

Beltrán S., Luis Ramiro (2001) **Políticas de comunicación para la salud y promoción de la salud.** En: Centro para Programas de Comunicación. Futuro.com: una mirada al pasado para proyectarnos al futuro. Memoria del Primer Encuentro Nacional de Comunicación para la Salud, La Paz, Bolivia, 12-14 de septiembre de 2001. La Paz, Centro para Programas de Comunicación. pp. 102-108.

futuro.com



Del 12 al 14 septiembre de 2001 La Paz, Bolivia.

Políticas de comunicación para la salud Tema 8 y promoción de la salud

Eduardo Rivero
Coordinador de tema

La Política Nacional de Comunicación en Salud se entiende como un conjunto de principios, normas y aspiraciones institucionales sobre el comportamiento de la población en un país, en cuidado de la salud. Existen principios, normas y aspiraciones entrelazadas que se dirigen a modelar comportamientos en beneficio de la salud. Todo ese ejercicio normativo de planificación es un arte normativo cuyo eje es la política.

Política nacional de comunicación en salud

*Luis Ramiro Beltrán S.**

Si hablamos de salud tenemos que detenernos a definirla.

Brevemente, el pensamiento clásico tradicional sobre salud dice que ésta no es más que la ausencia de enfermedad. En consecuencia, indica qué hay que hacer para eliminar la enfermedad y restablecer la salud. Por otro lado, la curación, facultad exclusiva de los profesionales de medicina, es auxiliar en relación individual con los pacientes: esa es, en esencia, la visión clásica de lo que se entiende por "salud" en medicina.

El desafío a la visión clásica de salud comenzó hace muchos años en Europa. Comenzó una renovación del pensamiento que desembocó en la concepción de que la salud del pueblo concierne no sólo a los médicos. Por tanto, el Estado tiene el deber de asegurarla para todos. El médico ruso Rudolf Vierchow tuvo un papel precursor en el pensamiento modelador de la nueva visión de salud en el mundo. Las ideas revolucionarias no siempre cuajan en su tiempo. Tomó muchos años que otra persona recogiera la bandera y la llevara tan adelante como pudiera. Fue Henry Sigerist, un franco-suizo que vivió muchos años en Estados Unidos, quien entendió que más que depender de la medicina, la salud del pueblo estaba cifrada en condiciones decorosas de vida, trabajo, educación libre y medios adecuados de reposo y recreación. Denominó "promoción de la salud" a la tarea de lograr el acceso de toda la gente a esos tres beneficios básicos y consideró a la promoción como la misión primordial de la medicina. La segunda en importancia debía ser la prevención; la curación ("restauración y rehabilitación") tenía que ser la última, pues había que recurrir a ella sólo en caso de falla de la prevención. Sigerist planteó, pues, un régimen de prioridades completamente inverso al que se hallaba en vigencia en su tiempo, ¿lo escuchó alguien entonces? Más que de abierta condenación, la reacción a su propuesta fue de indiferencia y desaire.

El espíritu de su planteamiento innovador fue recogido solamente por la entonces flamante Organización Mundial de la Salud de Naciones Unidas que tomó, el año 1947, este criterio y lo puso como su divisa: "La salud es un bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencia o enfermedades". Pasaron todavía muchos años antes de que pudiera hacerse realidad.

En 1974, el gobierno del Canadá planteó en el "Informe Lalonde", el enfoque de un "campo de salud" compuesto por estilos de vida y características del medio ambiente, además de la medicina y la biología. Como estrategia principal para aplicar este enfoque, escogió a la promoción de la salud, especialmente por medio de la educación y la recreación. También sostuvo la prelación de lo preventivo sobre lo curativo.

En 1978 las estrategias de previsión y promoción fueron adoptadas como primordiales por delegados gubernamentales de 134 países en reunión auspiciada por la OMS y el UNICEF en la Unión Soviética. En la Declaración de Alma-Ata proclamaron a la salud como un derecho fundamental y universal y formularon una política caracterizada por la consigna "Salud para Todos en el año 2000" y como instrumento clave de ella señalaron a la "atención primaria en salud" consistente en la prestación, a toda la población, de un conjunto de servicios indispensables para

su salud. Estos deberían brindarse con la participación activa de la comunidad en su conducción y en vinculación cooperativa con otros sectores, como los de alimentación, vivienda, educación, comunicación y ecología.

En 1979 Estados Unidos, a través de la Dirección General de Salud, adoptó la estrategia de "promoción de la salud", principalmente, por mejoramiento de estilos de vida y la "prevención de enfermedades" principalmente por protección contra amenazas del medio ambiente.

En 1984 el entonces Director General de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el doctor Hafstan Mahler, recalcó antes sus colaboradores, la convicción de que la salud sólo podía mejorar contando con la participación del pueblo en la orientación y funcionamiento de los programas de salud. Pidió a sus compañeros no tratar de imponer sobre las comunidades programas carentes de comprensión de la problemática de salud y de la realidad social y económica que la determina. Y, con visionaria humildad, abogó ante ellos porque "...el personal de salud debería aprender en primer lugar a actuar como "mediador" de las actividades de los individuo, familias y comunidades..." Pensamiento avanzado que muchos años después comenzaría a aplicarse también a la comunicación.

Toda esta transformación conceptual alcanzó su culminación en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud patrocinada por la OMS en Canadá el año 1986. Se entendía a la promoción esencialmente como "el proceso de habilitar a la gente para aumentar su control sobre la salud y mejorarla", la reunión al firmar la "Carta de Ottawa" la consagró como la estrategia fundamental para lograr la salud pública universal. Y más allá de Alma-Ata recomendó que la aplicación de la estrategia de promoción llegara hasta "las condiciones fundamentales y los recursos para la salud, la paz, el albergue, la educación, el alimento, el ingreso, un ecosistema estable, recursos sostenibles, la justicia social y la equidad" (First International Conference on Health Promotion, 1986).

Atrás quedó la tradicional percepción de salud como algo puramente físico, relacionado sólo con enfermedad y muerte y a cargo exclusivo de la medicina. Esto en teoría.

La Carta de Ottawa recoge toda la esencia del pensamiento desde Virchow, o antes, hasta la fecha, en cinco enunciados revolucionarios. Esa es, según mi criterio, la más revolucionaria de las políticas que conozco en el campo del desarrollo social. Recojo los siguientes elementos:

- 1) Habilitar a la gente para que participe individual y comunitariamente en la conducción de servicios de salud...un anatema, una herejía que mucha gente aún no acepta.
- 2) Estimular y capacitar a la gente para que desarrolle aptitudes, identifique sus necesidades, fines, aspiraciones, etcétera.
- 3) Fomentar en la población la práctica de estilos saludables de vida.

Todo lo que hoy se llama "desarrollo humano, alternativo, sostenible" tiene una excelente base en lo que dice la Carta de Ottawa: si al pueblo no se le proporciona, ni se le asegura, alimento, albergue, empleo, educación, un ecosistema saludable, recursos sostenibles, justicia, equidad y paz, no habrá salud y por inversa sin salud el desarrollo será escaso.

Posteriormente se enunciaron otras políticas, como en el año 90, la consigna "Los Niños Primero" fue una política que adoptaron todos los países a favor de la infancia. Esa era la meta que trazaron los países miembros del UNICEF y que debía cumplirse en el año 2000.

Pero ¿qué pasó con esas políticas, planteadas desde el año 78 hasta el año 92? Ese año, los ministros de salud latinoamericanos reunidos en Bogotá, afirmaron que el continente estaba mucho peor. Después de numerosas manifestaciones, declaraciones, promesas, juramentos solemnes, actos de compromiso, la situación era cada vez más grave y cada vez había mayor reducción de los recursos para hacer frente a ciertos flagelos. "La región, desgarrada por la inequidad ...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" (OPS/Ministerio de Salud de Colombia, 1992)

Poco después, el año 1997, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la reunión de Asamblea General realizada en Ginebra, reconoció que "a medida que se acerca el nuevo milenio, queda claro que "salud para todos" no se logrará en el año 2000 y que el plan deberá re-examinarse en el contexto de dramáticos cambios sociales, económicos y políticos..."

Más contundente, un compatriota nuestro, distinguido médico, el Dr. Javier Torres Goitia, inspiró y apuntaló una singular experiencia de "participación genuina". Fue una "movilización popular para la salud" resultante de una alianza entre federaciones obreras y campesinas, juntas vecinales y el Ministerio de Salud en la que esas agrupaciones desempeñaron el liderazgo. Presidido por un Consejo Nacional de Salud, impulsado localmente por Comités Populares de Salud y auxiliado por comunicación participativa, el movimiento operó en todo el país millares de pequeñas unidades de rehidratación oral formadas por voluntarios de las comunidades, realizó con éxito campañas preventivas y estableció farmacias populares y guarderías infantiles. Así el pueblo asumió la responsabilidad de conducción de los servicios de salud.

Ya en el año 2000, en la conferencia mundial sobre promoción, organizada en México, muchas cosas se dijeron, las suficientes para darse cuenta de que infortunadamente "Salud para todos en el año 2000" no existió y no sólo eso, sino que las cosas empeoraron.

La salud se ha deteriorado a partir del año 80 en todos los países subdesarrollados, pero en América Latina se ha vuelto, cada día más, privilegio de pocos. Cuando hay crisis económica se corta por lo más débil, por lo del pueblo. Los gastos en salud se han reducido en general y además de que no hemos superado enfermedades características de pueblos jóvenes y atrasados, tenemos también el problema de enfermedades propias de los países desarrollados. Hoy estamos más indefensos, más vulnerables, más castigados que nunca.

Entonces, ¿qué es una Política Nacional de Comunicación? La definición original corresponde al año 1973, publicada en 1974 en una reunión de expertos de la UNESCO en Bogotá, a la que continuó una reunión de ministros el año 76 en San José. Este fue el enunciado que me tocó formular por encargo de la UNESCO, "Una Política Nacional de Comunicación es una conjugación integrada explícita y duradera de políticas parciales organizadas en un conjunto coherente de normas y principios, aplicables a los procesos y actividades de comunicación de un país". Esta definición es completamente general en materia de políticas de comunicación.

Entonces, podemos entender como Política de Comunicación para la Salud al: "conjunto de principios, normas y aspiraciones que buscan regir intervenciones de comunicación, en apoyo instrumental a las Políticas de Salud". Nuestro papel a menudo es instrumental también en el orden normativo.

Para una rapidísima recapitulación, señalaré cuatro actividades que fueron importantes, en la década pasada, en la década del 90, en materia de políticas de comunicación. Durante los años 80 nadie habló de Política Nacional de Comunicación, en la del 70 sí se habló aunque con carácter general, no de salud, no de comunicación en salud.

Primera: En los años 90 una reunión de ministros de salud andinos recomendó que se formularan políticas de comunicación para la salud (Cuenca, Ecuador).

Segunda: El Ministerio de Salud de Ecuador aprobó una política de comunicación en salud, la primera en América Latina. Pudo haber sido junto con Bolivia, o poco después de Bolivia, pero no fue así por algo que contaré más adelante

Tercera: Una reunión de comunicadores andinos en salud propuso a ministros de salud, entonces reunidos en Santiago de Chile, pronunciamientos sobre políticas de comunicación. Esa octava reunión de ministros de salud andinos acogió el pedido de sus comunicadores, aprobando la resolución favorable a políticas de comunicación. Los ministros instruyeron al convenio Hipólito Unanue, un convenio andino de salud, que propiciara dichas políticas.

Se diría que con esa acogida internacional, existen políticas de comunicación en todos los países andinos y que están en triunfal aplicación. Lamentablemente, hasta donde sé, no es así. Casi en ningún país, ni siquiera en Ecuador, donde se llegó a formular y a aprobar la política, se está aplicando, por las viejas cosas de nuestros sistemas estatales y políticos donde las autoridades firman cuanto papel se les presenta y al día siguiente se olvidan o viene un cambio de ministro, de gobierno y el tema va al olvido. Estos pensamientos tan importantes que alentaban tanto a los comunicadores, lamentablemente hoy están en proceso de "avanzado y guardado en gavetas".

Comentaremos un poco de la situación en nuestro país:

Hasta dónde pude verificar, en Bolivia sólo han existido tres experiencias en materia de políticas de comunicación.

En nuestro país, en materia de estrategias y, especialmente de planes, se ha producido mucho. Es un país bastante avanzado, no sólo en el campo de la comunicación para la salud sino en casi toda la banda de la comunicación para el desarrollo.

Comenzando con la línea precursora, la comunicación para la salud sexual y reproductiva, la primera estrategia multi-institucional se formuló en el año 90. En esa misma década, siguiendo ese ejemplo e inspirada por otras experiencias, comienzan a realizarse planes para las campañas de vacunación auspiciadas o respaldadas principalmente por UNICEF y la OPS.

En los años 80 ya existían planes, casi todos para campañas, en los 90 surge la primera estrategia de largo alcance para un conjunto institucional. Siguen el ejemplo en desarrollo sostenible, en participación popular e incluso en este período existió una estrategia de anticorrupción del gobierno.

La noción de planificación ha penetrado muchos campos. El sentido de que no hay que hacer cosas improvisadas en comunicación sino planificadas, ha pegado profundamente en nuestro país en los últimos 10 ó 12 años. Eso, en el campo de la comunicación para el desarrollo, a nivel de estrategias, a nivel intermedio. En políticas nos hemos ido quedando y el único intento ha sido el proyecto presentado junto con el jefe de Relaciones Públicas y Comunicación del Ministerio de Salud, David Tirado.

Ambos fuimos a una reunión andina auspiciada por la OPS en Quito, Ecuador, cuyo propósito era presentar propuestas de políticas de los países andinos. Cada país acudió con su propuesta pero sólo el país sede, Ecuador, se anotó una victoria en el sentido de que esperó a las delegaciones con su política ya aprobada a través de un decreto ministerial.

Bolivia pudo perfectamente hacer lo mismo, pues inclusive el diseño de su política estaba concluido antes que el ecuatoriano, pero lamentablemente se quedó a nivel de borrador.

En ese momento, en el país existía la Secretaría de Salud dentro el Ministerio de Desarrollo Humano. Hubo un cambio estructural de administración y cuando partíamos a la reunión de Quito pensé que sería bueno que el Decreto fuera aprobado. Entonces, el Secretario de Salud manifestó a Tirado y a mí que sería mejor al retorno, después de cualquier ajuste y que lo firmaría el propio Ministro de Desarrollo Humano para otorgarle mayor jerarquía.

Jamás ocurrió.

Hoy tenemos, un borrador de Decreto.

En junio del año '98, la colega Vesna Marinkovich hizo una propuesta que llamó "Adecuación a nueva situación, a una nueva realidad", en base a la preparada por Tirado y Beltrán, años antes para la reunión en Quito. Presentó un ejemplar al Subcomité de Información, Comunicación y Educación del Programa Nacional de Desarrollo Productivo. Consultó para presentar dicha propuesta en una reunión de todos los directores del ministerio que iba a realizarse en Cochabamba. Recuerdo que nos reunimos con, Ramiro Claure, presidente de IEC, Ariel Pérez y otros colegas para analizar la propuesta. Existe un informe con observaciones de ese comité al proyecto y a la mencionada propuesta que no fue equivalente a una política. Señalaré dos o tres párrafos del análisis de este comité:

En alguna parte del camino, la política se convirtió de una política, digamos democrática, a una política un poco autoritaria. Eso es lo que en esencia dice este informe, porque aparentemente la propuesta, o la aspiración, era en realidad, sustanciar un control centralizado muy fuerte por parte del Ministerio de Salud, de todas las actividades de comunicación en salud en el país y especialmente de las actividades, tan intensas, de salud reproductiva. Así lo indican, pues en diversos enunciados se nota que una de las descripciones de la política era que sólo podían ejercer la actividad o la profesión de comunicación para la salud aquellas personas autorizadas por el ministerio, es decir, si el ministerio reconocía a un comunicador entonces podía trabajar, caso contrario no.

Existían varios factores, señalados por el comité, que desvirtuaban el espíritu de la política considerablemente, no sólo en lo normativo sino en lo orgánico. Había una propuesta de reorganización por la cual una oficina del ministerio dominaba todo el sistema, inclusive el privado y los organismos asimilados a este llamado sistema, tenían que dar obediencia a las directivas del sector y no tener condiciones separadas de él. La comisión IEC desaparecería, según esto, y todo el sistema privado debía entregar recursos humanos y materiales a aquella oficina gubernamental. Sintetizo demasiado, pero ese era el espíritu esencial de las críticas del comité que fueron entregadas fulminantemente para llegar a Cochabamba a tiempo para aquella reunión de altos personeros del Ministerio de Salud. Nunca supimos si la aprobaron o si la reprobaron, pero no se volvió a hablar del asunto.

En la experiencia no sólo de Bolivia, sino de otros países en América Latina que se han ocupado de esto, ocurre con frecuencia que pueden trazarse brillantes conjuntos normativos, formular excelentes bases políticas pero que, lamentablemente, quedan engavetados, en gran parte, porque los órganos que los enuncian no tienen capacidad de ejecución. Entonces ¿para qué sirve una Política de Comunicación en Salud si no hay un órgano central normativo del Estado que sea capaz de llevar adelante su aplicación?

Cuando hay un vacío orgánico institucional, la política tiene el destino de ser comida por la polilla y eso es lo que precisamente pasa en la mayoría de los casos, aunque se han hecho esfuerzos para evitarlo.

Con Eduardo Rivero y Franco Clavijo trabajamos con el anterior ministro de salud, que estaba consciente de la necesidad de una Política de Comunicación en salud, en torno a la inquietud de formular, si no una política, una estrategia de comunicación en salud. Existió todo el apoyo e interés del ministro, pero el problema surgió ante la dificultad burocrática: no se podía crear el órgano al nivel necesario, con poder y jerarquía como para poder llevar adelante la política. Estábamos en lo mismo: podíamos hacer una formulación muy valiosa, muy clara, muy precisa, pero que no se habría cumplido por falta de aparato operativo.

En esta propuesta se disponía la conversión de la oficina de Relaciones Públicas y Jefatura de Prensa del sector de salud. Casi siempre está unido en el Ministerio de Salud el oficio de construcción de imagen institucional, de imagen pública, con el oficio afín, pero muy distinto, de comunicación técnico-educativa para el desarrollo.

La propuesta era no unir ambos, pues el poco dinero que el Estado asigna no es suficiente. Nunca existió un presupuesto de comunicación como tal. Existieron algunos cargos, un equipo muy motivado, muchas veces muy valioso, pero sin capital de giro propio. Por eso se proponía establecer una Dirección de Comunicación del sector salud. Una dirección del más alto nivel, jerarquizada, dotada de personal, de fondos y recursos para hacer la tarea que la estrategia planteaba.

Se proponía que en toda negociación de asistencia internacional al desarrollo en salud, se asignara cuando menos, quince por ciento al componente de comunicación. Pues ¿de qué sirve declarar muy importante a la comunicación sino le otorgan jerarquía, no le dan dinero, no le dan personal, no le dan recursos? Esa la razón de esta propuesta.

Otros artículos de la misma propuesta trataban de subsanar, en algo, el hecho de que la información sobre cuestiones de salud se maneja muy impropiliamente. Los datos a veces son antiguos, contradictorios o parciales. Para ayudar a resolver esa problemática se recomendaba, en la política, que hubiera obligación de consultar contenidos. Por ejemplo, UNICEF tiene hace años un excelente manual de contenidos de comunicación para la infancia que se llama "Para la vida", si la prensa recibe ese material, se reduce la posibilidad de variación o distorsión.

Por último, otro de los artículos establece informar para evitar la dispersión y duplicación. En el caso del cólera sucedió eso: existió gran entusiasmo para hacer muchas cosas pero los mensajes sobre el mismo problema a veces eran diferentes para el mismo público, pues las entidades privadas y entidades públicas involucradas no coordinaban en torno a un conjunto de contenidos.

El año '95 se realizó en Tiawuanacu el taller de Política de Comunicación del Plan Vida. Ahí está la esencia de lo que se entendió como una Política del Plan Vida. ¿Será realmente ese conjunto de enunciados, de frases, una política, a la luz de lo que estamos señalando de lo que una política es? Si bien sienta lineamientos básicos, es en realidad un enunciado principista que, por tanto, tiene afinidad con políticas, pero lamentablemente no determina con claridad los comportamientos que busca. Una política norma conductas. En el mejor ánimo, hubo una confusión. Si analizamos el informe de ese taller, que fue una actividad muy valiosa, después de la página en la que se nombra a las políticas de comunicación, el resto es un plan operativo de mediano plazo para hacer diferentes cosas de apoyo en comunicación al Plan Vida, es decir, es un esfuerzo útil, pero estamos nuevamente ante la confusión entre política, estrategia y plan.

Sintetizando, todas las experiencias son valiosas, las propuestas importantes, pero el hecho final, el hecho real al que llegamos es que los intentos para formular y aplicar una política se quedan siempre en algún lugar, en un gobierno o en otro. A la comunicación no se le reconoce la importancia necesaria como para darle la jerarquía que le permita, no sólo planificarla en políticas, estrategias y planes, sino en términos de organización, de estructura y de recurso para poder ejecutarla.

Esta inquietud se ha retornado, por lo menos en el campo de la salud reproductiva. En reuniones con los miembros del comité IEC, que también tienen interés de que ésta se recupere no sólo para salud reproductiva sino para todas las actividades de salud del país y especialmente para las de prevención e información. Sin embargo, este interés profesional no alcanza a reflejarse en la actitud y aptitud del Estado para realizar esta tarea tan importante y, lamentablemente, tan no lograda hasta ahora.

***Luis Ramiro Beltrán es doctor en Comunicación.**

Premio McLuhan-Teleglobe (Canadá, 1983).

Es autor de innumerables trabajos y artículos publicados en Bolivia y el extranjero.

Actualmente es asesor para América Latina de Johns Hopkins University/

Center for Communication Programs

y Presidente de La Corte Nacional Electoral de Bolivia.