

---

**LA SALUD PÚBLICA**

**Y**

**LA COMUNICACION SOCIAL**

**Luis Ramiro Beltrán S.**  
Consejero Regional de JHU para América Latina

**TALLER DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO DE COMUNICACION EN SALUD REPRODUCTIVA**

Quito, 15 de enero al 3 de febrero de 1995

---



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

Simón Bolívar

*"Realizar la esperanza,  
vivir en paz con dignidad,  
es el compromiso que asumimos"*

Ministros de Salud de Latinoamérica

*"Esta tarea no ha tenido prioridad  
porque los más gravemente afectados  
son las personas más pobres  
y las menos influyentes del mundo"*

UNICEF

*"Si a las poblaciones previstas  
no se les consulta, informa, educa y moviliza,  
aún los programas mejor diseñados  
están condenados al fracaso  
o producirán los resultados más magros"*

UNICEF-OMS

## COMUNICACIÓN PARA EL DESARROLLO NACIONAL

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 justamente en esa década 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 fundamental de todas las personas, esas políticas tienden a sacar el cuidado de ella de los consultorios y hospitales para ponerlo 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, por una parte que, 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 universal 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 éstos 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.

Numerosos estudios en países de varias partes del mundo demostraron, a partir de fines de la década de 1950, que existe una **correlación** estrecha entre la **comunicación social** y el **desarrollo nacional** entendido como la transición de la sociedad tradicional a la moderna sobre las bases del crecimiento económico y el avance material de un país.

A partir de esa comprobación, se planteó la idea de que el papel de la comunicación como **agente propiciador de desarrollo** podía ser robustecido y ampliado para ayudar a los países rezagados a alcanzar el pleno desarrollo. De ahí nació, como un decenio después de que la práctica había comenzado, la teorización sobre el fenómeno de "**comunicación para el desarrollo**"

- como **proceso de intervención** para el cambio social modernizante y
- como una **nueva especialidad** en el campo de la comunicación social entendida como actividad profesional.

### ACEPCIONES PRINCIPALES

"**Comunicación para el Desarrollo**" es un término de alcance genérico universal por la amplitud de su sentido. En América Latina envuelve tres conceptualizaciones, dos de origen externo a la región y una nativa de ella. Son, en ese orden, las siguientes:

**Comunicación de desarrollo** es el uso de los medios masivos para crear en el público una atmósfera favorable al cambio de comportamiento, que se considera indispensable para que las sociedades tradicionales y atrasadas se conviertan en modernas y adelantadas por medio de la innovación tecnológica y del crecimiento económico.

**Comunicación en apoyo al desarrollo** es el empleo planificado y organizado de medios masivos, interpersonales y mixtos como instrumentos claves para el logro de las metas de programas y proyectos institucionales en favor del desarrollo nacional.

Comunicación alternativa para el desarrollo democrático, es la expansión del acceso del pueblo al proceso de comunicación y su participación equitativa en éste no sólo como receptor de mensajes sino también como emisor de ellos, por medios masivos y de grupo, y con el fin de lograr, además de la prosperidad material, la justicia social, la libertad para todos y el gobierno de la mayoría.

La afinidad y la concordancia que hay entre las primera y la segunda de estas definiciones han hecho que a menudo se involucre a ambas bajo el sólo rótulo genérico de "comunicación para el desarrollo". De esta manera, la tercera definición quedaría en un rubro aparte que podría entenderse como "comunicación para el desarrollo democrático". Este taller sólo se ocupará de la primera de estas dos categorías mayores, la de "comunicación para el desarrollo" (con su par de subtérminos) por ser esta la que, en la práctica, alberga principalmente en su seno a la comunicación educativa para la salud.

## ORIGEN DE LA "COMUNICACION PARA EL DESARROLLO"

Entendida como proceso social y como disciplina profesional, la **comunicación para el desarrollo** se originó en los Estados Unidos al término de la Segunda Guerra Mundial y comenzó a practicarse en Latinoamérica a partir del último tercio de la década de 1940, alrededor de una década antes de que naciera teoría alguna sobre ella. La contienda obligó a aquel país a desarrollar técnicas de comunicación tanto para contrarrestar la propaganda enemiga como para capacitar rápidamente a reemplazantes de los soldados en el desempeño de puestos de agricultura, industria y servicios civiles. Tras la victoria aliada sobre el nazifacismo, ese aprendizaje fue transferido a otras partes del mundo por medio de los organismos gubernamentales de asistencia técnica y financiera al exterior. En virtud de legislación especial, el gobierno de Estados Unidos instituyó en América Latina primero servicios cooperativos con varios gobiernos nacionales para programas de desarrollo en agricultura, salud y educación; estos crearon los primeros órganos de comunicación para educación no formal y técnica en la región, o sea: las primeras unidades de comunicación para el desarrollo. Mas tarde ese gobierno establecía también en unos cuantos países de la región centros de producción audiovisual y, al nivel regional, programas de capacitación para comunicadores al servicio del desarrollo, además de ofrecer becas de perfeccionamiento en su propio territorio.

Así surgieron paralelamente tres subdisciplinas de la disciplina de comunicación para el desarrollo:

- **INFORMACION DE EXTENSION AGRICOLA**
- **EDUCACION AUDIOVISUAL**
- **EDUCACION SANITARIA**

Sustentados por USAID, así como por UNESCO, FAO y UNICEF, los programas de información de Extensión y Educación Audiovisual se difundieron crecientemente en los años del 50, alcanzaron su auge en los del 60 y fueron declinando en los del 70 hasta desaparecer casi del todo en los 80.

Comparativamente, la Educación Sanitaria, por lo menos en la región latinoamericana, no alcanzó avance y consolidación comparables con las de las otras dos subdisciplinas, pero logró en unos cuantos países de ella establecerse como una especialización de la carrera de pedagogía e institucionalizarse en algunos de los Ministerios de Salud. Sin embargo, a pesar de ser apuntalada por la Organización Mundial de la Salud, esta subdisciplina pareció irse debilitando ya desde los años 70 debido en parte a su confinamiento a ambientes intramurales.

A partir de principios de la década del 80, la Educación Sanitaria comenzó a ser superada por una nueva subdisciplina similar que cobró importancia rápidamente y se muestra dinámica y en progreso en la presente década. Ella es la "comunicación para la salud" que muestra por lo menos tres ventajas principales sobre su predecesora:

- el mayor y mejor empleo de medios masivos sin desmedro de los interpersonales;
- la tendencia a someter la producción de mensajes a un régimen de continua y rigurosa programación que va desde la investigación del público hasta la evaluación de los efectos de los mensajes en la conducta de éste;
- y la facilidad de acceder a formatos participatorios derivados de la experiencia práctica y del avance teórico ganadas por décadas en Latinoamérica en cuanto a comunicación dialógica y democratizante.

En 1982 un comité internacional de educadores sanitarios convocado por la OMS admitió que era esencial revisar y, si necesario, remozar los métodos de trabajo de ellos para ayudar eficazmente a alcanzar la meta de "salud para todos en el año 2000". Acordaron, para ello, fomentar la intervención activa de la comunidad en la atención de la salud primaria.

En 1988 el Director General de la OMS, Dr. Hiroshi Nakajima, dijo a los asistentes a una Conferencia Mundial sobre Educación en Salud, refiriéndose a la necesidad de conseguir la participación popular en el manejo de la salud pública, estas palabras: "Yo desafío a cada uno de ustedes a probar la valía de su profesión en este emprendimiento".

Pero aún a la altura de 1992 no parecía producirse la evolución apetecida, según lo señalara en Estados Unidos el médico salubrista y educador sanitario Milton Terris:

" 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...."

## ¿ QUE ES LA COMUNICACION PARA LA SALUD ?

En un sentido general, la COMUNICACION PARA LA SALUD consiste en la aplicación planificada y sistemática de medios de comunicación al logro de comportamientos activos de la comunidad compatibles con las aspiraciones expresadas en políticas, estrategias y planes de salud pública.

Específicamente:

- Vista como proceso social, la comunicación para la salud es un mecanismo de intervención para generar, a escala multitudinaria, influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública.
- Vista como ejercicio profesional, la comunicación para la salud es el empleo sistemático de medios de comunicación individuales, de grupo, masivos y mixtos, así como tradicionales y modernos, como herramientas de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales al cumplimiento de los objetivos de los programas de salud pública.

Esos **objetivos** para la acción son enunciados en instrumentos básicos de programación institucional. Ellos son:

- las **POLITICAS**,
- las **ESTRATEGIAS** y
- los **PLANES**

que buscan normar el desempeño de los organismos, públicos y privados, comprometidos con el componente salud de la lucha por el desarrollo nacional, por su intermedio, lograr que la población adopte conductas propicias al cuidado eficaz de su salud.

Es evidente por tanto, que para poder servir instrumentalmente a esos objetivos de salud, el comunicador tiene que familiarizarse con las políticas, las estrategias y los planes de salud pública a que se suscribe la entidad en que él trabaja.

En un sentido formal y estricto, tales instrumentos programático-normativos existen en América Latina sólo desde hace relativamente poco tiempo, no mucho mas de veinte años, y no siempre son tan explícitos y precisos como para que resulte fácil apuntalarlos por medio de la comunicación. **Pero el comunicador debe empeñarse en identificarlos pues su labor debe sujetarse a lo que las autoridades de salud quieren obtener de la gente.**

## **LAS POLITICAS DE SALUD**

**Una POLITICA NACIONAL DE SALUD es un conjunto de principios, normas y aspiraciones institucionales sobre el comportamiento de la población de un país en materia del cuidado de la salud pública.**

Las políticas nacionales (en el sentido de ser generales o globales) de salud sólo existen en América Latina a partir de la década de 1970. En la mayoría de los casos, ellas han sido enunciadas por acuerdos internacionales multigubernamentales y transferidas para su aplicación, a veces con adaptaciones, a la esfera de acción en cada país signatario de esos entendimientos.

Las principales políticas de salud vigentes a la fecha en la región son cuatro:

- **UNIVERSALIZACION DE LA SALUD COMO UN DERECHO FUNDAMENTAL.**
  
- **PROMOCION HABILITADORA DE LA COMUNIDAD PARA LA CONDUCCION DE PROGRAMAS DE SALUD.**
  
- **PRIORIZACION MAXIMA DE LA SALUD DE LA INFANCIA.**
  
- **ELIMINACION DE LA INEQUIDAD DETERMINANTE DE LA MALA SALUD DE LAS MAYORIAS.**

El contenido central de cada una de esas políticas se sintetiza, acompañado por datos de lugar y año de origen, en el cuadro que va a continuación.

SINTESIS DE LAS PRINCIPALES POLITICAS DE SALUD PARA AMERICA LATINA

DOCUMENTO ENUNCIATIVO	AÑO	ESENCIA DEL PLANTEAMIENTO	RESUMEN DE LO PRIMORDIAL DEL ENUNCIADO
<u>Declaración de Alma-Ata</u> firmada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud patrocinada por la OMS y el UNICEF.	1978	Universalización de la salud como un derecho fundamental.	<p>La salud es un derecho humano universal y fundamental. Individual y colectivamente la gente tiene el derecho - y también el deber - de participar en la planificación y en la ejecución de los servicios de salud pública.</p> <p>La clave para hacer plenamente efectivo y generalizado ese derecho es la prestación a todos de servicios de atención primaria, * la que es mucho más preventiva que curativa.</p>
<u>Carta de Ottawa</u> firmada en la ciudad canadiense del mismo nombre como corolario de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud.	1986	Promoción habilitadora de la comunidad para la <b>c o n d u c c i ó n</b> de programas de salud.	<p>Hay que habilitar a la gente para que aumente su intervención contralora y ejecutora sobre la prestación de servicios de salud pública y para que contribuya al mejoramiento de ellos mediante la participación comunitaria. Para lograr un adecuado estado de salud física, mental y social, el individuo y la comunidad deben desarrollar sus capacidades para identificar sus necesidades, definir sus aspiraciones y aportar al logro de ellas. Deben también cambiar sus comportamientos para adaptarse a variaciones en su medio ambiente.</p> <p>Se deben fomentar en la gente estilos de vida saludables en sí mismo. Pero, además, hay que forjar las condiciones contextuales sin las que no puede haber salud para el pueblo: por una parte, alimento, albergue y empleo, así como educación, un ecosistema estable y recursos sostenibles; y por otra parte, justicia, equidad y paz.</p>

\* La Trigésima Cuarta Asamblea Mundial de la Salud acordó en 1981 que la salud para todos debía ser alcanzada hasta el año 2000.

<p>Declaración y Plan de Acción de la <u>Cumbre Mundial de la Infancia</u> auspiciada por el UNICEF en New York</p>	<p>1990</p>	<p>Priorización máxima de la salud de la infancia.</p>	<p>En la lucha contra el subdesarrollo la prioridad máxima debe darse a las necesidades básicas de los niños, comenzando por su salud.</p> <p>La supervivencia y el desarrollo infantil deben gozar de marcada prelación sobre todas las demás necesidades de salud y de educación de la población. Y los gobiernos deben sostener esa preferencia en los buenos tiempos y en los malos tiempos.</p>
<p>Declaración de la <u>Conferencia Internacional de Promoción de la Salud</u> patrocinada por la Organización Panamericana de la Salud en Bogotá, con asistencia de los Ministros de Salud de la región.</p>	<p>1992</p>	<p>Eliminación de la inequidad que determina la mala salud de las mayorías.</p>	<p>No sólo que no se ha logrado satisfacer las necesidades básicas de salud de la población sino que el deterioro de aquella tiende a acentuarse debido a las políticas de ajuste económico y a la reducción del gasto social. Para alcanzar la salud prevista para todos se hace inaplazable el corregir las desigualdades de todo orden que restringen al derecho del pueblo para acceder al bienestar. "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..."</p>

## LA PROMOCION: UNA INNOVACION REVOLUCIONARIA

La posibilidad de aplicar todas esas políticas depende en grado significativo de la capacidad de los países en materia de comunicación para la salud. Esto es particularmente cierto en el caso de la **política de promoción** porque ella plantea un complejo cuadro de profundos cambios de comportamiento tanto por parte de la masa de público a que deben llegar los servicios como respecto de los propios proveedores de éstos.

Las raíces de la actual política de promoción de la salud se remontan a la primera mitad de la década de 1940. En ese período un visionario historiador de la medicina, el doctor **HENRY SIGERIST**, planteó en Estados Unidos de América la precursora idea de que, más que depender de la medicina, la salud del pueblo está cifrada en que se proporcione a éste lo siguiente:

- condiciones decorosas de vida y de trabajo,
- educación libre, y
- medios adecuados de reposo y recreación.

A la tarea de lograr el acceso de toda la gente a estos tres beneficios básicos Sigerist llamó "**promoción de la salud**" y la consideró la mision primordial de la medicina. Por tanto, reconoció a la política de prevención el segundo lugar de importancia. Y situó a la política de curación ("restauración y rehabilitación") en el último lugar pues, en su criterio, ésta solo debía aplicarse en el caso de fallar la política de prevención.

Esta filosofía sobre la salud pública proponía hacer todo lo contrario de lo que hasta entonces se entendía que debía hacerse. Tradicionalmente, se entendía por salud nada más que la ausencia de enfermedad y ésta era percibida como un problema de orígenes puramente físico-biológicos. El corolario lógico de esa visión era la curación de enfermedades o heridas para evitar la muerte. Y esta misión era vista como correspondiente sólo a los profesionales de medicina y a sus auxiliares técnicos en relación únicamente individual con los enfermos, a quienes se llamaría "pacientes" y de quienes los médicos esperaban sólo pasiva obediencia.

Ya en 1947, a poco de haber sido fundada por las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud pareció recoger el espíritu innovador arriba anotado al formular esta definición: "**La salud es un bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades**". Pero, lamentablemente, este principio iría a quedar confinado por muchos años al nivel meramente declarativo.

Como muchas de las ideas nuevas y audaces, la de la promoción de la salud fue ignorada y sigue siendo resistida en Estados Unidos y en el resto del mundo. Sólo hace como un par de décadas que algunos médicos, especialmente los dedicados a la joven disciplina de la salubridad pública, se sumaron activamente a la noción de que mas vale prevenir que tener que curar y se dieron cuenta de que esto conllevaba la educación de la gente para que cuidase su salud. Pero, con pocas y modestas excepciones, hasta la fecha esa tendencia parece más tolerada que propiciada. Anclada en el hábito de muchos años y en la conveniencia mercantil, la política curativa sigue prevaleciendo. La formación profesional médica, la orientación de los funcionarios del sector salud, la asignación de recursos y los programas de servicio siguen obedeciendo fundamentalmente a esa mentalidad tradicional. Y ello se refleja claramente en los gastos. En Estados Unidos, por ejemplo, del gasto anual de 300 mil millones de dólares se aplicaba a lo curativo el 98% hasta hace diez años.

### CONCEPCIONES INNOVADORAS

Fue en la propia Norteamérica, sin embargo, donde surgieron planteamientos en favor de la prevención que irían a contribuir, además a ir forjando la política de promoción como se la conoce hoy. En efecto:

- En 1974 se publicó en Canadá el **INFORME LALONDE** que trazó una nueva perspectiva sobre la salud pública en ese país. Abandonando la noción de la medicina como única fuente de protección de la salud, el estudio propuso en su reemplazo al concepto mas amplio de "**campo de salud**" integrado por la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la atención médica. Sostuvo este informe muy claramente que lo preventivo debía primar sobre lo curativo. Y recomendó la **promoción de la salud**, especialmente por medio de la educación y la recreación, como la clave para la acción innovadora.

- En 1979 se publicó en Estados Unidos de América el **INFORME DEL DIRECTOR GENERAL DE SALUD SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD**. Este documento trasuntó la desusada posición que adoptara a partir de entonces el gobierno de ese país en favor de la **promoción de la salud** definida principalmente en términos de cambios en los estilos de vida, prevención de enfermedades y protección contra amenazas del medio ambiente.

Pocos años después, este tipo de planteamientos irían a ser albergados también por organismos internacionales del campo de la salud pública. En 1984 el Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. H. Mahler, dirigió a sus colaboradores un mensaje en el que se destacaron afirmaciones como ésta:

**"La salud mundial solo mejorará cuando los propios interesados participen en la planificación, aplicación y toma de decisiones sobre su propia salud y sobre la atención de la salud... El personal de salud debería aprender en primer lugar a actuar como "mediador" de las actividades de individuos, familias y comunidades..."**

Afirmaciones como esas llegaron a cuajar en una declaración de nivel mundial cuando se firmó en 1986 la CARTA DE OTAWA, que ya se ha mencionado, mediante la cual se adoptó la POLÍTICA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD que fue descrita en ese año por el Ministro de Salud y Bienestar del Canadá, Jake Epp, 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. Ella supone fomentar la participación pública, fortalecer los servicios comunitarios de salud y coordinar políticas saludables. Más aun, quiere decir crear ambientes propicios a la salud, en los que la gente se haga mas capaz de cuidarse y de ofrecerse entre sí apoyo para resolver y manejar problemas colectivos de salud".**

---

Otro Director General de la Organización Mundial de la Salud, el Dr. H. Nakajima, corroborando el espíritu de la declaración de Ottawa, sostuvo públicamente en 1988 la convicción de que ".....la salud es producto de la acción social y no un mero resultado de la atención médica...."

Hay en enunciados como éstos implicaciones de diversos y sustantivos cambios en el comportamiento de la gente en general y del personal de los servicios médicos en particular. Por eso es que la **política de promoción de la salud es la que mas demanda del apoyo de la comunicación social para poder ser aplicada**. Y es que, sin duda, **sin recurrir a la comunicación no pueden lograrse esos cambios apetecidos**.

La Organización Panamericana de la Salud, dependiente de la OMS, estableció en octubre de 1991 un **Programa Regional de Promoción de la Salud** para propiciar la aplicación de la política promotiva fomentando estilos de vida saludables, estimulando la participación social en el manejo de los programas de salud pública y dando énfasis en éstos a la orientación preventiva. Consciente de la importancia instrumental de la comunicación para alcanzar tal propósito, la OPS se propuso también ayudar a fortalecer la capacidad comunicativa de aquellos programas.

### **PRIORIDADES PROGRAMATICAS**

Para intensificar la aplicación de la política de promoción, la OPS formuló un **Plan de Acción para 1992 - 1995** que dio primera prioridad a:

- **la FARMACODEPENDENCIA**
  
- **la SALUD DE LOS ANCIANOS y**
  
- **la SALUD MENTAL**

Prioridad menor fue asignada a estas otras áreas programáticas:

- las enfermedades crónicas no transmisibles (como las cardiovasculares y las cancerosas),
- el tabaquismo,
- las muertes por accidentes, y
- la ceguera

En procura de asegurar el cumplimiento de la meta "salud para todos en el año 2000" en los países andinos, el Convenio Hipólito Unánue fomenta un esfuerzo especial, llamado **Cooperación Andina de Salud**, bajo estas prioridades estratégicas:

- MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD, ESPECIALMENTE LOS DE NIVEL LOCAL COMUNAL
- PROTECCIÓN A LA SALUD MATERNO-INFANTIL
- CONTROL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, COMO EL CÓLERA, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA
- SANEAMIENTO AMBIENTAL, CON ENFASIS EN PROVISIÓN DE AGUA POTABLE, SANEAMIENTO DE AGUAS SERVIDAS Y ELIMINACIÓN DE EXCRETAS

El UNICEF patrocinó en New York en 1990 un encuentro de líderes mundiales (152 entre presidentes, reyes, primeros ministros y altos delegados). Llamada **Cumbre Mundial por la Infancia**, esta reunión de gobernantes, que representaban a un 90% de la población mundial, produjo una Declaración, e instrumental a ella, un Plan de Acción para el último decenio del presente siglo. Entre las metas que marca ese plan para ser alcanzadas hasta el año 2000 sobresalen éstas:

- REDUCIR, EN COMPARACIÓN A 1990, LA TASA DE MORTALIDAD DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO EN UNA TERCERA PARTE O A UN NIVEL DE 70 POR MIL NACIDOS VIVOS, SI ESTO REPRESENTA UNA MAYOR REDUCCIÓN.
- REDUCIR LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA EN UN 50% RESPECTO DEL NIVEL DE 1990.
- REDUCIR LA TASA DE MALNUTRICION GRAVE Y MODERADA ENTRE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN 50% RESPECTO DEL NIVEL DE 1990.
- DAR ACCESO A TODOS EL AGUA APTA PARA EL CONSUMO Y A LOS SERVICIOS DE ELIMINACIÓN DE EXCREMENTOS.

## 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 en el más cruento, agobiante e injusto. Sometido a privación extrema, el ser humano puede sobrevivir en vivienda precaria y vivir con escasa educación. Pero no puede subsistir sin nutrirse siquiera mínimamente ni puede vivir digna y productivamente sin gozar de salud. La salud y la nutrición son, por tanto, el requisito sine qua non para alcanzar el desarrollo económico y social y un derecho fundamental de todas las personas. Y, sin embargo, ellas todavía constituyen en Latinoamérica privilegios de minorías.



Algunos datos recientes - 1990 a 1994 - son indicadores suficientes de esa deplorable realidad y muestran que metas de salud como las que se han reseñado brevemente en este documento aún no parecen cercanas a ser alcanzadas mientras, por otro lado, han reaparecido o surgido nuevas afecciones. Por ejemplo:

- En 1992 la OPS estimaba, en conjunto, en 700,000 las muertes anuales en la región que hubieran podido evitarse de haber "voluntad política y una reorientación de los recursos".
- Hay persistencia o exacerbación de endemias devastadoras como el cólera, la malaria y la tuberculosis.
- Se incrementa la incidencia de enfermedades como las cardiovasculares y el cáncer. Solo por cáncer del cuello uterino mueren cada año entre 20.0000 y 30.000 mujeres.
- El SIDA muestra un crecimiento acelerado en la región. El número de casos notificados hasta 1988 había sido de 15.267. La cifra correspondiente al año 1989 era de 9.818 y para 1994 ella había llegado a 15.255. El total acumulado de casos para el período fué de 102.610 y el total de defunciones, de 42.616
- Han surgido nuevas enfermedades, que se derivan del deterioro ambiental.
- La creciente incidencia de accidentes, de la adicción a drogas prohibidas y de la violencia familiar son actualmente otros factores de preocupación en cuanto a la salud pública en América Latina.

- En 1994 el UNICEF afirmaba que en Latinoamérica y el Caribe 585.000 niños y niñas menores de cinco años de edad continuaban muriendo injustificadamente cada año. Esto significaba una tasa de 50 fallecidos por cada mil nacidos vivos, cinco veces más alta que la de los países desarrollados. La entidad estimaba que 68% de los infantes fallecidos habían padecido desnutrición y que 23% de los que sobrevivieron eran también desnutridos.
- El UNICEF indicaba también entonces que un cuarto de los niños menores de cinco años padecían anemia por deficiencias de hierro y un quinto de ellos sufrían carencia de vitamina A.
- Las principales causas de muertes infantiles en la región son tres: afecciones perinatales (187,000 defunciones), infecciones intestinales (111,000 defunciones) e infecciones respiratorias agudas (82,000 defunciones). Otro factor que da importante aporte a la elevada mortalidad infantil es la frecuencia excesiva de partos.
- La prevalencia del bocio evidente por insuficiencia de yodo entre niños de 6 a 11 años de edad alcanza al 15%, un nivel prácticamente igual al del Africa Subsahariana.
- Pese a la disponibilidad y bajo costo de las sales para terapia de rehidratación oral, todavía cuando menos en un tercio de los casos de diarrea en niños menores de cinco años no se apela a este recurso que hace posible salvar millares de vidas con relativa facilidad.

- Hay en la región cerca de 20 millones de niños menores de cinco años afectados por la desnutrición proteino-energética (bajo peso y baja talla) que puede estar relacionada con las muertes de niños de esa edad cuando menos en dos tercios del total.
- La tasa de mortalidad materna era de 180 por 100,000 nacidos vivos, lo cual representaba 21.000 madres muertas cada año "por razones completamente controlables" según el UNICEF.
- Aunque la tasa total de fecundidad ha disminuido muy considerablemente entre 1960 y 1992 (de seis a tres hijos por mujer en promedio), el ritmo de crecimiento de algo más de la mitad de los países de la región todavía está por encima de 2.0, nivel que se considera un serio obstáculo para el crecimiento económico. Se estima que, siendo elevada la tasa promedio para toda la región, la población de ella llegará a alrededor de 550 millones de personas en el año 2,000, teniendo residencia urbana algo más del 80%. Esto aumentará fuertemente la demanda - ya subatendida - por servicios de salud y saneamiento.
- En la región, según el UNICEF, 45% de la población rural y 13% de la urbana no tienen aun acceso al agua potable. Y la situación de saneamiento ambiental es peor: 67% de la población y 20% de la urbana no tienen acceso a ellos. La OPS vió esta situación en 1992, así:

"Hoy día, en América Latina y el Caribe hay mas de 130 millones de habitantes que no tienen acceso al agua confiable.... 144 millones no tienen servicio de saneamiento para la eliminación de excrementos ni alcantarillado; 300 millones contaminan las fuentes de agua al arrojar en ella las basuras y desperdicios no tratados, 100 millones, de los cuales el 90% vive en áreas urbanas marginales, no tienen el servicio de recolección de basura y desperdicios; 240 millones disponen de su basura en condiciones que arriesgan tanto su salud como el ambiente y 160 millones no tienen acceso a los servicios de atención de salud en forma permanente y directa":

## **EL PUEBLO PAGA LA CUENTA**

Datos como los que acaban de presentarse aquí sucintamente indican que la salud pública en Latinoamérica no sólo que no ha mostrado mejoramiento en los últimos diez o doce años, salvo en contados rubros, sino que se ha venido deteriorando más. **Esto se debe, fundamentalmente, a que la gravísima crisis económica que aflige a la región desde principios de la década del 80 tuvo que ser enfrentada con ajustes económicos que expandieron y acentuaron la pobreza de la mayoría de la población.** En 1990, según el UNICEF, el número absoluto de pobres en la región había llegado a la cifra sin precedentes de 196 millones que equivale al 46% del total de la población. Abrumados por una colosal deuda externa -¡440,000 millones de dólares!- casi todos los gobiernos de la región tuvieron que aplicar drásticas medidas para enfrentar el déficit resultante y aliviar el estancamiento del desarrollo si es que no impedir la regresión. Y esas medidas han venido descargando el peso mayor del sacrificio precisamente sobre los más pobres, las mayorías subalternas y desposeídas y, en particular, sobre los más indefensos: los niños y las mujeres. Así lo vió la OPS ya en 1991 en cuanto a la salud:

"Las políticas de ajuste han profundizado el deterioro social y político-institucional... 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..."

"... Los sectores pobres de la sociedad no sólo padecen mas enfermedades agudas y crónicas y discapacidades por efecto de su condición económico-social sino que su acceso a los servicios es limitado... 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..."

## MERMA Y DISPENDIO EN EL GASTO SOCIAL

Un estudio del Banco Mundial sobre nueve países de la región comprobó que, en promedio, el gasto en salud había bajado en ellos tanto como 70% entre 1980 y 1985. Más aún la proporción del gasto fiscal asignada a la salud pública había bajado en 82% en ese período. Y una investigación semejante, encargada por UNICEF para otros ocho países latinoamericanos halló que el gasto social en general (salud, educación y seguridad social) había bajado en seis de esos países en proporción del 10% al 35% entre 1980 y 1990.

Por otra parte, la distribución del gasto en salud está, en efecto, cargada hacia rubros tradicionales y de orden terciario, a menudo onerosos, que benefician fundamentalmente a minorías acomodadas. En su Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993 el Banco Mundial sostiene que ... "los gobiernos de los países en desarrollo deberían gastar mucho menos - alrededor de 50% menos como media - en intervenciones como menor eficacia en relación a los costos de duplicar o triplicar, en cambio, su gasto en programas básicos de salud pública, como la inmunización y la prevención del SIDA, y en servicios clínicos esenciales". En general esos gobiernos

no aplican al sector social más de un 10% de su presupuesto fiscal ni los organismos internacionales de asistencia al desarrollo tampoco asignan a ello más de 10% de sus fondos. Tal proporción es marcadamente insuficiente para la satisfacción de los requerimientos. Mientras ella sea mantenida no habrá la posibilidad efectiva de que se logre en Latinoamérica la proclamada meta de "salud para todos en el año 2000". Conscientes de ello, los Ministros de Salud de América Latina, reunidos en Bogotá en 1992, hicieron esta manifestación:

**"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..."**

#### **¿ EQUIDAD O CAOS ?**

Los gobiernos están, pues, conscientes de que no pueden seguir pasando la factura de salud al pueblo atormentado por la agudización del subdesarrollo en la era neoliberal. Y también se da esa conciencia en los organismos internacionales pertinentes, como lo muestran estas expresiones del Director General de la Organización Panamericana de la Salud, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, en 1993:

**"Resulta impostergable el formular e instrumentar políticas y programas que persigan la equidad al atender la salud... Particularmente impostergable resulta el emprender esfuerzos para abatir el déficit de cobertura de servicios de salud, ya que se estima que de los 400 millones de habitantes de América Latina, por lo menos una tercera parte, 140 millones, no tiene acceso regular a la atención de su salud..."**

A esos perjudicados de hoy se agregarán en el ya inminente año 2000 cuando menos 90 millones de personas, con lo que el total deficitario se elevará a 230 millones de seres humanos a menos que, en efecto, se puedan aumentar y mejorar esos servicios en apenas un poco más que un lustro.

Una evolución institucional de semejante magnitud en un plazo tan corto demandará, entre otras cosas, un reajuste del gasto fiscal capaz de aumentar muy sustantivamente las asignaciones presupuestales al sector salud y de reorientar la distribución de los fondos para el mismo hacia los gastos más productivos para atender prioritariamente las necesidades básicas de la masa empobrecida. Pero, aunque esto parezca muy lógico, no es nada fácil de lograr. El UNICEF explica la dificultad en estos términos: **"La experiencia demuestra 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 represente una transferencia de recursos de los grupos más acomodados y más influyentes.**

En la percepción de la OPS, tal resistencia no debe tenerse por insuperable puesto que los gobiernos pueden forjar la voluntad política necesaria para abatirla. Se diría que ahora tienen que elegir entre hacer eso, que les causará problemas con minorías ciertamente poderosas, o desoir el clamor de las mayorías y asumir el riesgo de que la exacerbación de la inequidad genere caos social y explosividad política

### **SÍ, SE PUEDE**

Costa Rica constituye un singular y ya antiguo ejemplo de que la voluntad política puede dar racionalidad al gasto público y favorecer a la equidad. Desde 1948 ese país centroamericano, caso único en la región, no tiene gastos militares. Eso le ha permitido aplicar elevadas proporciones del presupuesto fiscal a la educación y a la salud y conseguir con ello índices de excelencia en ambos rubros.

Desde 1984 Colombia ha venido reduciendo la tasa de mortalidad infantil a una tasa mayor que la de los demás países del mundo. El principio de ello se debió fundamentalmente a la firme y franca voluntad política ejercida por el **Presidente de la República, Belisario Betancur**, que encabezó entonces, con mucho éxito, una movilización total de la sociedad en favor de la salud de los niños por medio de la inmunización.

El gobierno de México viene dando en lo que va de la presente década otro ejemplo sobresaliente de que es posible forjar la voluntad política capaz de vencer la resistencia al cambio en el gasto y lograr la capacidad técnico-administrativa y de comunicación para hacer decisivos aportes al mejoramiento de la salud del pueblo. Avanzando hacia el cumplimiento del compromiso hecho en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, auspiciada por el UNICEF a fines de 1990, ese gobierno hizo - entre 1991 y 1993 - un esfuerzo a fondo para acercarse al logro de una de las metas principales acordadas para 1995: elevar al 80% la utilización de la Terapia de Rehidratación Oral contra las enfermedades diarreicas que afectan a niños menores de cinco años.

La campaña mexicana combinó varias medidas claves para lograr su propósito: (1) aumentó muy sustantivamente la producción de sobres con sales de rehidratación oral, pasando de 9 millones de ellos en 1989 a 83 millones en 1993; (2) incrementó apreciablemente las inversiones en agua potable y saneamiento ambiental; y (3) perfeccionó el sistema oficial de vigilancia y seguimiento del comportamiento de las enfermedades diarreicas.

**Esas medidas básicas fueron apoyadas por un esfuerzo especial de comunicación educativa tanto por la vía masiva como por la de los contactos individuales y con grupos.** Sólo en 1993 los mensajes básicos para promover el uso de la TRO se transmitieron 120.000 veces por televisión y 2.300.000 veces por radio proponiendo al público la simple fórmula de conducta "**ABC**": **A**limentación continua del niño, **B**ebidas con frecuencia para él y **C**onsulta oportuna con el médico en caso necesario; además, bajo el rótulo "La Mejor Solución", se distribuyeron más de ocho millones de carteles, folletos y octavillas con el mensaje básico para fomentar la TRO. En el orden de la comunicación interpersonal se contribuyó a la capacitación de un millón de mujeres como auxiliares voluntarias para la aplicación generalizada de la TRO y se mejoraron los conocimientos sobre éste entre millares de funcionarios de salud, tanto del sector público como del privado, en todo el territorio nacional.

El marcado éxito de la campaña se expresa esencialmente en cuatro resultados. La mortalidad por diarrea para el período 1990-1993 quedó reducida a la mitad, lo que permitió salvar 30.000 jóvenes vidas. La incidencia estimada de esa enfermedad bajó de 3.5 episodios por niño y año a 2.2. "En los casos en que todavía se producen - informa UNICEF sobre datos de una evaluación por OPS - se ha incrementado el uso de la TRO del 66 a más del 80 por ciento (y del 22 al 44 por ciento el uso de preparados especiales de sales de rehidratación oral)".

Observadores de más de 40 países de muchas partes del mundo han visitado México para estudiar la ejemplar campaña que pone a ese país latinoamericano muy cerca de alcanzar la meta prevista para el año 2000: reducción de la mortalidad infantil

por diarrea al 33 por ciento. **Esa campaña muestra, debe reiterárselo, que la voluntad política auxiliada por la comunicación eficaz son fundamentales para poder derrotar al subdesarrollo que abrumba al pueblo latinoamericano.** Un claro indicador de esta fructífera conjugación fue, por ejemplo, el hecho de que el **Presidente Carlos Salinas de Gortari** convocaba cada seis meses a sus principales ministros y al alcalde de la capital federal para evaluar los avances respecto de las metas de la Cumbre Mundial por la Infancia. Y presentaba informe de esa apreciación al público por la televisión.

## **METAS DE MEDIO CAMINO**

Sin poder aguardar a que se produzca el fortalecimiento institucional necesario para asegurar el alcance de las metas globales de universalización de la salud para el año 2000 una reunión de expertos auspiciada por el UNICEF en Bogotá en marzo de 1993 reiteró el señalamiento de metas acordada en la Cumbre Mundial de la Infancia en 1990, pero con indicaciones de avances a cumplirse hasta 1995. Ellas fueron doce para América Latina:

- Elevar la cobertura de las seis inmunizaciones básicas del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) - DPT, polio 3, BCG y sarampión - en menores de un año al 85%.
- Eliminar el tétanos neonatal.
- Reducir las muertes por sarampión en un 95% y los casos de esta enfermedad en un 90%.
- Certificar la erradicación de la poliomielitis.
- Eliminar virtualmente la deficiencia de vitamina A.

- Asegurar la yodación de toda la sal de consumo en los países con problemas de desórdenes por deficiencia de yodo.
- Aumentar a 80% el uso de la Terapia de Rehidratación Oral (TRO), acompañada de alimentación continuada, en casos de niños con diarrea menores de cinco años. Y elevar al 50% el porcentaje de casos de diarrea tratados correctamente en niños menores de cinco años.
- Terminar con la distribución gratuita, o de bajo costo, de sustitutos de la leche materna en todos los servicios de maternidad. Y lograr que todos los hospitales que atienden partos se califiquen para el estatus de Hospitales Amigos de la Madre y el Niño (HAMN).
- Disminuir la prevalencia de la desnutrición proteínico-energética (DPE) en 20%.
- Reducir en 25% la razón de la mortalidad materna.
- Reducir en 33% las defunciones por infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años.
- Mejorar el acceso a la información y a los servicios sobre planificación familiar.

Aunque casi todas estas metas suponen el concurso de la comunicación para ser alcanzadas, el UNICEF subrayó - para el caso de la meta de planificación familiar, a la que considera la variable individual estadísticamente más relacionada con baja mortalidad materna - las siguientes acciones: **(1)** Asegurar información y educación para toda la población a fin de que conozca lo que es la salud reproductiva y ejerza su derecho a escoger opciones para planificar su familia, **(2)** Intensificar tales acciones en estos grupos prioritarios: varones, adolescentes, parejas jóvenes, gente de áreas rurales dispersas, gente de áreas urbano-marginales y mujeres bajo control prenatal y en estado de posparto; **(3)** Utilizar información relevante para proporcionar mejores análisis de causas y de recursos y para estimular la toma de mejores decisiones por parejas y familias; y **(4)** fomentar esa toma de decisiones en un marco de comunicación participativa orientada a la acción.

## EL RETO PARA LOS COMUNICADORES

Ha transcurrido ya un año y medio desde que se reiteraron estas metas, pero todavía no hay información a la mano sobre el grado en que puedan haberse estado cumpliendo. ¿Tendrán los servicios de planificación familiar de los organismos de salud pública la capacidad y los recursos de comunicación indispensables, para apoyar eficientemente este tipo de propósitos? ¿Y tendrán esos servicios la posibilidad de atender el aumento de demanda que la comunicación debiera producir en caso de haber tenido amplio impacto?

Metas como las que se han transcrito hasta aquí involucran cambios de comportamiento multitudinarios y a corto plazo. Ellos sólo serán posibles si los programas de salud desarrollan prontamente una alta capacidad de comunicación social eficiente. Aunque parece darse ahora una admisión creciente de esto por gobiernos y organismos internacionales, en la práctica latinoamericana la comunicación para la salud se vé aún lejana de lograr aquella capacidad crucial. Entre las razones de ellos se destacan éstas:

- Desconocimiento por parte de dirigentes políticos, oficiales de planeamiento y funcionarios presupuestales de la importancia de la comunicación para la salud, disciplina técnico-educativa a menudo confundida con las de propaganda y relaciones públicas.

- Carencia de un régimen racional de programación de las actividades de comunicación en salud, (caracterizado por la ausencia de políticas, estrategias y planes), lo que conlleva improvisación onerosa y baja efectividad.
- Estrechez de recursos financieros debida a la baja prioridad que el Estado otorga al sector social, en general, en la asignación de los fondos fiscales.
- Falta de personal profesional especializado en comunicación para la salud, la que se debe en parte a la ausencia de enseñanza universitaria en ese campo y resulta en el manejo de actividades de comunicación por personal no idóneo para ellas, incluyendo médicos y enfermeras,

Hallar maneras, creativa y audazmente, para aliviar, primero, y resolver, después, problemas principales como estos constituye hoy el gran desafío para los comunicadores en salud en Latinoamérica. Este taller aspira a ser un aporte para alcanzar dichas soluciones en favor de la salud del pueblo.



## BIBLIOGRAFIA

- Banco Interamericano de Desarrollo y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Reforma social y pobreza: hacia una agenda integrada de desarrollo. Washington, D.C., BID/PNUD, 1993.
- Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: investigando en salud. Washington, D. C., Banco Mundial, 1993.
- Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1994: infraestructuras para el desarrollo. Washington, D.C., Banco Mundial, 1994.
- Beltrán S., Luis Ramiro. El papel de la comunicación en la promoción del desarrollo y la integración. (Resumen de exposición). Mesa Redonda en la 13a. Conferencia Mundial de la Sociedad para el Desarrollo Internacional (SID), San José, Costa Rica, febrero 22-25, 1973.
- Beltrán S., Luis Ramiro. Comunicación para el Desarrollo en Latinoamérica: una evaluación al cabo de cuarenta años. Discurso de apertura en la inauguración de la IV Mesa Redonda sobre Comunicación para el Desarrollo, organizada por el Instituto para América Latina en Lima, Perú, entre el 23 y el 26 de febrero de 1993.
- Beltrán S., Luis Ramiro. La salud y la comunicación en Latinoamérica: políticas, estrategias y planes. Documento preparado a invitación de la Organización Panamericana de la Salud y la Unesco para la Reunión del Comité Asesor sobre Políticas de Comunicación en los Ministerios de Salud Pública para la Promoción de la Salud, realizada en Quito, Ecuador, del 6 al 7 de septiembre de 1993.
- Bustelo, Eduardo. Hood Robin: ajuste y equidad en América Latina. s.l., UNICEF, 1994. (Borrador en mimeo.)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Transformación productiva con equidad: la tarea prioritaria del desarrollo de América Latina y el Caribe en los años noventa. Santiago, CEPAL, 1990.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe y UNESCO. Educación y conocimiento: eje de la transformación productiva con equidad. Santiago, CEPAL/UNESCO, 1992.
- Díaz Bordenave, Juan. Comunicacao rural: da extensao a participacao. Comunicacao e Sociedade, 11 (1984), pp. 47-56.
- Epp, Jake. Achieving health for all: a framework for health promotion. Ottawa, Ministry of Health and Welfare, 1986.

- Gómez, Paulina. Promoción de la salud. Washington, D.C., OPS-Programa de Promoción de la Salud, 1992.
- Gordon, Gill y Tony Klouda. La prevención del SIDA y la planificación familiar. New York, Federación Internacional de Planificación de la Familia-Región del Hemisferio Occidental, 1990.
- Guerra de Macedo, Carlyle. Salud y desarrollo social. En Reforma social y pobreza: hacia una agencia integrada de desarrollo. Washington, D. C., Banco Interamericano de Desarrollo y programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 1993. pp. 81-84.
- Instituto para América Latina (Perú). Trabajando la promoción de la salud a través de las redes de comunicación alternativa; tabaco o salud. Documento de trabajo para el Coloquio "Promoción de Salud y Calidad de Vida: Estrategias Alternativas de Comunicación, realizado en Lima, Perú, del 22 al 24 de julio de 1992.
- Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa, Government of Canada, 1974.
- Ling, Jack. Un medio para la educación continua. La Educación para la Salud (OMS), 1 (1985), p. 4.
- Mahler, H. Un mensaje del Director General de la Organización Mundial de la Salud. La Educación para la Salud (OMS) 1 (1985), pp. 3-4.
- Marques de Melo, José (comp.). Comunicacao na America Latina; desenvolvimento e crise. Campinas, Papirus, 1989.
- Mayobre, José Antonio y otros (comps.). Comunicación y desarrollo. Lima, Instituto para América Latina-IPAL, 1987.
- Mayobre, José Antonio. Comunicación, salud y desarrollo. Documento presentado a la Reunión del Comité Asesor sobre Políticas de Comunicación para la Promoción de la Salud, realizada en Quito, Ecuador, del 6 al 7 de septiembre de 1993.
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Comunicación para el Desarrollo: Informe de la Consulta de Expertos organizada por la FAO en Roma, del 8 al 12 de junio de 1987. Roma, FAO-Dirección de Información, 1987.
- Organización Mundial de la Salud. Decenio internacional para el abastecimiento de agua potable y el saneamiento: revista final del decenio. Ginebra, OMS, 1992a.
- Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud, información pública y educación para la salud. Informe de progreso presentado por el Director General de la OMS a la Quincuagésima Asamblea Mundial de la Salud en abril de 1992b.
- Organización Panamericana de la Salud y Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud. Comunicaciones para la salud: lecturas seleccionadas. Washington, D. C., OPS-Programme for the Control of Diarrhoeal Diseases, 1982.
- Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la Organización Panamericana de la Salud en el Cuadrienio 1991-1994. Washington, D.C., OPS, 1990.

- Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción 1992-1995. Washington, D. C., OPS, 1991a.
- Organización Panamericana de la Salud. La salud materna: un perenne desafío. Washington, D. C., OPS, 1991b. (Serie Comunicación para la Salud No. 1).
- Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la mortalidad materna en las Américas: perspectivas para los años noventa. Washington, D. C., OPS, 1992a. (Serie Comunicación para la Salud No. 2).
- Organización Panamericana de la Salud. Implementación de la estrategia de promoción de la salud en la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D. C., OPS, 1992b.
- Programa de Coordinación en Supervivencia Infantil. Guía de comunicación educativa aplicada a temas de supervivencia infantil. La Paz, Organizaciones Privadas Voluntarias, 1993.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano 1994. Mexico, D. F., Fondo de Cultura Económica, 1994.
- Risopatrón, Felipe. Comunicación interpersonal y uso de micromedios en campañas de comunicación social. Extracto del Informe del Seminario Internacional de Comunicación en Programas de Salud, realizado en Buenos Aires del 20 al 23 de mayo de 1985.
- Rodríguez Brandao, Carlos y otros. Comunicación popular educativa. Quito, CIESPAL, 1983. (Monografías CIESPAL no. 3).
- Rogers, Everett y Arvin Sinhal. La historia de la comunicación para el desarrollo. *CommDev News*, 5:1 (Winter 1994), pp. 1-3.
- Sigerist, H.E. *Medicine and human welfare*. New Haven, Yale University Press, 1941.
- Terris, Milton. Conceptos sobre promoción de la salud: dualidades en la teoría de la salud pública. Washington, D. C., OPS-Programa de Promoción de la Salud, 1992.
- The Johns Hopkins University. Procedimientos y principios básicos de la comunicación en materia de población/planificación familiar. Baltimore, JHU-Center for Communication Programs, Population Communication Services, s.d.
- UNICEF. Ajuste con rostro humano. v. I: Protección de los grupos vulnerables y promoción del crecimiento. v. II: Estudio de casos. New York, UNICEF, 1987.
- UNICEF. Máxima prioridad para la infancia: declaración mundial y plan de acción de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y la Convención sobre los Derechos del Niño. New York, UNICEF, diciembre de 1990.
- UNICEF. Los niños de las Américas: supervivencia, protección y desarrollo integral de la niñez en el decenio de 1990. Santa Fe de Bogotá, UNICEF, 1992.
- UNICEF. Estado mundial de la infancia 1993. New York, UNICEF.
- UNICEF. Estado Mundial de la infancia 1994. New York, UNICEF.
- UNICEF. Estado mundial de la infancia 1995. New York, UNICEF.

UNICEF. El cumplimiento de las metas de la Cumbre y nuevos desafíos en América Latina y el Caribe. Santa Fe de Bogotá, UNICEF. 1994a.

UNICEF. El progreso de las naciones: las naciones del mundo clasificadas según sus logros en la salud, nutrición y educación de la niñez, la planificación de la familia y en el progreso de las mujeres. New York, UNICEF, 1994b.

World Bank. Social spending in Latin America: the story of the 1980s. Report no. 8450, Human Resources Division, Technical Department, Latin American and Caribbean Regional Office. Washington, D. C., 1990.