionales.

Sería útil saber por qué se quedó un esquema de servicio conjunto tan valioso mayormente en el plano de las buenas intenciones y, más aún, averiguar si aquella estrategia bi-institucional pudiera ser rescatada, y acaso actualizada y reajustada, para su efectiva aplicación.

HACIA POLITICAS DE COMUNICACION PARA LA SALUD

Por comunicación para la salud pública puede entenderse, en un sentido amplio, aquel proceso de influencia social multitudinario que proporciona conocimientos, forja actitudes y provoca prácticas requeridas de la población por los programas de salud para mejorar el estado de esta última. En un sentido más específico y operativo algunos la perciben como "... el intento sistemático de influir positivamente en las prácticas de salud de poblaciones extensas utilizando princi-

pios y métodos de la comunicación masiva, diseño de la instrucción, mercadeo social, análisis del comportamiento y antropología médica". (Rasmuson y otros, 1988, p. 7).

Las políticas que no hay

Ahora bien, si la comunicación en salud es un sistema de intervención para modificación masiva de conductas propicias al buen estado de salud, ¿que es una política de comunicación para la salud? En el sentido más amplio es simplemente un diseño general de procedimientos para alcanzar los propósitos que animan a tal intervención. En un nivel algo más concreto -siguiendo lo propuesto en la primera parte del presente documento- la política de comunicación para la salud pública puede entenderse como un conjunto de principios, normas y aspiraciones que dan fundamento teleológico²⁶ a intervenciones de comunicación al servicio de políticas de salud pública.²⁷

Así entendidas, ¿existen tales políticas en Latinoamérica? En caso de no estar ellas en existencia, ¿será necesario y posible establecerlas?

El que exista una política nacional de comunicación para la salud depende, principalmente, de la pre-existencia de una política nacional de salud y, complementariamente, de la existencia de una

política nacional de comunicación con carácter global.

Esa política global de comunicación no existe a la fecha en ningún país de América Latina aunque esta región fue precursora en el movimiento internacional²⁸ hacia su establecimiento (Beltrán, 1976) y es en parte por su ausencia que algunos segmentos de la población de la región aún no tienen, por ejemplo, pleno acceso a la comunicación masiva. Las consecuencias negativas de tal carencia, en cualquier parte del mundo, fueron señaladas, ya hace muchos años, así: "En ausencia de una política nacional clara sobre cualquier asunto determinado, el comunicador está en la posición de un nadador que patalea en el agua apenas para no hundirse; no puede enrumbarse en dirección alguna" (Davison y George, 1961, pp. 437-438).

En cambio, existen políticas nacionales de salud, especialmente a partir de fines de la década del 70, si bien más como resultado de acuerdos internacionales oficiales que como iniciativas autónomas de cada gobierno. En sus formatos más breves las principales de ellas fueron enunciadas aproximadamente así:

28 Este fue objetado en círculos conservadores de América Latina y Estados Unidos bajo la noción de que cualquier intento regulador estatal era antidemocrático por poner en peligro la libertad de información. En Norteamérica, sin embargo, Canadá es quizás el país del mundo más adelantado en materia de tales políticas. Y en el propio Estados Unidos se discute hoy cómo formular una política nacional de comunicación para enfrentar los grandes cambios derivados de las modernas innovaciones tecnológicas. Así se lo puede ver claramente en un detenido estudio gubernamental reciente: U.S. Congress-Office of Technology Assessment, 1990.

26 Pertinente a los propósitos, a la orientación.

27 Esta definición se basa, a su vez, en la formulada por latinoamericanos hace ya 20 años, acogida por la UNESCO y adoptada universalmente desde entonces (Beltrán, 1973; UNESCO, 1974).

1978: La salud es un derecho humano fundamental. La clave para lograr su ejercicio universal es la atención primaria en salud. El pueblo tiene el derecho y el deber de participar en la planificación y ejecución de los programas de salud.

(Declaración de Alma-Ata)

1981: Debe lograrse la salud para todos hasta el año 2000.

(Decisión de la 34a. Asamblea Mundial de la Salud)

1986: Hay que promover la salud para habilitar a la gente para que aumente su control sobre la prestación y mejoramiento de servicios de salud. La promoción debe fomentar estilos de vida saludables y contribuir a lograr las condiciones sin las cuales no puede haber salud para el pueblo: paz, albergue, alimento, educación, ingreso, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia y equidad.

(Carta de Ottawa)

1990: La máxima prioridad en la lucha contra el subdesarrollo se la debe dar a la infancia. La supervivencia y el desarrollo infantil deben tener prelación sobre todas las demás necesidades de salud y educación. Y los gobiernos deben mantener esta preferencia en buenos y en malos tiempos.

(Declaración y Plan de Acción de la Cumbre Mundial por la Infancia)

Este conjunto de políticas vigente a la fecha en Latinoamérica, pues los gobiernos de ella las suscriben, da respuesta a estas preguntas fundamentales:

- ¿Qué es la salud pública?
- ¿Quién debe manejarla?
- ¿Hasta cuándo debe estar universalizada?
- ¿Qué hay de hacerse para lograrla en el plazo previsto y bajo cuáles prioridades?

Una propuesta de bases

En principio no resulta imposible derivar de estas políticas de salud, políticas de comunicación que les sean instrumentales. Pero, hasta donde se sepa, no se ha dado ese caso en la región. Y ello probablemente se deba en parte a que el nivel de formulación al que se enuncia una política es usualmente tan amplio y poco específico que, al resultar por fuerza esquemática y quizás algo redundante, una política nacional de comunicación para la salud pudiera no ser vista por algunos como indispensable. Sin embargo -a la luz de políticas de salud convenidas internacionalmente y de las reflexiones sobre los papeles de la información, la educación y la comunicación que han sido registradas en síntesis aquí- podrían considerarse, entre otros, algunos lineamientos básicos como estos:

1. El Estado reconoce la importancia crucial que la comunicación social tiene para alcanzar las finalidades señaladas por las políticas de salud y, en consecuencia, asignará el porcentaje más elevado posible de los recursos del sector salud a ampliar, jerarquizar

- y mejorar sustantivamente su capacidad orgánica de comunicación educativa para la salud, manteniéndola claramente separada de la labor de publicidad y relaciones públicas.
2. El Estado asegurará, por otra parte, que un porcentaje considerable de la asistencia financiera externa para programas de salud sea asignado a los requerimientos de los sistemas de comunicación que deben apuntalar a aquellos.
 3. El Estado recurrirá, además, a los recursos de sectores afines -como los de información pública, educación formal, previsión social y desarrollo rural- para que contribuyan cooperativamente a fortalecer los sistemas de comunicación para la salud.
 4. El Estado apelará a todos los mecanismos posibles de comunicación social -incluyendo los privados- para movilizar a todos por la salud de todos.
 5. El Estado aplicará la mayor parte de todos sus recursos -humanos, físicos y financieros- disponibles para comunicación en salud al franco apuntalamiento de las acciones pro salud que respalden a estas políticas:
 - a) Reconocimiento efectivo de la salud como un derecho universal.
 - b) Prioridad efectiva para los programas de atención primaria en salud.
 - c) Reconocimiento efectivo del derecho del pueblo a participar en el diseño y ejecución de los programas de salud.
 - d) Promoción integral de la salud por la vía de ayudar a la gente a que intervenga en los servicios de salud, a que adopte estilos de vida saludables y a que luche por conseguir las condiciones de contexto socioeconómico y medio ambiente físico indispensables para el logro de la plena salud pública.
 - e) Máxima prioridad efectiva en favor del desarrollo y la supervivencia infantil.
 6. En busca del logro de esas políticas de salud el Estado pondrá marcado énfasis en sus acciones de comunicación que más pueden aportar a las estrategias primordiales previstas, tales como la sensibilización y activación de la opinión pública, la movilización social, la participación popular, el involucramiento comunal, la educación -formal y no formal- para la salud y la promoción general de esta.
 7. El Estado emitirá conjuntos esenciales y normativos de mensajes sobre cada uno de los problemas de salud sobresalientes en el país²⁹ y los difundirá bajo la obligación legal de que los empleen no solo sus organismos propios sino también los no gubernamentales, a fin de evitar incongruencias, contradicciones e inexactitudes tanto en el contenido como en el tratamiento.³⁰

29 Tales como los relativos a subsistencia y desarrollo infantil producidos por el UNICEF y divulgados mediante el libro *Para la Vida*, que ha sido mencionado en páginas anteriores del presente documento.

30 Estas deficiencias suelen ser más frecuentes en casos de comunicación por el método de campañas y especialmente en relación con situaciones de emergencia como las provocadas por la reaparición del cólera (Véase al análisis de un caso ilustrativo de esto último en Beltrán, 1993b).

8. Para asegurar la más alta calidad posible en sus acciones de comunicación para la salud el Estado contratará al personal más calificado de esa especialidad, le dará la jerarquía equivalente a las de las otras especialidades profesionales, le brindará remuneración justa y atractiva y le asegurará estabilidad funcionaria independiente de cambios políticos y consideraciones extraprofesionales.
9. Asimismo, el Estado fomentará resuelta y sostenidamente la capacitación de comunicadores en salud mediante convenios con universidades e institutos tanto de formación en ciencias de la salud como en la de comunicación para la salud.
10. El Estado, valiéndose igualmente de convenios con universidades y centros de ciencias sociales, deberá asegurar que sus actividades de comunicación para la salud se ejecuten bajo un régimen integral de programación racionalizadora y optimizante que incluya investigación, planeamiento, fiscalización, evaluación y ajustes para dar máxima eficiencia a la producción y difusión de mensajes.

Un planteamiento de política sobre bases como las que acaban de sugerirse para discusión podría ser instituido formalmente por lo menos a dos niveles en la región. Al nivel político más alto mediante una resolución que condense el esquema y lo convalide en la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos. Al nivel técnico, en la principal Reunión Anual de Ministros de Salud de América Latina. Y, si un planteamiento

tal llegase a cobrar validez más allá de la jurisdicción regional, los Estados miembros latinoamericanos de la Organización Mundial de la Salud podrían proponerlo además, con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, a la Asamblea Mundial de la Salud a cargo de la OMS y lo propio podría hacerse con el concurso de la UNESCO. Así podría quedar validada un día esa política de comunicación a escala universal amparada por una sanción que, al conferirle la máxima jerarquía de acuerdo, le otorgaría notoriedad, influencia y viabilidad.

Es, pues, posible formular tal política nacional de comunicación para la salud. Y que ello sea deseable no puede estar en duda si se toma en cuenta la actual situación. En la mayoría de los países latinoamericanos las metas de las políticas de salud están ya en claro riesgo de no cumplirse. Esto se debe, en buena parte, a que los gobiernos no han potenciado a la comunicación al grado que les permita enfrentar con éxito el enorme desafío que se han impuesto. La razón de ello ha sido señalada así:

Los forjadores de decisiones y los planificadores ignoran el elemento humano a su propio riesgo; no entienden las necesidades, prioridades y posibilidades de la gente a la que ellos esperan servir es una garantía virtual de que los programas de salud no tendrán éxito. Si a las poblaciones previstas no se les consulta, informa, educa y moviliza aun los programas mejor diseñados están condenados al fracaso o producirán los resultados más magros (UNICEF-WHO, 1987b, p. 5).³¹

31 Traducción del autor del presente documento.

También es posible formular tales políticas con carácter regional o aun subregional. Un reciente acercamiento a ello es la Declaración de San José "Comunicación para la Salud", firmada en mayo de 1992 por los participantes del Primer Curso Centroamericano de Periodismo y Salud celebrado en San José, Costa Rica, con auspicio de la OPS. Ellos hicieron en ese documento recomendaciones a los Ministros de Salud de la subregión, a la OPS misma y a los directores de los medios masivos para que propicien la especialidad de comunicación en salud mediante varias medidas, incluyendo la formulación de una política centroamericana de comunicación para la salud (OPS, 1992c).

LO ESTRATEGICO DE LA ESTRATEGIA

En un extremo del instrumental de la planificación está la política, el esbozo escueto del ideal. En el extremo opuesto está el plan, el diseño preciso para construir una realidad. Entre el uno y el otro está la estrategia, el puente por el que transita el ideal hacia la realidad. En otros términos, si el origen de la estrategia está en la política, su destino está en el plan. Y esa posición mediadora le confiere una importancia "estratégica"; es decir, crucial.

En efecto, para que una política alcance plena utilidad es indispensable que se trasunte en estrategias capaces, a su vez, de convertirse en planes. Esto es igualmente válido para la salud que para la comunicación. Ello quiere decir que las políticas de salud tienen que concretarse por medio de estrategias de salud y que estas deben hacerse operativas por medio

de planes de salud. Y, si la comunicación ha de ser en verdad decisivamente instrumental para la salud pública, las políticas de comunicación también deben traducirse en estrategias y estas dar base a planes.

A la luz de esas consideraciones se puede entender por estrategia de comunicación para la salud a un conjunto de previsiones, teleológicas³² y procedimentales, para la emisión de mensajes a la población que apuntalen los fines de la estrategia de salud pública.

Un poco más detallada que la política, pero mucho menos detallada que el plan, la estrategia de comunicación para la salud puede cubrir un territorio amplio o pequeño, implicar diversos comportamientos, aplicarse por un tiempo relativamente largo, comprometer a mucha gente y requerir considerables recursos. Pero - a semejanza de su uso en el arte militar - suele ser enunciada en nada más que unos cuantos párrafos. Sin embargo, ese esquemático derrotero ha de regir todo el proceso de planeamiento pormenorizado de las operaciones comunicativas. Pese a su más bien parca enunciación la estrategia de comunicación debe, pues, proporcionar "... una misma dirección para la elaboración de mensajes y materiales a todo el personal del programa, incluyendo a los escritores y personal creativo..." (OPS, 1992 b, p. 25).³³

32 Es decir, "direccionales" o referentes a finalidades.

33 Traducción del autor del presente documento.

En contraste con la ausencia generalizada de políticas nacionales de comunicación para la salud existen en Latinoamérica varias experiencias de formulación y aplicación de estrategias de comunicación para la salud. En la mayoría de los casos, sin embargo, esas estrategias no fueron instituidas por separado y a priori como matriz de nivel intermedio para orientar planes, sino que sus enunciados centrales fueron incluidos -bajo diversos formatos- en los propios planes. De esta combinación -que, a veces, pudiera verse como una confusión metodológica- surgió aparentemente el concepto de "plan estratégico", o sea un plan operativo detallado que debe responder a una o más estrategias de comunicación para la salud. Esto ha ocurrido con apreciable frecuencia en los casos de campañas de comunicación en respaldo de estrategias de salud como la vacunación intensa y masiva de niños; la prevención contra el uso indebido de drogas, alcohol y tabaco; la lucha contra emergencias epidémicas del cólera y contra el contagio del SIDA y el fomento de la salud reproductiva.

El "planeamiento estratégico"

Los principales propiciadores del "planeamiento estratégico" han sido organismos internacionales pro desarrollo conscientes de la importancia que para este tiene hoy la comunicación. Se destaca entre ellos la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), que comenzó a apoyar actividades de comunicación ya en los años del 60 pero en pequeña escala. Desde principios de la década del 70, habiéndose percatado de que no pocas de esas actividades apoya-

ban proyectos de salud dirigidos a poca gente urbana y más bien acomodada, comenzó a cambiar de estrategia para expandir su alcance hacia muchos de los más necesitados con mensajes integrados de cuidado materno-infantil, planificación familiar y nutrición (Schutt, 1976, pp. 1-2). Y desde 1978 la USAID sustenta este tipo de proyectos de comunicación en salud en varias partes del mundo, incluyendo América Latina. Lo hace normalmente por conducto de organismos públicos o privados de asistencia técnica en el ramo. Notorios entre estos han sido la Academia para el Desarrollo Educativo (AED), la Escuela de Comunicaciones Annenberg de la Universidad de Pensilvania, el Servicio de Comunicación en Población de la Universidad Johns Hopkins y Development Associates, Inc.

La AED opera desde 1985 el Proyecto de Comunicaciones al Servicio de la Supervivencia Infantil ("HEALTHCOM"), cuyo fin primordial es aumentar la "...comprensión sobre la fórmula óptima par utilizar la moderna comunicación, mercadeo social y análisis del comportamiento para mejorar las prácticas de atención infantil existentes y reducir así la mortalidad infantil" (Rasmuson y otros, 1988, p. iv). En América Latina este proyecto ha tenido actividades principalmente en Guatemala, Ecuador, Honduras, República Dominicana y Paraguay.

Las actividades de esos y otros organismos en este campo han forjado, en diversos países del mundo en desarrollo, valiosas experiencias de sistematización racional de las intervenciones de comunicación

para la salud. De ellas se han derivado metodologías que, sustituyendo a la improvisación intuitiva con el planeamiento estratégico, prometen el logro de la eficiencia (Solomón et.al., 1979).

Las etapas del planeamiento

El planeamiento estratégico plantea el seguimiento de un dado número de pasos que varía un poco de una entidad a otra y de un manual al próximo.³⁴ En esencia, sin embargo, la metodología es la misma pues las diferencias son solo de criterios para agrupar etapas del proceso o de preferencias de denominación de ellas. Así, la que plantea la Universidad Johns Hopkins consta de cinco pasos, la adaptada por la OPS-OMS se desarrolla en seis, la de AID/AED-HEALTHCOM incluye siete pasos y la correspondiente a Development Associates Inc. llega hasta los ocho, que son estos:

1. Definición del problema.
2. Identificación y análisis del público.
3. Investigación sobre aspectos de comunicación. *
4. Formulación de objetivos.
5. Elaboración de mensajes.
6. Selección de medios.
7. Implementación.
8. Evaluación.

³⁴ Véase The Johns Hopkins University, s.d./a; OPS, 1992b; Rasmuson y otros, 1988; y Development Associates, Inc., 1992a. Hay un esquema similar de origen latinoamericano (Beltrán, 1968), pero corresponde en general a la comunicación para el desarrollo y no específicamente a la comunicación en salud.

En todos los casos la idea central es asegurar que los mensajes se diseñen, produzcan y distribuyan sobre la base del cabal conocimiento de las características de los destinatarios, de los fines de los programas de salud y de las ventajas y limitaciones de los medios. Se apela para ello al concurso de la investigación social antes, durante y después de la emisión de los mensajes. Y se procura que haya una relación razonable entre insumos y productos.

Educar entreteniéndolo

Los buenos estrategias de comunicación no dudan de que la racionalidad es conveniente para alcanzar la eficiencia, pero se cuidan de no enfriar ni rigidizar sus mensajes. Están conscientes de que sus propuestas educativas van a alternar en los medios masivos con el poderoso atractivo de diversión que caracteriza a programas y anuncios comerciales. Por eso algunos de ellos se empeñan en hacer que la comunicación educativa no sea aburrida, que el público no se percate que se está tratando de educarlo.

De esta manera ha ido surgiendo un enfoque ahora conocido como la estrategia de educar entreteniéndolo. Ella tuvo en Latinoamérica precursores como el mexicano Miguel Sabido que comenzó a valerse de las telenovelas para hacer labor educativa ya a mediados de los 70. A mediados de los 80 Patrick Coleman, de la Universidad Johns Hopkins, formalizó la naturaleza de la estrategia y la ensayó en el propio México, así como en Nigeria y Filipinas, recurriendo a las canciones populares para propiciar responsabilidad en la conducta sexual. Un ejemplo sobre-

saliente de ello fue la canción popular de Tatiana de México "Cuando estemos juntos", premiada en 1987.

Coleman ve así esta estrategia aplicable a muchas de las de salud:

El entretenimiento opera mediante la creación de un despertar emocional en el espectador, reacción que es necesaria para que ocurra el cambio de comportamiento. En el entretenimiento educativo los artistas, productores, guionistas, directores y profesionales de la salud trabajan unidos para generar productos de calidad que tengan atractivo para el comercio y para el público así como mensajes sociales potentes y correctos (Coleman, 1989, p. 8).³⁵

En la lucha contra el SIDA el uso de los medios masivos de comunicación es más delicado que en otros emprendimientos pro salud en vista de la intimidad de los comportamientos en cuestión. Tal vez por eso, además de usar la prensa, la radio y la televisión con cautela, no pocos programas sobre esa fatal enfermedad recurren a medios personalizados y menos convencionales. Y ello incluye también a las canciones populares. Hay, por ejemplo, una "Cumbia del Sida" que porta con gracia el mensaje preventivo. Y el grupo "Jaque Mate" de Costa Rica grabó un merengue de William Porras que hace esta recomendación:

Decídete por un amor,
por un amor que sea solo tuyo,
ya no busques peligrosas aventuras
que una vez es suficiente y
SI DA no tiene cura.

³⁵ Traducción del inglés por el autor del presente documento.

Las campañas: utiles pero no mágicas

Por influencia de la publicidad comercial y la propaganda política en no pocas entidades de salud de Latinoamérica se tiende a tomar a la estrategia de campaña por múltiples medios como una serie de fórmula de impacto infalible por sí sola. No lo es. Y su costo puede resultar muy alto en comparación con los beneficios que produzca si se apela a ella indiscriminadamente y si no se la planifica rigurosamente y ejecuta competentemente.

Un centro peruano de información y educación contra las drogas, el CEDRO, ha recurrido a las campañas por medios masivos, pero ha señalado que en su experiencia el buen resultado de ellas está condicionado a tres factores: (1) que esas campañas no sean aisladas sino componentes integrales de una estrategia global, (2) que estén siempre combinadas con campañas de comunicación "cara-a-cara" y (3) que sean necesariamente producto de un proceso riguroso de un diseño, ensayo, producción y evaluación. Afirman los expertos del CEDRO, por tanto, que "... una campaña masiva no comienza ni termina cuando el mensaje es llevado al público a través de las ondas de la televisión, la radio o el papel de los periódicos. Comienza mucho antes y se prolonga mucho más allá" (Lerner Stein, 1989, p. 73).

Entre los casos de buen diseño y manejo adecuado de una campaña por múltiples medios masivos sobresale uno reciente en Brasil. La televisión fue ingeniosamente empleada en Sao Paulo para propiciar la vasectomía como recurso para regular el tamaño de la familia. De los nuevos visi-

tantes a clínicas con aquel propósito, 58% indicaron haberlo hecho por haber visto el mensaje en dicho medio. Y en la clínica principal para el caso se registró después de la campaña un aumento del 81% en el número de vasectomías practicadas. El "spot" clave, de tipo humorístico y hecho en forma de dibujo animado, iría a ganar un premio internacional. La combinación de dos estrategias - campaña por medios múltiples y educar entreteniéndolo - se probó, pues, muy efectiva.

En el caso del SIDA ha habido algunas campañas exitosas en algunos de los países de la región - Perú, por ejemplo - pero en otros casos ciertas campañas no solo no han logrado los resultados apetecidos sino que han sido más bien contraproducentes. Especialistas en prevención del SIDA al servicio de la Federación Internacional de Planificación de la Familia afirman lo que sigue:

Desafortunadamente, muchas de esas campañas masivas han dejado a las personas mal informadas e intranquilas, incapaces de relacionar la información recibida con sus propias vidas, y con la sensación de que el SIDA solo se puede manejar a base de pruebas y aislamiento. De esa manera las campañas han hecho que con frecuencia las personas respondan menos eficazmente al SIDA... (Gordon y Klouda, 1990, p. 64).

En cambio, siguiendo una creativa estrategia de saturación ambiental y contacto personal, un proyecto contra el SIDA está dando inicios promisorios de buen suceso en Bolivia. La mayoría de los mensajes se sitúan discretamente en las casas de lenocinio y en bares y clubes nocturnos empleando desde carteles y volantes

hasta llaveros y cajas de fósforos. Capacitando a las propias meretrices para que estimulen con prudencia entre sus clientes el uso de preservativos y negociando con los propietarios de aquellos establecimientos por medio de promotoras, la comunicación interpersonal ataca el mal en los focos mismos de contagio.³⁶

¿Los medios cambian conductas?

Casos como el que acaba de mencionarse pudieran dar la idea de que hay problemas de salud para los cuales los medios masivos de comunicación no deben usarse por carecer de efectividad. De por sí la teoría de comunicación tradicionalmente advierte que la prensa, el cine, la radio y la televisión sirven mucho más para inducir nuevas actitudes y prácticas que para cambiar las existentes. Pero... parece que esto no siempre es así.

Recientes experiencias en varios países del mundo indican que, hábilmente utilizada, la comunicación masiva puede provocar ciertos cambios de conducta por su cuenta. Por ejemplo, en el campo de la salud reproductiva y especialmente en su delicado componente de planificación familiar, experiencias en algunos países latinoamericanos, como México, Honduras, Colombia, Bolivia y Brasil, han registrado en la década del 80 ganancias sustantivas en la adopción de comportamientos propuestos por medio de la televisión y otros medios masivos, según **The Johns Hopkins University (s.d./b).**

³⁶ Para detalles sobre esta estrategia de "alcance y consejería" véase **Proyecto contra el SIDA (1993a y 1993b).**

Sin embargo, otras experiencias que también involucraron programas contra el SIDA y de planificación familiar llevaron a la conclusión opuesta: solo rara vez los medios masivos pueden cambiar "conceptos sociales" o vender "productos sociales" por sí solos. Por ejemplo, un comunicador canadiense de larga experiencia al servicio de su gobierno y del UNICEF afirma lo siguiente: "La abrumadora evidencia indica que en la mayoría de los contextos de comunidades en desarrollo no hay sustituto para el trabajo mucho más difícil de involucramiento y educación de la comunidad" (Mckee, 1992, p. 154).³⁷

Los estrategias de comunicación para la salud tienen que tomar muy en cuenta estas divergencias y empeñarse en lograr las conjugaciones más deseables de los medios impersonales con los interpersonales sin atribuir omnipotencia a ninguno.

COMUNICACION PARA LA PREVENCION

No pocos de los programas de salud en vigencia en la región procuran dar prelación a lo preventivo sobre lo curativo. Unos lo hacen por la convicción de que es mejor, y mucho menos caro, prevenir que curar. Y otros porque la naturaleza de los males que atacan - como la drogadicción y el SIDA - exigen dar alta prioridad a la prevención porque en el primer caso la curación es sumamente difícil y en el otro simplemente no existe.

³⁷ Traducción del inglés por el autor del presente documento.

La comunicación preventiva busca, pues, inhibir comportamientos no saludables y propiciar aquellos que favorecen a la salud y protegen la vida. Como tal requiere de estrategias que induzcan a la gente a hacer ciertas cosas y a no hacer otras. Y esas estrategias por lo general son consignadas en rigurosos y detallados planes estratégicos como los mencionados en la sección anterior.

Mensajes contra el flagelo de las drogas

Ese es el caso, por ejemplo, de muchos proyectos de comunicación contra el uso indebido de drogas promovidos por varios organismos internacionales como apoyo a programas de salud en ese ramo.

Al nivel mundial funcionan el Programa de las Naciones Unidas para el Control Internacional de las Drogas (UNDCP)³⁸ y el "Narcotic Awareness and Education Project" que opera Development Associates, Inc. para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.³⁹ Este segundo programa ha apoyado - técnica y financieramente - actividades de comunicación preventiva desde 1984 en México, El Salvador, Costa Rica, Panamá, Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia, Chile, Brasil y Paraguay.

Al nivel de toda la región la Organización de los Estados Americanos ha venido desarrollando iniciativas similares en

³⁸ Ver United Nations International Drug Control Programme (1993).

³⁹ Ver Development Associates, Inc. (1992b).

función de un programa de acción interamericano acordado en 1986, en Río de Janeiro, por la Asamblea General de la entidad. Responsable de ejecutarlo es la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), una de cuyas líneas estratégicas de acción es la educación para la prevención. Y otra de esas líneas, cifrada también en la comunicación, es la movilización de la comunidad.

El programa de la OEA comenzó a cobrar intensidad a partir de 1990, cuando formuló un Plan de Acción para los años 90. Uno de los acuerdos incluidos en él fue el de establecer un Programa Interamericano de Educación para la Prevención.

Cumplido este propósito en 1990 la CICAD auspició un Taller sobre Estrategias para la Evaluación de Campañas de Comunicación contra el Uso Indebido de Drogas, que tuvo lugar en Quito en 1991 con el copatrocinio del Centro Internacional de Estudios Superiores en Comunicación para América Latina (CIESPAL).⁴⁰ Luego, en 1992, en cooperación con el gobierno de Colombia, CICAD llevó a cabo otro taller de comunicación preventiva antidrogas en Villa de Leyva.

La reducción de la demanda es una estrategia de prevención sobresaliente. Pero hay quienes sostienen que el enfoque debe ser global, ir más allá de la farmacodependencia para abarcar también a la oferta, producción y tráfico e, inclusive, a

la rehabilitación de los drogadictos. En Colombia, por ejemplo, se ha propuesto la instauración de una "estrategia de desarrollo dirigido" que transforme las estructuras económicas, políticas, educativas, de salud y otras de manera que puedan neutralizar de raíz y en su integridad el problema en las zonas más afectadas por este. Las estrategias de comunicación previstas en respaldo de este enfoque preventivo estructural son las siguientes: (1) constituir una red nacional sobre la materia y relacionarla con la de otros países, (2) compilar las normas legales del caso, (3) montar un plan permanente de comunicación masiva por medios múltiples, (4) dar capacitación en comunicación contra las drogas, (5) dar respaldo de comunicación, masiva e interpersonal, a los proyectos de desarrollo dirigido y (6) hacer investigación - formativa y evaluativa - en cuestiones de comunicación (**Ministerio de Comunicaciones de Colombia, 1992a y 1992b**).

En Bolivia se ha acordado una división de labores entre los principales organismos, públicos y privados, de lucha contra el uso indebido de drogas. Uno de ellos, SEAMOS, se ocupa principalmente de la producción y distribución de mensajes por medios masivos. Otro, CESE, se especializa en la educación en aula para la prevención por medio de diversos recursos pedagógicos. Ambos son instituciones privadas que operan con apoyo financiero de USAID. De los estatales, el CONAPRE es un consejo normativo y coordinador y su brazo ejecutivo, la DINAPRE, asume la responsabilidad principal de investigación; en tanto que los privados se encargan de la comunicación,

40 Ver OEA/CICAD, 1991a, 1991b y 1991c. Ver también OEA-CIESPAL, 1992 y OEA/CICAD, 1993.

valiéndose de diversas estrategias específicas inscritas en un modelo integral de intervención sobre producción, tráfico y consumo (Dipp y Alcaraz, 1990).

En Perú el CEDRO, auxiliado por investigación sistemática, ha ensayado diversas estrategias comunicativas. Algunas han resultado más eficaces que otras y ello ha permitido al centro forjar un aprendizaje útil. Como resultado de ello uno de sus especialistas advierte que **"...la prevención del uso y el abuso de sustancias psicoactivas es una tarea compleja porque no existe consenso acerca de las causas y factores que las condicionan como tampoco los hay acerca de lo que quiere prevenirse"**. (Ferrando, 1992, p. 43). Por otra parte, ante opciones estratégicas como el argumento ético, la apelación al temor, el énfasis sobre los efectos de las drogas, la movilización comunal y la educación integral CEDRO recomienda un eclecticismo razonado y la posibilidad de conjugaciones. Y, en general, no favorece los enfoques negativos, en tanto que, junto a la acción comunitaria, considera indispensable el respaldo global de la opinión pública a la lucha preventiva.

En la guerra al cáncer

En los años recientes se ha registrado en Latinoamérica un preocupante aumento del índice de mortalidad por causa del cáncer del cuello uterino. Según la OPS las muertes por esta causa están entre 20.000 y 30.000 por año. Puesto que se trata de una enfermedad que, de detectarse a tiempo, puede curarse se considera injustificable este incremento. Además, lo advierte la OPS, de no adop-

tarse en estos momentos un programa combinado de salud, educación y comunicación / información, esa tasa lejos de detenerse aumentará para el fin del siglo en grado alarmante. Para ver cómo ha de enfrentarse el reto que conlleva ese riesgo hubo un seminario en Caracas en 1991, en el que un grupo de expertos dialogó sobre las estrategias de comunicación posibles como apoyo a los programas de salud que tratan de prevenir la incidencia de aquella enfermedad.

Revisando críticamente algunos videos, afiches y otros materiales de comunicación dirigidos a la prevención del cáncer del útero el seminario llegó a la conclusión de que, en su mayoría, esos mensajes parecen aislados y atomizados, huérfanos de una estrategia general que los encuadre en objetivos precisos para que puedan provocar los comportamientos apetecidos. El seminario también formuló una advertencia contra ciertos factores que pueden hacer poco efectivas las estrategias de comunicación para la prevención, tales como el "efecto botella de mar" o imprecisión del mensaje por desconocimiento del público y el "efecto rompecabezas" o diversidad de mensajes debido a la falta de planeamiento riguroso. Igualmente, señaló el encuentro, el error de exagerar el valor de las campañas preventivas por medios masivos sin que formen parte de una estrategia global ni sean enlazadas con sistemas de refuerzo por comunicación interpersonal. Finalmente, en un nivel más específico, abordó la problemática del mal manejo de la comunicación interpersonal que hacen no pocos médicos, enfermeras y otros miembros del personal de salud en sus

encuentros profesionales con mujeres, especialmente las de la clase baja. Se criticó la situación de subordinación a que ese personal somete a menudo a las pacientes, tratándolas en forma autoritaria y hasta desconsiderada y privándolas de explicación detenida y comprensible en lenguaje común.

Al llegar a conclusiones el seminario recomendó propiciar investigaciones sobre la efectividad comparativa de distintas estrategias de comunicación a fin de lograr bases más confiables para la difusión de mensajes masivos e interpersonales. También recomendó dar énfasis a mensajes que acentúen la información alentadora para la mujeres, destacando la posibilidad de curación y recomendando el control oportuno. Y sugirió atención a la posibilidad de valerse de formatos de comunicación muy populares, especialmente entre las mujeres, como las telenovelas. **“Se señaló también la importancia de que el punto de partida de una estrategia de comunicación, educación y participación sea la educación comunitaria, donde una relación cara-a-cara se inicie con un trabajo de educación sexual a partir del reconocimiento individual, grupal y social de los factores psicosociales involucrados en el problema...”** (OPS, Ministerio de Sanidad y Ministerio de Promoción de la Mujer de Venezuela, 1991, p. 19).

La protección de la infancia

Otra área de salud en que la función preventiva tiene mucha importancia es la de sobrevivencia y desarrollo infantil, marcada como política de máxima prioridad por la Cumbre Mundial de la Infancia

auspiciada en 1990 por el UNICEF. Este organismo internacional trabaja en las esferas de información, educación y comunicación sobre dos líneas mayores. Por una parte, programación internacional de la política arriba indicada entre líderes de opinión y dirigentes políticos. Y, por otra parte, provisión de asistencia técnica a los países de la región para que mejoren sus servicios de comunicación educativa, especialmente en cuanto a su aptitud para dar respaldo a los programas materno-infantiles. Como parte de esas labores el UNICEF - en colaboración con la OPS - propicia la implantación del sistema de planeamiento estratégico en las instituciones nacionales de salud. Un ejemplo de ello es un conjunto de lineamientos estratégicos para apoyar los objetivos de programas contra las infecciones respiratorias agudas (“IRA”) que causan entre 20% y 30% de las muertes de niños en Latinoamérica: manejo apropiado de casos de “IRA”, alta cobertura de inmunizaciones y mejoramiento de la nutrición y el aumento del peso de los niños al nacer.

Tales lineamientos de comunicación son:

1. Acciones de “concientización” y motivación.
2. Acciones de movilización para la oferta de servicios.
3. Acciones de movilización para la demanda de servicios.
4. Acciones de educación del personal de salud, así como de madres, familias y comunidades.

Para cada uno de esos lineamientos la indicada estrategia define públicos, obje-

tivos y canales. Y, en función de ello, ofrece un detalle de contenidos mínimos y básicos sobre enfermedades respiratorias agudas tanto para los profesionales de la salud y el personal comunitario como para las familias (UNICEF-OPS/OMS, 1989).

En el mismo rubro de salud materno-infantil un proyecto apoyado por USAID y operado por la firma John Snow, Inc. en Cochabamba, Bolivia, ha culminado tres años de labor con un juego de materiales escritos y audiovisuales acompañados de guías para uso y acondicionados en un estuche portátil. Este original conjunto, basado en investigaciones y experiencias de campo, ha sido diseñado para auxiliar contactos interpersonales dentro de un formato ingeniosamente propiciador de la participación activa del público (John Snow, Inc., 1991).

Y en ese mismo país el Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins ha brindado estrecho asesoramiento a varias de las principales instituciones de salud, públicas y privadas, para que formulen estrategias generales, de mediano plazo, para sus tareas de comunicación en salud. Para ayudar a poner en ejecución esas estrategias ha ofrecido capacitación, ha propiciado investigaciones y ha asesorado en producción de mensajes a unas 15 de tales entidades agrupadas en un Programa Nacional de Salud Reproductiva inspirado y respaldado por la USAID.

La indicada universidad cumple acciones similares en México, Guatemala, El Salvador, Ecuador, Perú y Brasil. Y fomenta en todos esos países la aplica-

ción de la metodología del planeamiento estratégico (The Johns Hopkins University, 1991 y 1992).

En suma, es alentador verificar por los ejemplos presentados que el "planeamiento estratégico" - la combinación sistemática de las estrategias con planes - está siendo crecientemente aplicado por un número apreciable de instituciones de Latinoamérica a la comunicación preventiva de la buena salud.

COMUNICACION PARA LA PROMOCION

Las principales políticas de salud mundialmente adoptadas hasta la fecha son: (1) el reconocimiento efectivo del derecho universal a la salud, (2) la alta prioridad para la atención primaria, (3) la máxima prioridad para la salud y el desarrollo infantil, (4) la participación del pueblo - individual y comunitariamente - en el planeamiento y operación de los programas de salud, especialmente al nivel local, y (5) la promoción. La expectativa es que, de aplicarse adecuada, plena y aceleradamente estas políticas, la meta mundial de "salud para todos en el año 2000" resulte alcanzable.

La política de promoción de la salud es probablemente la más innovadora, amplia y profunda y posiblemente resulte, por eso mismo, la de más difícil y costosa aplicación. Para implementarla la Carta de Ottawa anticipó cinco rumbos estratégicos generales: (1) formulación de políticas saludables, (2) creación de ambientes propicios, (3) fortalecimiento de la acción comunitaria, (4) desarrollo de aptitudes personales y (5) reorientación de los ser-

vicios de salud. Por sí solo este trazo conlleva un complejo conjunto de profundos cambios de comportamiento en lo individual, en lo comunitario y en lo institucional. Pero hay más. La política de promoción plantea concretamente tres líneas paralelas de acción: (1) fomentar estilos de vida saludables, (2) habilitar a la gente para que aumente su capacidad de control sobre la prestación de servicios benéficos para su salud y (3) implantar condiciones estructurales - de contexto socioeconómico, político y cultural así como de medioambiente físico - que hagan posible - bajo el postulado implícito de redistribución del poder en la sociedad - la salud plena y efectiva para toda la población. En efecto, las recomendaciones específicas que sobre esto último hiciera enfáticamente la Carta de Ottawa en 1986 son agrupables en tres dominios, así:

Político

- Equidad
- Justicia
- Paz

Socioeconómico y Cultural

- Alimentación adecuada
- Vivienda decorosa
- Ingreso razonable
- Educación básica

Físico

- Ecosistema saludable
- Recursos sostenibles

Este planteamiento democrático y libertario equivale a sostener que sin desarrollo integral y equitativo la salud universal no es alcanzable debido a que la falta de

salud para las mayorías se origina precisamente en esas condiciones estructurales desequilibradas y contraproducentes. O sea, el mejoramiento sustantivo del estado sanitario de la población latinoamericana no es independiente de la superación global y radical del subdesarrollo general que se deriva de la creciente concentración del poder en minorías privilegiadas.

Aunque de suyo constituyen desafíos mayores se puede esperar de los programas de salud que desarrollen la capacidad para lograr la habilitación de la gente para la autogestión sanitaria y para fomentar a fondo la adopción de estilos de vida saludables. Pero, ¿se podrá esperar que esos programas asuman efectivamente también la enorme responsabilidad de propiciar el cambio raigal de la arcaica estructura de la sociedad en Latinoamérica? La respuesta lógica ha de ser negativa. Y ello hará temer que este componente de la política de promoción pudiera resultar utópico. Y, si esto llegase infortunadamente a ser así, ¿de cuánto serviría hacer lo demás; es decir, aplicar solo los otros dos trazos estratégicos de la política de promoción?

¿Misión imposible?

De todas maneras, la aplicación formal de la política de promoción de la salud a la situación latinoamericana está siendo canalizada, a partir de principios de la presente década, por medio del liderazgo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Siguiendo orientaciones impartidas por la Conferencia Sanitaria Panamericana en 1990 la OPS estableció a partir de 1992 un Programa de

Promoción de la Salud. ¿Cómo encara dicho organismo aquel mandato mediante este instrumento? Lo hace definiendo su misión en dos rubros estratégicos mayores:

1. Colaboración en actividades nacionales encaminadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles, accidentes y traumatismos - que son las causas principales de muerte en las Américas - a través de los siguientes enfoques para mejorar "las circunstancias y formas de vida": (1) modificación de la conducta a través de la información sanitaria y la comunicación social, (2) legislación, (3) política tributaria y (4) desarrollo de los recursos necesarios.
2. Fomento de la acción intersectorial en los países a fin de mejorar el desarrollo socioeconómico que comprende la educación, la nutrición, la vivienda, los ingresos, la participación social y otros elementos como factores esenciales para la producción y la mejora de la salud (OPS, 1992a, p. 3).

A juzgar por el segundo de estos lineamientos estratégicos la OPS tiende a asumir aquella responsabilidad mediante alianzas de intención aliviativa con otros sectores de la lucha por el subdesarrollo en el cumplimiento de la advertencia que le hicieron sus mandantes en 1990 en el sentido de que "... la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector salud, sino que constituye un quehacer intersectorial". Esto es cierto. Pero, específicamente, ¿podrá ser solución el compartir con socios igualmente inermes en el inmenso encargo de provocar aquel

largamente soñado cambio estructural?

¿No es acaso que la desnutrición, el déficit en vivienda, los salarios ínfimos, la insuficiencia de escuelas y la falta de agua y alcantarillas que padecen las masas en la región son - igual que en el caso de la salud - producto del subdesarrollo derivado de la hegemonía oligárquica que perpetúa el "status quo"?

Estas reflexiones surgen naturalmente al pensar que la comunicación está llamada a apuntalar la política de promoción y es, por tanto, muy difícil para los comunicadores no preguntarse si aquella - el arte de la interacción social por transacciones simbólicas - sería capaz de ayudar a tornar la quimera en realidad. Sin embargo, descontando esta duda sobre uno de esos dos lineamientos estratégicos, es evidente que la comunicación puede y debe cumplir un papel instrumental clave al servicio de la promoción de la salud. Así lo afirman hoy ya no solo los comunicadores sino otros que también crean posible "el desarrollo con rostro humano".

Estímulo y desafío

Solo unas pocas personas han sostenido desde hace muchos años la convicción de que la comunicación social es un instrumento fundamental para el desarrollo. Para esos contados creyentes antiguos es reconfortante percibir cuanta importancia se ha llegado a atribuir hoy a ese oficio en organismos pro desarrollo y muy especialmente en los de salud. Por ejemplo, el Director General del UNICEF, James P. Grant, sostiene que la comunicación "...ha hecho posible la dramática ampliación de los niveles de inmunización en el mundo en desarrollo. Y la

comunicación podría dar ahora un impulso masivo congruente con la causa en favor de la satisfacción de las necesidades básicas... (Grant, 1993, p. 40). No menos lúcida pero más rotunda es la siguiente manifestación de la Directora del Programa de Promoción de la Organización Panamericana de la Salud, doctora Helena Restrepo:

La educación en salud y la comunicación para la salud y el desarrollo son fuerzas vitales para afianzar políticas públicas positivas, el apoyo institucional y legislativo y los sistemas adecuados que son necesarios para una vida sana. La educación y la información constituyen la base del conocimiento y las destrezas que habilitan a las personas, las familias y las comunidades para realizar elecciones positivas en materia de salud. La educación en salud y la comunicación están en el centro de este proceso de fortalecimiento... (Restrepo, 1992, p. 1).

Expresiones de confianza como esta honran a los comunicadores y los comprometen a emplearse a fondo para responder debidamente a ella hasta el máximo de lo factible. Hay evidencia de que la comunicación bien empleada puede ser eficaz, pero no es omnipotente. Perceptivamente, la propia OPS hace, en tal sentido, esta diferenciación:

“Los programas de comunicación en salud pueden:

- Aumentar el conocimiento sobre temas de salud, problemas o soluciones.
- Influir sobre las actitudes para crear apoyo para la acción personal o colectiva.

- Demostrar o ejemplificar habilidades.
- Incrementar la demanda de servicios de salud.
- Reiterar o reforzar conocimientos, actitudes o conductas.

Los programas de comunicación en salud **no pueden:**

- Compensar la carencia de servicios de atención de salud.
- Producir cambios de conducta sin componentes programáticos que los respalden.
- Ser igualmente efectivos para resolver todos los problemas o para difundir todos los mensajes” (OPS, 1992b, p. 4).

Así, como se lo ha señalado ya antes en este documento, el Programa de Promoción de la OPS ha marcado como “estrategias globales” para la ejecución de su Plan de Acción 1992-1995 dos que, en esencia, involucran primordialmente a la comunicación como es notorio en páginas anteriores de este ensayo.

Estas advertencias son válidas por realistas pero en nada menoscaban la confianza institucional que aquí se ha destacado. Ella se va traduciendo progresivamente en hechos en la OPS y en el UNICEF.

Entre sus siete objetivos primordiales de promoción la OPS ha consignado estos dos:

- Fortalecer la capacidad de los países con respecto a la utilización de infor-

mación científico-técnica y estrategias de comunicación social y participación comunitaria. Por este medio se pretende lograr la adopción de estilos de vida configurados en conductas saludables a nivel individual y colectivo.

- Utilizar adecuadamente los medios de comunicación social como instrumentos de promoción de la salud. A ese efecto se recomiendan estrategias para mejorar la calidad de los programas de comunicación social en salud. (OPS, 1991, p. 5).

Derivativamente, al delinear sus metas para el período 1992-1995, el Programa de Promoción incluyó esta:

Fomentar en los países la formulación y ejecución de programas de comunicación social en salud orientados hacia los cambios de estilos de vida y la elevación del nivel de salud de la población. Se espera que seis países hayan logrado establecer para 1995 programas nacionales de comunicación social en salud. (OPS, 1991, p. 7).⁴¹

Más específicamente, entre sus seis líneas generales de acción el Programa ha colocado a la comunicación en primer lugar y en cada una de sus siete áreas de salud principales⁴² ha incluido provisiones de comunicación como agente de apoyo instrumental al logro de sus respectivos fines.

41 El subrayado no es del original.

42 Ellas son: (1) enfermedades no transmisibles, (2) salud de los ancianos, (3) prevención de accidentes, (4) salud mental, (5) prevención y control del uso indebido de drogas, (6) tabaco o salud y (7) salud ocular y prevención de la ceguera.

Por último, considerando a la comunicación una función longitudinal de respaldo a todas las operaciones de promoción, ha constituido orgánicamente en su estructura un Componente de Comunicación Social y le ha asignado la tarea de ayudar a los Estados miembros para que formulen políticas, estrategias y planes de comunicación para la promoción de la salud y para que mejoren su organización y recursos para ejecutarlos. "La utilización de este instrumento - anota la OPS (1991, p. 135) - permitirá a los países dar un giro más efectivo a las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante el fomento de estilos de vida saludables".

La Organización Panamericana de la Salud reitera así la certeza que ya expresara la OMS junto con el UNICEF, de que la misión lógica y fundamental de los organismos internacionales es fortalecer las capacidades de los entes nacionales que tan vasta y compleja misión de comunicación para la salud no puede ser hecha, obviamente, solo desde Ginebra o Washington. Esta perspectiva de "institution building" es laudable por realista y veraz.

Ahora bien, sea al nivel internacional o al nacional, ¿cuáles han de ser, exactamente, las estrategias primordiales de comunicación para la promoción de la salud?

Esos mismos organismos - OMS / OPS / UNICEF - aportaron, ya hace casi siete años, una respuesta que, teniendo un alcance global a la comunicación en salud, es hoy aplicable a la promoción de ella en particular. En efecto, en su estra-

tegia conjunta de 1987 señalaron estos lineamientos mayores:

- a. **abogacía⁴³ para crear el clima político y social para los cambios deseables y para la formulación de políticas sociales sustentarias y de legislación;**
- b. **movilización de redes y agrupaciones comunitarias y sociales para involucrar a la gente en acciones para la salud;**
- c. **estrategias para tratar específicamente problemas de determinadas comunidades por medio de mensajes, medios y esfuerzos educativos dirigidos a señalados públicos meta;**
- d. **movilización de recursos sociales pertinentes a todos los niveles (UNICEF-WHO, 1987a, p. 4).**

No existen definiciones universalmente aceptadas de términos como "abogacía" o "movilización social" pero se tiene entendido que ellos, especialmente el segundo, fueron surgiendo entre especialistas del UNICEF en información, educación y comunicación como resultado de ciertas acciones que tuvieron que tomar desde comienzos de los años 80 para las que las estrategias hasta entonces disponibles resultaban insuficientes.

La estrategia de "abogacía"

Al no haber equivalente exacto en español para el término inglés "advocacy" su traducción literal no es, sin duda, de uso

43 Traducción del inglés por el autor del presente documento. La del vocablo "advocacy" se ha hecho literalmente por no haber término equivalente en el idioma español.

corriente en Latinoamérica. Pero, en realidad, ella no deja de trasuntar, en un sentido general, la esencia del vocablo: abogar (defender; respaldar públicamente, argumentar en favor de alguna causa) como lo hacen los abogados. Ahora bien, puesto que hay diversas percepciones del fenómeno existen distintas definiciones del mismo. Un grupo de especialistas en comunicación de varios organismos internacionales de desarrollo, reunido en Ginebra en noviembre de 1992, propuso la siguiente definición:

La abogacía para el desarrollo es una combinación de acciones individuales y sociales diseñadas para ganar compromiso político, apoyo político, aceptación social y apoyo del sistema para una meta particular o programa (WHO, 1992, p. 2).⁴⁴

Una definición coincidente pero más claramente cifrada en la comunicación es la de Mckee (1992, p. 163): "La abogacía es la configuración de la información en argumentación a ser comunicada por varios canales interpersonales y masivos con miras a ganar la aceptación del liderazgo político y social y de preparar a la sociedad para un determinado programa de desarrollo".⁴⁵

A la luz de concepciones como estas se percibe la "abogacía" como el proceso de explicar y propiciar públicamente una causa y de persuadir a los dirigentes de la sociedad para que la hagan suya.

44 Traducción del inglés por el autor del presente documento.

45 Traducción del inglés por el autor del presente documento.

Los expertos del mencionado grupo destacaron algunos elementos en las estrategias de "abogacía comunicativa". Por ejemplo:

- La importancia de la causa por la que se quiere abogar, lo relevante que pueda ser para los principales sectores del público a los que se tratará de persuadir.
- La oportunidad con que se abogue por la causa, su ubicación adecuada en los momentos y lapsos más convenientes.
- La credibilidad de la propuesta; la información a transmitirse debe ser fehaciente.
- La validez de la información; los datos a usarse deben ser sólidamente respaldados y rigurosamente manejados por su presentación.
- La adecuación de la propuesta a las percepciones y expectativas de aquellos a quienes se busca convencer.

El grupo recomendó tomar muy en cuenta que quienes toman decisiones importantes en materia de asuntos de interés público tenderán a adoptar la proposición por la que aboga siempre que (1) lleguen a considerar la causa económica y políticamente viable, (2) sientan un grado suficiente de presión del público y de posible respaldo de sus colegas o afines, (3) los resultados de la proposición sean no solo satisfactorios sino visibles y (4) la evidencia desplegada en pro de la causa sea fuerte.

La estrategia de movilización social

Para cumplir con los ambiciosos objetivos nacidos en Alma-Ata y ser útil a las revolucionarias proposiciones de la Carta de Ottawa, la disciplina "IEC" tenía que hacer algo mayor y distinto de lo que hasta entonces sabía hacer. Cuando el UNICEF proclamó su estrategia de salud llamada "la revolución de la sobrevivencia infantil y el desarrollo" los comunicadores aprendieron dos cosas muy importantes al tratar de respaldarla. Que había que involucrar en la lucha por la salud infantil virtualmente "a todo el mundo", no solo al "público meta" y al personal de los programas de salud. Y que, dentro de ello, el apoyo universal solo resultaba posible cuando, en efecto, se lograba convencer a los líderes políticos de que la salud era "buen negocio" en lo económico y hasta en lo político. No había, pues, que apelar a ellos para rogarles ser caritativos; había que convencerles que apoyar la causa de los niños era conveniente para todos. El éxito singular alcanzado mundialmente más tarde, bajo el patrocinio del UNICEF, por medio del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) se debió, en gran parte, al fenómeno de super-promoción pública que esa entidad llegaría a entender así:

La movilización social es el proceso de conjugar a todos los posibles y prácticos aliados sociales intersectoriales para aumentar la percepción y la demanda respecto de un determinado programa de desarrollo, para ayudar en la provisión de recursos y servicios y para fortalecer la participación comunitaria en la sostenibilidad y la autoconfianza" (Mckee, 1992, p. 4).

Manifestaciones que corroboran aquella definición de esa estrategia se dieron recientemente en la Reunión de Ministros de Salud de América Latina realizada en Bogotá a fines de 1992. Entre los acuerdos que ellos adoptaron entonces estuvieron los siguientes:

- Convocar, animar y movilizar un gran compromiso social para asumir la voluntad política de hacer de la salud una prioridad. Este es un proceso tendiente a modificar las relaciones sociales de modo que sean inaceptables la marginación, la inequidad, la degradación ambiental y el estado de malestar que estas producen.
- Impulsar el concepto de la salud condicionada por factores políticos, económicos y sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos y la promoción de la salud como estrategia para modificar estos factores condicionantes.
- Convocar a las fuerzas sociales para ampliar la estrategia de promoción de la salud, supeditando los intereses económicos a los propósitos sociales a fin de crear y mantener ambientes familiares, físicos, naturales, laborales, sociales, económicos y políticos tendientes a promover la vida, no a degradarla (OPS y Ministerio de Salud de Colombia, 1992, pp. 6-7).

La Estrategia de Participación Comunitaria

Otra de las estrategias proclamadas como indispensables para aplicar la política de promoción en salud es ahora la participación de la comunidad. Y, sin embargo, parece haber consenso en que no se puede lograr desarrollo real y democrático si el pueblo no interviene en su conducción. Las políticas de salud establecidas a partir de 1978 así lo recalcan. En efecto, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en ese año en Alma-Ata, Unión Soviética, se destacó la capital importancia de la participación, a la que se definió como "el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario".

En la misma línea de pensamiento pero algo menos esquemática es esta definición no oficial:

Participación de la comunidad es el proceso de educación y habilitación⁴⁶ por el cual la gente, en asociación con aquellos que tienen capacidad para atenderla, identifica problemas y necesidades y asume por sí misma responsabilidades de planificar, manejar, controlar y evaluar las acciones colectivas que resulten necesarias (Askew, MacDonald y Lenton, 1986, citados por Mckee, 1992, p. 2).

46 Traducción del autor del presente ensayo. La palabra "habilitación" podría traducirse como "potenciamiento", pues viene de empowerment.

Con el propósito de precisar y profundizar el enunciado general la Organización Mundial de la Salud propició estudios sobre participación en Barbados, Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, Guyana, Jamaica y México. Fueron investigaciones comparativas entre proyectos de salud que se valían de tal participación y los que no lo hacían. Las dimensiones del proceso participatorio tomadas en cuenta fueron los tipos, las modalidades y la amplitud. Entre las recomendaciones principales de dichos estudios estuvo la de fomentar la reorientación y reorganización de los servicios de salud a nivel local a fin de que ajustaran sus operaciones a los requerimientos reales de las comunidades (OPS, 1984).

No siempre, sin embargo, las comunidades saben lo que necesitan y, a veces, algunas hasta tienden a preferir que el gobierno decida por ellas pues el paternalismo estatal y los hábitos de los funcionarios las tienen habituadas a la pasividad. Es de ahí que, en algunos casos, la aplicación de las políticas innovadoras y democratizantes hallan inclusive resistencia de propios y ajenos. En Filipinas, por ejemplo, se halló que algunas comunidades no estaban "... muy a gusto con este cambio de funciones y con el nuevo enfoque dado a la participación activa. Así como los profesionales encuentran dificultad en vencer la actitud de 'sabelotodo' y dejar de tomar decisiones por otros, las comunidades también tienen problemas en participar como miembros activos en el fomento de la salud. Tanto los profesionales como los no profesionales están acostumbrados al tipo de relación presta-

dor-receptor y se sienten a gusto cada uno en su papel..." (Córcega, 1985, p. 27).

Del todo opuestas a aquella reacción fueron las registradas en Bolivia al principio de la década del 80 cuando un gobierno fuertemente identificado con la base popular dio amplio paso a la intervención de las comunidades locales en la prestación de los servicios de salud. Hizo esto concertando el concurso de organizaciones de base mediante "Comités Populares de Salud" y como parte de un Programa Integrado de Área de Salud que contó con firme auspicio del UNICEF. Un asesor de este organismo manifestó que aquella resultó una experiencia de extraordinaria importancia y destacó que la estrategia fue **"...especialmente funcional para las campañas de inmunización, en donde los propios miembros de la población prestaban los servicios de vacunación (Rivera, 1987, p. 36).** Y en cuanto al papel de la comunicación en el proceso hizo notar lo siguiente:

La gente no participará a fuerza de persuadirla para que lo haga, cuando a veces lo único que tenemos para ofrecerle son largas, interminables y hasta aburridas reuniones. Si el programa de comunicación educativa no está concebido de tal forma que los padres y otras personas adultas relacionadas con los niños necesiten del proyecto y tengan un lugar en él, no participarán por mucho que se lo pidamos. El proyecto educativo tiene que impregnarse de elementos que envuelvan al conjunto de la comunidad como sujeto activo... (Rivera, 1987, p. 39).

Para estrategias latinoamericanas de comunicación educativa democrática como esta, participar es hacer, no solo reunirse para hablar; es hacerse protagonista del proceso educativo, apropiarse de un programa educativo y "... **movilizarse hacia la obtención de resultados encontrando en ese itinerario oportunidades de enriquecer los conocimientos ya poseídos con otros nuevos, de esclarecer la conciencia y de construir la propia identidad**" (Rivera, 1987, p. 43).

Experiencias similares, inspiradas por la noción de desarrollo con equidad y por las propuestas para democratizar la comunicación educativa, se están dando también en otros países de la región como Honduras, Costa Rica, Colombia y Brasil. Esto ocurre principalmente allá donde existen organizaciones populares estables y dinámicas, incluyendo agrupaciones de lucha por los derechos de la mujer. Y los organismos internacionales están percibiendo atentamente este promisor fenómeno: "El rico acervo de movimientos de organización de la comunidad en el actual entorno político de consolidación de la democracia en América Latina está manifestándose en el sector salud..." (OPS, 1992a, p. 10).

Una propuesta de armonización utilitaria

Lo revisado hasta aquí hace evidente que, en realidad, no cabe una distinción efectiva entre estrategias de promoción de la salud y estrategias de comunicación en respaldo de esa promoción. Esto es fácilmente explicable porque - salvo en el caso de objetivos que no involucren interac-

ción social⁴⁷ - la comunicación es el componente esencial y crucial de la promoción. No se puede, pues, separar a la una de la otra ni señalar elementos distintivos entre ellas, excepto que la promoción es la intención y la comunicación su agente, herramienta y vehículo. De ahí que puedan considerarse entre las principales estrategias de comunicación para la promoción de la salud a (1) la "abogacía", (2) la "movilización social" y (3) la "participación de la comunidad", todas evidentemente cifradas en "IEC".

Como se ha visto por el recuento realizado en este ensayo hay multiplicidad y diversidad de definiciones de esos tres fenómenos. Y de ahí resulta que, en la documentación sobre la salud consultada, se encuentra una variedad de términos, muchos de los cuales no lucen precisión operativa y así, en no pocas ocasiones, las mismas palabras - incluyendo "política", "estrategia" y "plan" - quieren decir diferentes cosas para distintas personas e instituciones.

Los programas de promoción de la salud no pueden obrar con eficacia en esas condiciones de imprecisión. Por eso, aun sabiendo que las definiciones únicas y de universal aceptación son muy poco posibles, parece necesario intentar algunas síntesis conciliatorias que permitan trabajar bien. De nuevo, sin pretensión académica, es posible proponer a salubristas y comunicadores definiciones que - sin ser,

⁴⁷ Por ejemplo, la reorientación y reorganización de los servicios institucionales de salud en cada país.

desde luego, perfectas ni definitivas - les sean útiles para trabajar distinguiendo, cuando menos, entre cada una de las estrategias principales disponibles hoy para la promoción. De no hacer esto, ¿cómo van a poder los comunicadores "afinar la puntería"?

Las definiciones que aquí se proponen tienen deliberadamente carácter general, no específicamente relativo a promoción en salud, pero albergan aceptablemente a esta:

"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 una causa de bien social.

"Movilización social" es la concertación, voluntaria, intensa y sostenida, de los recursos y esfuerzos de instituciones sociales claves en respaldo y provecho de un programa de acción de alta prioridad y claro beneficio para la mayoría de los ciudadanos de un país.

"Animación de la participación comunitaria" es la activación sistemática del proceso de intervención, autónoma y dinámica, de las agrupaciones básicas de la sociedad en la toma de decisiones y en la conducción, participativa o autogestonaria, de los programas de desarrollo, especialmente en cuanto a los servicios de salud y nutrición, educación y cultura, comunicación social, vivienda y transporte y protección del medio ambiente.

Se puede observar que, aunque estrecha y naturalmente relacionadas, estas definiciones se empeñan en ser mutuamente

exclusivas con el fin de resultar útiles. Esto debe permitir distinguirlas entre sí para determinar prioridades, asignar recursos y decidir quiénes deben hacerse cargo de cuáles.

Para completar el conjunto, siempre bajo el pragmatismo ya anotado, es necesario construir también breves definiciones pro-operativas de las otras dos estrategias principales al servicio de la salud. Se hará esto, ahora ~~si~~, con referencia específica a la promoción en salud. Esas estrategias - tradicionales, no innovadoras, pero no menos importantes - son la inducción al cambio en conductas individuales y la capacitación formal, que pueden definirse en estos términos:

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 para que adopten conocimientos, actitudes y prácticas propicias a la salud en todos sus aspectos.

Capacitación formal es el proceso de enseñanza - aprendizaje en aula por el cual las instituciones de salud procuran modificar la orientación, las aptitudes y el comportamiento de su personal de manera que este se ponga al día con las nuevas políticas y estrategias para la salud que ahora norman el cumplimiento de sus funciones.

La promoción de la salud cuenta, pues, hoy para cumplir sus fines con estas estrategias principales de comunicación: (1) "abogacía", (2) "movilización social", (3) "animación de la participación comunitaria", (4) "inducción de cambio en conductas individuales" y (5) "capacitación formal".

¿Cómo se relacionan tales estrategias con las misiones primordiales de los programas de promoción de la salud, por una parte, y con las funciones de "IEC" para la salud, por otra parte? Las relaciones parecen darse así:

1. La misión de fomentar los estilos de vida saludables se vale principalmente de la estrategia de inducción de cambios en conductas individuales y esta apela a la educación y a la comunicación en primer lugar y a la información en segundo lugar.
2. La misión de habilitar a la gente para que aprenda a cuidar su salud y comparta la responsabilidad de conducir los servicios de salud se vale principalmente de la estrategia de animación de la participación comunitaria y esta apela a la comunicación en primer lugar y a la educación en segundo lugar.
3. La misión de propugnar el logro de condiciones estructurales de contexto social y ambiente natural que, haciendo justicia al pueblo, viabilicen su salud, se vale principalmente de la "abogacía" y de la movilización social y cada una de estas apela en primer lugar a la comunicación.
4. La misión de reorientar, readiestrar y motivar al personal de salud para que asimile las nuevas políticas de salud y aplique las estrategias de promoción

se vale principalmente de la capacitación formal y esta apela a la educación.

Es conveniente compulsar estas proposiciones - resumidas en la siguiente página - en forma de tabla - con las correspondientes a la sección IEC del presente documento y especialmente con la tabla de la página 51. Y conviene tomar en cuenta que las misiones de la promoción pueden cumplirse consecutivamente o paralelamente y que, casi sin excepción, las tres funciones IEC pueden conjugarse sistemáticamente pero no deben mezclarse arbitrariamente.

Un artefacto conceptual como este puede constituir la base de planificación en que se cimiente racionalmente la formulación de estrategias específicas de comunicación para cada necesidad particular de promoción. En efecto, bajo el rubro de cada una de las misiones primordiales de la promoción hay un número considerable de esas posibles estrategias particulares; por ejemplo, para cada tipo de enfermedad que merece atención prioritaria. Y, a su vez, cada estrategia de comunicación se puede descomponer en subestrategias igualmente concretas, como las necesarias para ciertos públicos o para determinadas formas de prevención, etc. Solo así se puede aspirar a la eficiencia plena. Esta propuesta es, pues, simplemente un punto de partida para el refinamiento de la planificación estratégica operativa.

COMUNICACION PARA LA PROMOCION: RELACIONES ENTRE MISIONES, ESTRATEGIAS Y FUNCIONES

MISIONES PRIMORDIALES DE LA PROMOCION	ESTRATEGIAS DE COMUNICACION	FUNCIONES DE COMUNICACION EN ORDEN DE PRELACION
Fomentar estilos de vida saludables.	Inducción al cambio individual de conductas.	Comunicación Información Educación
Habilitar a la gente para que aprenda a cuidar su salud y comparta la responsabilidad de conducir los servicios de salud.	Animación de la participación comunitaria.	Comunicación Educación
Propugnar el logro de condiciones estructurales de contexto y ambiente natural que, haciendo justicia al pueblo, viabilicen su salud.	"Abogacia".	Información Comunicación
	Mobilización social.	Información Comunicación
Reorientar, readiestrar y motivar al personal de salud para que asimile las nuevas políticas de salud y aplique las estrategias de promoción.	Capacitación formal.	Educación

EL MODO Y LA ESPERANZA

Para cerrar las reflexiones de este ensayo corresponde preguntarse si, en definitiva, las estrategias de comunicación para la salud serán capaces de responder debidamente a la confianza que hoy les confieren los programas de salud. La respuesta es afirmativa con una sola condición indispensable: que los profesionales de salud brinden a esos comunicadores la comprensión, la jerarquía y los recursos

que requieren para poder servirles mejor en su noble empresa.

Hay que celebrar la alianza altruista que hoy se da entre ellos. Y hay que estar seguros de que sabrán dar un aporte decisivo a la cristalización de la esperanza de un modo digno de vivir que Bolívar alentara en pro del pueblo latinoamericano.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Academy for Educational Development (AED) (1977). The basic village education project Guatemala: Oriente region combined report 1973-1976. Washington, D.C. 112 p.
- Beltrán S., Luis Ramiro (1968). Communication and modernization: significance, roles, and strategies. Thesis for the Degree of M.S. East Lansing, Michigan State University.
- Beltrán S., Luis Ramiro (1973). National communication policies in Latin America. Paris. UNESCO. mimeo. 43 p. (COM 74/CONF. 617/2).
- Beltrán S., Luis Ramiro (1976). Políticas nacionales de comunicación en América Latina: Los primeros pasos. Nueva Sociedad (Venezuela), 25:25-34. Julio-agosto.
- Beltrán S., Luis Ramiro (1988). 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. Mimeo. 5p.
- Beltrán S., Luis Ramiro (1993a). Communication for development in Latin America: a forty years appraisal. Keynote speech at the opening of the IV Roundtable on Development Communication, organized by the Instituto para América Latina (IPAL) in Lima, Peru, on February 23-26.
- Beltrán S., Luis Ramiro (1993b). La comunicación contra el cólera en Bolivia: situación y perspectivas. La Paz. Mimeo. 97p. anexos. (Estudio realizado por la Universidad Johns Hopkins por encargo de la Academy for Educational Development-HEALTHCOM a pedido de USAID/Bolivia).
- Burusphat, L. (1975). An integrated training/motivation strategy for a national family planning program. Unpublished paper presented at the Conference on "Information, Education, Communication Strategies-Their Role in Promoting Behaviour Change in Family Planning and Population Programs", held at the East-West Communication Institute, Honolulu, Hawaii, December.
- Coleman, Patrick L. (1989). Introduction. In Coleman, Patrick L. and Rita C. Meyer, eds. The Enter Educate Conference: Entertainment for Social Change, proceedings. Baltimore, The Johns Hopkins University, Center for Communication Programs.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (1985). La pobreza en América Latina: dimensiones y políticas. Santiago de Chile. Estudios e Informes de la CEPAL No. 54.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (1990). Transformación productiva con equidad: la tarea prioritaria del desarrollo de América Latina y el Caribe en los años noventa. Santiago de Chile.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y UNESCO (1992). Educación y conocimiento: eje de la transformación productiva con equidad. Santiago de Chile.
- Contreras Budge, Eduardo (1992). Comunicación educativa para la promoción de la salud en el Paraguay. Quito, UNESCO-Oficina Regional de Comunicación para América Latina y el Caribe. Mimeo. 41 p.
- Corcega, Thelma (1985). "La tarea es de ustedes ¡No nuestra!". Revista la Educación para la Salud (Publicada por la OMS, 1:27-28.)
- Crawford, R. H. and R. Adhikarya (s.d). The use of traditional media in family planning programs in rural Java. Ithaca, N.Y., Cornell

- University, Department of Communication Arts. (Paper in Communication No. 2).
- Davison, Phillips W. and Alexander L. George (1961). An outline for the study of international political communication. In Wilbur Schramm, ed. *The process and effects of mass communication*. Urbana, Ill, University of Illinois Press.
- Development Associates, Inc. (1992a). *Manual de comunicación para programas de prevención del uso de drogas*. Arlington, Virginia. (Narcotics Awareness and Education Project.)
- Development Associates, Inc. (1992b). *Report on the status of drug abuse awareness and prevention activities in Latin America and the Caribbean*. Arlington, Virginia. (Prepared for U.S. Agency for International Development, Bureau for Latin America and the Caribbean.)
- Dhillon, H. O. and D. Tolsma (1991?). *Meeting global health challenges: a position paper on health education*. Geneva, World Health Organization-Division of Health Education, International Union for Health Education. 13 p.
- Dipp Vargas, Carlos y Franklin Alcaraz del Castillo (1990). *La prevención integral del uso indebido de drogas: el modelo boliviano*. La Paz, Comité Nacional de Prevención Integral del Uso Indebido de Drogas-CONAPRE. 92 p.
- Epp, Jake (1986). *Achieving health for all: a framework for health promotion*. Ottawa, Ministry of Health and Welfare. 13 p.
- Feterbaum, S. (1978). *The tri-coloured strip and other health promotion*. Ottawa, Ministry of Health and Welfare. 13 p.
- Ferrando, Delicia (1992). *Trabajo interdisciplinario*. En OEA-CIESPAL. *Comunicación contra las drogas: evaluación de campañas en América*. Quito, CIESPAL. pp. 43-55.
- First International Conference on Health Promotion (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*, 1: iii-v.
- Gish, O. (1977). *A planning strategy for primary health care*. Ann Arbor, School of Public Health, University of Michigan. (Working paper for UNICEF.)
- Gómez, Paulina (1992). *Promoción de la salud*. Washington, OPS-Programa de Promoción de la Salud. 17 p.
- Gordon, Gill y Tony Klouda (1990). *La prevención del SIDA y la planificación familiar*. New York, Federación Internacional de Planificación de la Familia-Región del Hemisferio Occidental.
- Green, Lawrence W. (1979). National policy in the promotion of health. *International Journal of Health Education*, 22: 161-168.
- Green, Lawrence W. and Simons-Morton, B.G. (1988). *Educación para la salud*. México, D.F., Interamericana. 465 p.
- Green, Lawrence W. and Kreuter, Marshall W. (1991). *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Mountain View, USA, Mayfield. 2nd. edición. 43 p.
- Herrera, Amílcar O., et al. (1976). *Catastrophe or new society?: a Latin American world model*. Ottawa, International Development Research Centre (IDRC-004e).
- John Snow, Inc. (1991). *Estrategia de IEC*. Cochabamba, Bolivia, Proyecto Mother Care. Mimeo.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, Government of Canada.
- Lerner Stein, Roberto (1989). *Balance de una campana masiva*. Chasqui (Ecuador). 29/30:72-75.
- Ling, Jack (1985). *Un medio para la educación continua*. En *Revista La Educación para la Salud* (publicada por la OMS). No. 1-4.

- McAlister, A. (1975). Helping people quit smoking: current progress. In Enelew ed. *Applying behavioral science to cardiovascular risk*. Bethesda, Maryland, National Heart and Lung Institute Report. pp. 147-165.
- McKee, Neil (1992). *Social mobilization & social marketing in developing communities: lessons for communicators*. Penang, Southbound. 204 p.
- Maccohy, N., J. Farquhar, et al. (1977). Community education for cardiovascular health. *The Lancet*, 1: 1192-1195.
- Mabler, H. (1985). Un mensaje del Director General de la Organización Mundial de la Salud. En *Revista La Educación para la Salud* (Publicada por la OMS), No. 1:3-4.
- Ministerio de Comunicaciones de Colombia y otros (1992a). Política nacional de comunicación para la superación del problema de la droga. Santa Fé de Bogotá. Mimeo. 15 p. (Proyecto: Comunicación para la Superación del Problema de la Droga.)
- Nakajima, Hiroshi (1988). WHO Director-General urges "grand alliance" for health education. En WHO Press, August 26. (Press Release WHO/32.)
- National Health and Welfare Canada (1990). Challenges for health promotion: prevention of noncommunicable diseases: a WHO-CINDI Technical Workshop. Toronto, Canada, June 24-26. Ottawa.
- Nondasuta, Anon (1985). El programa de actividades de nutrición para un pueblo de Tailandia: nuevo enfoque de la educación para la salud. *Revista La Educación para la Salud* (Publicada por la OMS), 1:21-26.
- O'Donnell, M.P. (1989). Definition of health promotion: Part III: expanding the definition. *American Journal of Health Promotion*, 3:5.
- OEA/CICAD-Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (1991a). El programa de CICAD. Washington, D.C. Mimeo. 8 p. (Documento presentado en el Décimo Período Ordinario de Sesiones, Washington, D.C., octubre 22-25.) (OEA/Ser.L/XIV.2.10.) (CICAD/INF.44/91.)
- OEA/CICAD-Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (1991b). Programa Interamericano de Quito: la educación preventiva integral contra el uso indebido de drogas. Washington, D.C. Mimeo. 10p. (Documento presentado en el Décimo Período Ordinario de Sesiones, Washington, D.C., octubre 22-25.) (OEA/Ser.L/XIV.2.10.) (CICAD/INF.45/91.)
- OEA/CICAD-Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (1991c). Declaración y programa de acción de Ixtapa. Washington, D.C. Mimeo. 8 p. (Documento presentado en el Décimo Período Ordinario de Sesiones, Washington, D.C., octubre 22-25.) (OEA/Ser.L/XIV.2.10.) (CICAD/INF.46/91.)
- OEA/CICAD-Inter American Drug Abuse Control Commission (1993). Progress of the CICAD Program: CICAD's demand reduction activities. Application of the Inter-American Program of Quito: Comprehensive Education to Prevent Drug Abuse, and Community Mobilization to Prevent Drug Abuse. Washington, D.C. Mimeo. 6p. (Document presented at the Thirteenth Regular Session, San José, Costa Rica, March 9-12.) (OEA/Ser.L/XIV.2.13.) (CICAD/doc.478/93.)
- OEA-CIESPAL (1992). Comunicación contra las drogas: evaluación de campañas en América. Quito, CIESPAL. 430 p. (Colección "Encuentros".)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES) (1982). *Comunicaciones para la salud: lec-*

- turas seleccionadas. Washington, D.C., OPS-Programme for the Control of Diarrhoeal Diseases
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1984). Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas: análisis de estudios de casos seleccionados. Washington, D.C. (Publicación Científica no. 473.)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1990). Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la Organización Panamericana de la Salud en el cuatrienio 1991-1994. Washington, D.C. Mimeo. 30 p. (CE105/24 Esp.)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1990a). Informe del Director: Cuatrienal 1986-1989. Anual 1989. Washington, D.C. 166 p. (Documento Oficial no. 234.)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1990b). Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la Organización Panamericana de la Salud en el cuatrienio 1991-1994. Washington, D.C. (CE105/24 Esp.)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1991a). Plan de acción 1992-1995. Washington, D.C. 148 p. (IUPA/HPA/1.91.)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1991b). La salud materna un perenne desafío. Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1991c). Boletín Epidemiológico de la OPS, 12, No. 3.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1991d). Decimoséptima Reunión del Comité Ejecutivo del Consejo Directivo/ Subcomité de Planificación y Programación. Washington, D.C. 2-4 de diciembre. (SPP17/G Esp.)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1991e). Informe anual del Director: 1990. Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Ministerio de Estado para la Promoción de la Mujer de Venezuela (1991). "Estrategias de comunicación, educación y participación de la mujer para la prevención del cáncer de cuello uterino". Washington, D.C., OPS. (Documento final del taller sobre el tema realizado en Caracas, Venezuela, del 10 al 12 de julio.)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1992a). Implementación de la estrategia de promoción de la salud en la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 35 p.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1992b). Manual de comunicación social para programas de salud. Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1992c). Declaración de San José "Comunicación para la Salud". Washington, D.C. 6 p.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Ministerio de Salud de Colombia (1992). Promoción de la salud y equidad: Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, realizada en Santa Fe de Bogotá del 9 al 12 de noviembre. Washington, D.C. 8 p.
- Philp, Lois (1985). Un día con Hafeeza en las Maldivas. Revista la Educación para la Salud (Publicada por la OMS), 1:15-20.
- PNUD (1990). Desarrollo sin pobreza. II Conferencia Regional sobre la Pobreza en América Latina y el Caribe. Quito.
- Proyecto contra el SIDA (1993a). Lineamientos para la estrategia de alcance. La Paz, Componente IEC. Mimeo. 13 p.
- Proyecto contra el SIDA (1993b). Lineamientos para la estrategia de consejera. La Paz y Santa Cruz, Componente IEC. Mimeo.
- Rasmuson, Mark R. y otros (1988). Comunicación para la salud del niño.

- Washington, D.C., Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Dependencia de Ciencia y Tecnología, Oficina de la Salud y Oficina de Educación. (HEALTHCOM, Proyecto realizado por la Academia para el Desarrollo con The Annenberg School of Communications.)
- Revista *La Educación para la Salud* (1985). (Publicada por la OMS). 1:5-8.
- Rivera Pizarro, Jorge (1987). *Comunicación educativa para el desarrollo infantil: conceptos y estrategias*. Bogotá. Mimeo. 90 p. (Documento preparado por encargo de UNICEF.)
- Risopatrón, Felipe (1985). *Comunicación interpersonal y uso de micromedios en programas y campañas de comunicación social*. Mimeo. 5p. (Extracto tomado del Informe Final "Seminario Internacional de Comunicación en Programas de Salud", realizado en Buenos Aires del 20 al 23 de mayo.)
- Shutt, M. (1976). *USAID experience in the development and evaluation of integrated health delivery systems*. Paper presented at the 104th Annual Meeting of the American Public Health Association. October 19.
- Sidel, V. and R. Sidel (1975). *The health care delivery system of the people's Republic of China*. In Newell, ed. *Health by the people*. Geneva, World Health Organization. pp. 1-12.
- Sigerist, H.E. (1941). *Medicine and human welfare*. New Haven, Yale University Press.
- Sigerist, H.E. (1946). *The university at the crossroads*. New York, Henry Schuman.
- Solomon, Douglas et al. (1979) *The role of communication in health*. Stanford, Stanford University, Institute for Communication Research. Mimeo 111p. (This work was performed under contract ra-C-1472 with the Development Support Bureau -Office of Education and Human Resources- of the United States Agency for International Development.)
- Terris, Milton (1986). *What is health promotion*. *Journal of Public Health Policy*, 7:147-151.
- World Health Organization (WHO) (1983). *New policies for health education in primary health care: report on the technical discussions of the Thirty-six World Health Assembly*. Geneva. (A36/Technical Discussions/4.)
- World Health Organization (WHO) (1988). *Fact sheets: health education: achievements and challenges*. Geneva. (Presented at the XIII World Conference on Health Education. Houston, Texas, August 28-September 2.)
- World Health Organization (WHO) (1992). *Advocacy strategies for health and development: development communication in action. A report of the Inter-Agency Meeting on Advocacy Strategies for Health and Development: Development Communication in Action*, Geneva, 9-13 November. Draft (HED/92.5).