

El comunicador para la



salud en Venezuela

aproximación a un perfil profesional

¿Cuáles conocimientos son necesarios en los profesionales que deberían ejercer la labor de comunicar salud? ¿Qué competencias específicas deberá tener un comunicador para tener éxito en su objetivo de comunicar sobre salud? ¿Qué contenidos deben ofrecer las universidades y los programas de capacitación para que los profesionales de la comunicación para la salud desarrollen estas competencias?

■ **Acianela Montes de Oca**

El presente estudio pretende formular algunas respuestas a esas interrogantes, para lo cual aplicó una metodología establecida por Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud, el mapa funcional de competencias.

El producto de la investigación es un perfil de comunicador para la salud concebido como un articulador de lenguajes, procesos y actores, caracterizado por la ética, la responsabilidad social y el respeto hacia las diferencias. Se trataría, además, de alguien capaz de hacer seguimiento y evaluación de procesos, así como de participar en la mediación entre Estado y sociedad para impulsar el diseño y la ejecución de políticas públicas. Es, en síntesis, un profesional que atiende a los nuevos paradigmas que rigen tanto la comunicación y las ciencias sociales en general, como la realidad sociopolítica venezolana.

El siglo XXI encuentra una Venezuela afectada por dos de las endemias que la acosaron a principios del siglo XX: el paludismo y el dengue, dos graves enfermedades que podrían prevenirse con saneamiento ambiental y con medidas individuales de prevención. Sin embargo, entre el 1 de enero y el 6 de mayo de 2006 se habían registrado 12.234 casos de paludismo y 13.671 personas habían sufrido dengue (un 30% más de los casos acumulados para la misma fecha en 2005), según cifras del Boletín Epidemiológico Semanal del MSDS correspondiente al período entre el 30 de abril y el 6 de mayo de 2006.

Si a eso sumamos que la principal causa de muertes femeninas es el cáncer de cuello uterino (que puede prevenirse y hasta curarse si se detecta tempranamente), y hay una cifra nada despreciable de decesos provocados por embarazo y parto (165 fallecimientos hasta octubre de 2005), debe-

remos concluir que algo ocurre en el sector salud en nuestro país cuando enfermamos y morimos por dolencias que podrían ser evitadas a través de intervenciones preventivas o mediante el uso de mecanismos de promoción de la salud.

Reflexionar sobre este tema resulta particularmente importante, especialmente si se toma en consideración que en este milenio que despunta organismos internacionales como la ONU consideran la salud no sólo como un resultado del desarrollo, sino también como uno de los factores determinantes para lograrlo.

Y no cabe duda de que estas estadísticas hablan no solamente de fallas seculares de infraestructura y de atención sanitaria. También demuestran que no hemos sido capaces de utilizar eficientemente una de las armas más poderosas que dejó el siglo XX en materia de promoción de la salud: la comunicación.

En efecto, la comunicación para la salud, utilizada de manera humana y de acuerdo con las necesidades de auditorios específicos, ha demostrado capacidad para producir procesos de reflexión y movilización de las comunidades que las respaldan en el camino de hacerse responsables de sus procesos de salud. Ha sido también una herramienta vigorosa en manos de los estados y organizaciones para apoyar los procesos e intervenciones sanitarios.

Sin embargo, en Venezuela –al igual que en la mayor parte de los países de Latinoamérica– la comunicación para la salud se subutiliza, al reducirla a sus expresiones más técnicas o instrumentales, o sencillamente se descarta tanto en procesos y campañas como en los planes y políticas sanitarios. Esto se debe, por una parte, a fallas en la comprensión acerca de las potencialidades de la comunicación para la salud, pero sobre todo a la falta de profesionales

en esta área, que desde años atrás ha quedado en manos de personas de buena voluntad – y en algunos casos de especialistas en diferentes disciplinas- pero con escasas competencias, que no han logrado obtener los mejores resultados del uso de la comunicación.

Por esto, una prioridad en los actuales momentos debería ser la adecuada formación de especialistas en comunicación para la salud. Ahora bien, ¿cuáles conocimientos son necesarios en los profesionales que deberían ejercer la labor de comunicar salud? ¿Qué competencias específicas deberá tener un comunicador para tener éxito en su objetivo de comunicar sobre salud? ¿Qué contenidos deben ofrecer las universidades y los programas de capacitación para que los profesionales de la comunicación para la salud desarrollen estas competencias?

Aproximarse a algunas respuestas - desde la realidad venezolana- a esas preguntas que desde hace casi un lustro se plantean organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es el objeto de la investigación, que pretende definir el conjunto de competencias, habilidades y conocimientos que debe desarrollar un comunicador para la salud en nivel de postgrado en el contexto venezolano.

Para lograr este fin, se aplicó una metodología establecida por Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud, el mapa funcional de competencias, aplicado al ámbito de la comunicación para la salud. El resultado final del trabajo es, pues, un mapa funcional de la comunicación para la salud en Venezuela, que puede ser usado con distintos fines, pero que tiene como misión primordial servir como insumo para un posterior diseño curricular de una especialización o maestría en comunicación para la salud. La investigación se basó en métodos cualitativos, por lo cual los resultados obtenidos no pueden tomarse como representativos de la opinión de todos los comunicadores en salud del país.

La comunicación para la salud: más que un instrumento

En el marco de las discusiones Este-Oeste, en plena búsqueda de modelos más justos de desarrollo, en 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), reunida en Alma Ata declaró que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no

“

En efecto, la comunicación para la salud, utilizada de manera humana y de acuerdo con las necesidades de auditorios específicos, ha demostrado capacidad para producir procesos de reflexión y movilización de las comunidades que las respaldan en el camino de hacerse responsables de sus procesos de salud

”

solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho fundamental y el logro del grado más alto de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo” (OMS, 2004).

Y una de las mejores opciones para compartir conocimientos en materia de salud, era la comunicación, como ya habían comprobado naciones y organismos internacionales, que venían desarrollando iniciativas con diferentes niveles de éxito, al punto que fue necesario empezar a trabajar en esta área específica como ámbito de estudio.

Gloria Coe, Asesora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha caracterizado la comunicación para la salud como un proceso que permite construir comportamientos individuales y colectivos más sanos:

[La comunicación para la salud es] la modificación del comportamiento humano y de los factores ambientales relacionados con ese comportamiento, los cuales directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño, o como el proceso de presentación y evaluación de la información educacional persuasiva, incorporativa y atractiva, que conduce a conductas individuales y sociales saludables (Coe, 1998).

Durante las primeras décadas, el enfoque fue fundamentalmente difusio-

nista y predominaba la noción clásica de “educación para la salud” (recordemos que la comunicación se concebía como el mecanismo a través del cual un emisor competente transmitía ideas, modelos y conocimientos útiles para facilitar el paso de una condición de atraso a otra de modernidad). Se aspiraba entonces a encontrar las fórmulas para llevar un mensaje que diera lugar a conductas capaces de eludir la enfermedad, de prevenirla, o posteriormente de promover la salud.

Sin embargo, con el paso del tiempo y la proliferación de experiencias se hizo ostensible que los modelos orientados a una simple transmisión de información no funcionaban cabalmente. “Se asumía que la gente iba a seguir instrucciones, y cuando no lo hacían se pensaba que era culpa de la persona que “recibía las instrucciones” y no de quienes “las daban” o del método para impartirlas” (Healthcom, 1995). Era clara la necesidad de cambiar de modelo.

Apoiados fundamentalmente en teorías de cambio del comportamiento- los investigadores en la comunicación para la salud buscaron diferentes formas de generar mensajes eficaces para modificar comportamientos que funcionaran como factores de riesgo para sufrir enfermedades y problemas de salud pública.

Dentro de las teorías más usadas, según reportan trabajos presentados por investigadores de USAID (Agencia Norteamericana para el Desarrollo Internacional), están el modelo de la creencia en salud, la teoría de la acción razonada y la teoría de aprendizaje cognitivo social, por su utilidad para la prevención del cáncer, en campañas de promoción de terapias, cesación del hábito de fumar, y en estrategias de prevención del SIDA (Healthcom, 1995).

El modelo de la creencia en salud, trabajado por autores como Rosenstock (1974), Janz y Becker (1984), así como Kirscht y Joseph (1989), propone identificar las creencias o factores psicológicos determinantes en el público cuyo comportamiento se quiere cambiar. En cuanto a la teoría de la acción razonada, fundamentada en investigaciones de Fischbein y Ajzen (1975), entre otros, se enfoca en la relación existente entre creencias, actitudes, intenciones y comportamiento, y señala que para cambiar cualquier conducta es imprescindible cambiar el proceso cognitivo en que ésta se basa. La teoría del aprendizaje cognitivo social, basada en autores como Bandura (1977), postula que para cambiar su comportamiento las personas requieren no sólo motivos, sino también apoyo psicológico, social y de conducta (Healthcom, 1995).

A partir de estas y otras teorías del comportamiento humano y social se desarrollaron diferentes estrategias y modelos de comunicación para la salud dentro de los cuales, la OPS ha indicado como útiles en sus publicaciones tanto el mercadeo social como el activismo informativo (Wallack, 1990). En ambas fórmulas, los medios de comunicación masivos adquieren un lugar preponderante.

Según el reporte “Herramientas para desarrollar destrezas en comunicación para la salud”, desarrollado por Healthcom (Comunicación para la salud para la supervivencia infantil), organismo adscrito a USAID (Agencia Norteamericana para el Desarrollo Internacional) y publicado en 1995, más de 40 países recibieron asistencia técnica en programas de comunicación para la salud entre 1978 y 1995 usando los recursos del mercadeo social. En Honduras, Ecuador, Perú, Guatemala, Indonesia, Papua Nueva Guinea, Filipinas, Jordania, Yemen del Norte, Lesotho, Malawi, Nigeria, Zaire, Gambia y Swazilandia se concentraron en promover la terapia de rehidratación oral (que evita la mortalidad por deshidratación producto de las diarreas infantiles), programa de inmunizaciones, tratamiento de infecciones respiratorias agudas, lactancia materna, planificación familia y prevención de la malaria.

Posteriormente, se proporcionó ayuda de largo plazo a Burkina Faso, Egipto, Malí, Senegal, Honduras, Perú, Yemen, Filipinas e Indonesia para intervenciones relacionadas con prevención del cólera y de la ceguera del río, así como campañas para evitar la mortalidad infantil. Todos estos enormes esfuerzos, intensivos en capital y en movilización de recursos humanos, sin embargo, se revelaron como insuficientes a la vuelta de pocos años.

Entretanto, en Latinoamérica se perfilaban opciones en comunicación que conferirían mayor importancia a la respuesta de las audiencias y a formas novedosas de presentar los mensajes sanitarios a partir de elementos vinculados con las expresiones culturales de las poblaciones. Una de las manifestaciones más notables –según recoge la OPS– es el edu-entretenimiento, del que ha habido importantes experiencias en nuestro continente, especialmente Perú y México.

El edu-entretenimiento, que ha tenido como vehículo esencial la televisión, preconiza que la información educativa debe ser atractiva y divertida. Los programas producidos desde este modelo han promovido la alfabetización de adultos, la

“

Apoyados fundamentalmente en teorías de cambio del comportamiento- los investigadores en la comunicación para la salud buscaron diferentes formas de generar mensajes eficaces para modificar comportamientos que funcionaran como factores de riesgo para sufrir enfermedades y problemas de salud pública

”

planificación de la familia, el uso de anticonceptivos y condones, la crianza responsable de los niños, el control del abuso de drogas y la reducción de la violencia, entre otros (Coe, 1998).

En su mayoría, estos esfuerzos de organismos internacionales (como OMS-OPS) o de los Ministerios de Salud de los distintos países, se limitaban a copiar experiencias exitosas en otros lugares y transplantarlas sin mayores modificaciones a entornos que podían ser radicalmente distintos. En el mediano y largo plazo, los resultados han demostrado el reducido alcance de estas iniciativas y de estos modelos de trabajo en comunicación para la salud basados en información para cambiar conductas.

Aprender de los errores

¿Qué ha ocurrido? ¿Por qué la comunicación para la salud se nos ha convertido en esta suerte de manto de Penélope en el que se avanza tanto como se retrocede? ¿Cuáles han sido los principales errores cometidos?

Investigadores como Rosa María Alfaro, directiva de la Asociación de Comunicadores Sociales Calandria, Estela Roeder, docente de la Universidad de Lima, Washington Uranga, director de la maes-

tría en Planificación y Gestión de la Comunicación en la Universidad Nacional de La Plata, Hernán Díaz, docente de esa misma universidad argentina, y Gastón Femia, profesor de Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Buenos Aires, por sólo citar los latinoamericanos, han reflexionado sobre estos temas y proponen algunas respuestas, vinculadas por una parte con el uso instrumental o básicamente técnico de la comunicación como apoyo de procesos sanitarios, y por la otra con la carencia de políticas sanitarias integrales por parte de los Estados.

La investigación realizada por Estela Roeder para el Consorcio de Universidades y el Proyecto Change, en Perú, demostró que una tendencia internacional es enfocar la promoción de la salud en reducir la vulnerabilidad de las personas a través de informar y difundir (Castro et al., 2003:10). Y esto suele hacerse a través de campañas o intervenciones de corto plazo (generalmente charlas en ambulatorios o comunidades). Prevalece, como encontró la investigadora, un enfoque instrumental de la comunicación que se puede sintetizar en dos modelos:

- La comunicación como herramienta o producto, es decir como instrumento útil para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (especialmente a través de la información). El comunicador es un creador de actividades y de materiales, y determina el modelo de conducta a seguir.
- La comunicación como proceso social. Las estrategias de comunicación pretenden lograr la presencia y participación tanto individual como colectiva, así como una prácticas conscientes y responsables que permitan construir entornos saludables

Según este estudio desarrollado por Roeder, al comunicador en salud se le percibe desarrollando tres roles: traductor (es decir, decodificador y adecuador de mensajes); bisagra (encargado de sintetizar nociones de distintas disciplinas para evitar o resolver conflictos interdisciplinarios y o políticos), y negociador (capaz de propiciar consensos y de responder a los problemas del campo de la salud con enfoque intercultural y de desarrollo), aunque esto último de forma menos frecuente. Los hallazgos resultan significativos por cuanto se trata de resultados de cinco indagaciones exploratorias y más de 700 entrevistas en 150 instituciones del Estado y de la sociedad civil en Perú (Castro et al., 2003).

En la medida en que la comunicación se identifica primordialmente con un medio para transmitir mensajes, se limitan sus numerosas dimensiones y potencialidades, y se le transforma en un quehacer técnico, en una simple secuencia de pasos a cumplir para lograr un objetivo, o en una receta de trabajo práctico. No se le mira como una disciplina con implicaciones estratégicas sino con un simple “saber hacer” para que ciertos materiales y productos tengan mejor apariencia o mayor difusión.

Se tiende además a homogeneizar los productos y a utilizar el recurso de la “campana” (generalmente con una visión publicitaria estereotipada) como comodín para las iniciativas de comunicación para la salud.

Este uso de la comunicación como mero soporte técnico, además de implicar un subaprovechamiento de una disciplina poderosa, trae otras consecuencias, como lo sintetiza Rosa María Alfaro:

La comunicación instrumental resulta ser, cada vez más, una actividad momentánea y efectista, que no es continua ni ordenada de acuerdo a procesos de aprendizaje, sino que se limita a conseguir efectos e impactos inmediatos, perdiendo la visión integral de su intervención, con lo cual también la sostenibilidad se pone en cuestión. Generar aprendizajes es un reto que pesa muy poco en su definición y sentido. Al no apostar por las apropiaciones comunicativas de la persona y sus comunidades, en diferentes campos de la vida cotidiana, el desarrollo se aleja (Alfaro, 2004:9)

Puesto que se le considera estrictamente un recurso de información, la mayor atención se brinda a los mensajes y a la adecuación de éstos a un contenido científico que en muchos sentidos reproduce la relación médico paciente y privilegia la curación de enfermedad por encima de la promoción de la salud.

Más allá de la relación conoedor/desconoedor

En efecto, estas campañas suelen calcar la relación médico paciente, que en nuestros países funciona como un proceso de transmisión de información —muchas veces en clave científica— desde una fuente autorizada, el médico, hasta una audiencia ignorante, que debe aprender y seguir instrucciones, más allá de su contexto cultural, comunitario o social.

Los materiales de apoyo de esas campañas tienen una función informativa o a lo más persuasiva, pero pocas veces incluyen ni las expectativas ni elementos sociales o culturales de las audiencias a las que van destinados:

“

El uso permanente de mensajes ajenos a las prácticas sociales de los colectivos, así como de un esquema vertical de transmisión de conocimientos, en el que lo fundamental es la producción de mensajes y materiales, y en la que además operan relaciones desiguales de poder, “en que los interlocutores y destinatarios de esos procesos [de comunicación sanitaria]”

”

Lejos de constituirse en materiales que fomentaran en los actores sociales una reflexión sobre los hábitos de vida en el marco de su cultura, se generaron un conjunto de mensajes descontextualizados, sin anclaje en la realidad concreta de los destinatarios. Pero además, mensajes alarmistas, enfocados a destacar lo catastrófico de la enfermedad y no a comprender los procesos de producción de salud. El punto de partida se situó en la cultura de la enfermedad y de la muerte y no en una cultura de la salud y de la vida (Uranga y otros, 2002:65).

En efecto, la práctica de campañas tanto persuasivas como informativas se ha concentrado en hablar sobre enfermedades, riesgos, daños. El acento se ha puesto en el error, en el problema, y no en la solución. A lo sumo, se promueven los servicios de los Estados para atender a los ciudadanos, pero difícilmente se producen mensajes que promuevan estilos de vida individuales y colectivos saludables.

La confianza en que las teorías de cambio de comportamiento pudieran resultar suficientes para cambiar actitudes y conductas de las audiencias más díscolas se ha tambaleado en la medida en que se ha evidenciado que el impacto de las costosas campañas se desvanece en pocos meses, y las colectividades o grupos a las que eran dirigidas permanecen apáticos o indiferentes ante las propuestas de modificación de actividades.

Una parte del problema puede relacionarse con la falta de evaluación de los procesos e intervenciones en comunicación para la salud. Son pocos los programas de este tipo que colocan como componente fundamental la evaluación (en cualquiera de sus tipos: formativa, de procesos, de resultados o de impacto). Y si evalúan, lo hacen apenas usando uno o dos factores, por lo cual no se puede conocer con claridad si el esfuerzo ha rendido los frutos esperados.

También se ha puesto en duda la eficiencia de los mensajes con el visto bueno de la comunidad científica. Si bien en muchos casos se corresponden con lo que la medicina y la ciencia consideran adecuado, no necesariamente resultan útiles para las comunidades: al hablárseles en términos que les resultaban ajenos, sobre síntomas que no están vinculados con sus prácticas o actividades, se les asusta con horrores por venir y no con bondades por lograr, a través de textos complicados y poco atractivos. De esta manera resulta poco probable lograr transformaciones medianamente duraderas a partir de esquemas tan abstractos.

El uso permanente de mensajes ajenos a las prácticas sociales de los colectivos, así como de un esquema vertical de transmisión de conocimientos, en el que lo fundamental es la producción de mensajes y materiales, y en la que además operan relaciones desiguales de poder, “en que los interlocutores y destinatarios de esos procesos [de comunicación sanitaria] han sido situados en el lugar de receptor pasivo, de ‘paciente’ por quienes han monopolizado la instancia de producción” (Uranga y otros, 2002:65) implica relaciones excluyentes por definición.

En efecto, la verticalidad- unidireccionalidad operan en contra del diálogo y la reciprocidad y por tanto, desarman cualquier posibilidad real de participación. Ésta se convierte en un ejercicio retórico —algunas personas que comentan sus experiencias pero que realmente no son tomadas en consideración a la hora de planificar o ejecutar las estrategias de comunicación— y no en un recurso fundamental para generar compromiso y hacer viables las transformaciones.

Alfaro además ha señalado otros problemas que parten de la ausencia de políticas comunicacionales- sanitarias integrales por parte de los Estados: una visión parcial o utilitaria de lo comunicacional (se la usa para producción de materiales promocionales o propagandísticos, para proyectos específicos, contingenciales y de escasa trascendencia, sin enlace con políticas y estrategias generales de promoción

de la salud), establecimiento de políticas de salud sin enlace con políticas de comunicación, un sistema de salud desgastado y deshumanizado, con importantes fallas de comunicación que provocan no sólo carencias de participación democrática sino también desarticulación y redundancia de iniciativas, así como frustración de los distintos actores involucrados.

Otro problema –también relacionable con la falta de políticas del Estado– es la carencia de opciones de formación en cuanto a comunicación para la salud. No se le contempla como línea clave de capacitación, ni tampoco se proporcionan herramientas ni a los comunicadores ni al personal de salud, ni a los promotores, con los problemas que ello implica: “Se contrata a comunicadores para tareas específicas sin integrarlos a las políticas de conjunto. Esta es aún externa al sistema de salud y todos sabemos que sin comunicación no es posible la promoción, ni siquiera la prevención (Alfaro, 2004: 10).

Los autores del informe *Comunicación en Salud: Lecciones Aprendidas y Desafíos en el Desarrollo Curricular*, producido por USAID, OPS y proyecto Change, coinciden en señalar las carencias de formación como una falla importante de la comunicación para la salud en Latinoamérica. En su texto, insisten en que las insuficientes oportunidades para la formación de profesionales han generado dificultades en la factibilidad y sostenibilidad de programas. Otro aspecto conflictivo que detectaron es que se percibe a los programas de comunicación para la salud como ajenos, ya que se los ve como engendrados desde fuera y sin capacidad para responder a necesidades domésticas. Para estos especialistas, “el desafío es cómo vincular los diferentes intereses de actores locales como internacionales en proyectos que respondan a necesidades comunes” (Castro et al, 2003).

Nuevos caminos por transitar

La reflexión común en los autores revisados es la necesidad de formar profesionales capaces de avanzar por los nuevos senderos que la comunicación para la salud impone, y que implican entre otros aspectos una perspectiva comunicacional más amplia y una transformación (o resignificación) de las prácticas tradicionales de comunicación para la salud.

Una primera vía es asumir que los procesos de comunicación para la salud están insertos dentro de prácticas culturales híbridas, en las que operan múltiples mediaciones a través de las cuales las comunidades y las personas (una multiplicidad de actores por conocer y comprender) cons-

“

Ahora bien, para transitar estos senderos hace falta un comunicador para la salud con habilidades y competencias mucho mayores de las tradicionales, porque su campo de acción será más complejo y extenso. Se trata de un profesional que estará obligado a “superar los enfoques tradicionales de la comunicación en salud”

”

truyen sentidos y significaciones. Darle espacio a esa construcción común es fundamental para comunicar y para compartir salud. También lo es crear una perspectiva compleja en la cual la comunicación se relacione con diferentes disciplinas, pero también con los llamados “saberes vulgares” o de sentido común, imprescindibles para entender a las audiencias, su lógica de acción, sus necesidades y el sentido que quisieran imprimirle a los cambios (Uranga y otros, 2002).

Otro camino será abordar la comunicación para la salud como proceso de aprendizaje social (en el que todos los involucrados aprenden en una relación dialógica), en el que tanto los formatos como los contenidos de la comunicación sean novedosos, diversos, múltiples y vinculantes con las prácticas y actividades concretas de los colectivos, lo que probablemente permitirá una mayor implicación y compromiso de los involucrados.

Al mismo tiempo deberá iniciarse una estrategia de verdadera promoción de la salud, que impulse la adopción de “hábitos saludables en el marco de una cultura de la vida focalizándose en los procesos de producción de salud y no sólo en sus resultados” como afirman Washington Uranga, Gastón Femía y Hernán Díaz (2002). La intención sería proponer una cultura de la calidad de vida, que sustituya a la cultura del miedo

y de la enfermedad sobre la cual se han basado tradicionalmente los mensajes de comunicación para la salud.

En esta perspectiva los autores antes citados concuerdan con Rosa María Alfaro, para quien todas las acciones de comunicación para la salud deben estar orientadas de manera preferente a la promoción de la salud, que para ella, debe ser concebida de una manera integral:

Como el proceso social, educativo y político que incrementa la conciencia pública sobre salud, que promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, que brinda oportunidades y ofrece a la gente la posibilidad de ejercer sus derechos y responsabilidades, para formar ambientes sistemas y políticas favorables a la salud y al bienestar. Es decir una sociedad vinculada comunicativamente entre sí para crear comunidades saludables (Alfaro, 2004:22).

Ahora bien, para transitar estos senderos hace falta un comunicador para la salud con habilidades y competencias mucho mayores de las tradicionales, porque su campo de acción será más complejo y extenso. Se trata de un profesional que estará obligado a “superar los enfoques tradicionales de la comunicación en salud: difusión, producción de materiales, imagen institucional, por el de participación, entendimiento, tolerancia y negociación de conocimientos y prácticas” (Roeder, 2004:19).

Tendrá que ser hábil para “navegar de un medio a otro, escoger entre las muchas herramientas de comunicación y adaptar las estrategias a una situación particular” (Gumucio, 2005:6). En síntesis, será un comunicador capaz de relacionarse con diferentes actores, disciplinas, modelos, estrategias y criterios, así como a ponerlos al servicio de la gente para que ésta, libremente, decida sus prioridades en materia de salud y de cambios.

El caso Venezuela

En Venezuela, la situación no es distinta a la descrita en el análisis anterior. La comunicación para la salud ha sido utilizada fundamentalmente como un instrumento para llevar adelante campañas informativas, en situaciones puntuales y con muy bajo impacto a mediano plazo. Pocos profesionales se dedican a esta área y en su mayoría están concentrados en el periodismo en medios masivos. En las instituciones, los comunicadores para la salud ocupan cargos subalternos, de acuerdo con los organigramas.

ESTUDIOS DE COMUNICACIÓN EN VENEZUELA

UNIVERSIDAD (LICENCIATURA)	PREGRADO	POSTGRADO
Universidad del Zulia	X	X
Universidad de Los Andes	X	
Universidad Central de Venezuela	X	X
Universidad Católica Andrés Bello	X	X
Universidad Santa María	X	
Universidad Santa Rosa	X	
Universidad Monteávila	X	
Universidad Bolivariana	X	
Universidad Bicentenario de Aragua	X	
Universidad Fermín Toro	X	
Universidad Arturo Michelena	X	
Universidad Cecilio Acosta	X	
Universidad Rafael Beloso Chacín	X	
Universidad Simón Bolívar		X
Universidad Metropolitana		X

Fuente: Elaboración propia

Tal vez de manera consistente, son muy escasos los espacios de formación universitaria en el área. En efecto, para enero de 2006, hay en el país 13 centros de educación superior en los que se estudia Comunicación Social a nivel de pregrado: las universidades del Zulia, de Los Andes, Central de Venezuela, Católica Andrés Bello (en los núcleos de Caracas y Guayana), Santa María, Santa Rosa, Monteávila, Bolivariana, Bicentenario de Aragua, Fermín Toro, Arturo Michelena, Cecilio Acosta, y Rafael Beloso Chacín. Hay estudios de postgrado en áreas de Comunicación en las Universidades del Zulia, Católica Andrés Bello, Simón Bolívar, Metropolitana y Central de Venezuela.

Sin embargo, la materia “Comunicación para la Salud” apenas se dicta –y como electiva– en el pregrado de las Universidades de Los Andes (en el 4to año de la mención Comunicación para el Desarrollo Científico) y Central de Venezuela (en el plan variable de estudios). En la Universidad Bicentenario de Aragua, en la mención Comunicación y Desarrollo se ofrece una materia de nombre “Salubridad Social y las etnias en Venezuela”.

En cuanto a postgrado, hay un Seminario electivo en la maestría en Comunicación Social (mención Comunicación para el Desarrollo) en la Universidad Católica Andrés Bello, y una línea de investigación en la Universidad del Zulia, que aparentemente tiene planificado desarrollar

un postgrado específico en Comunicación para la Salud (Guadalupe Olivo, conversación personal el 25 de octubre de 2005).

Con respecto a las carreras relacionadas con salud, en el país se estudian Medicina, Enfermería, Odontología, Farmacia, Nutrición y Dietética, Bioanálisis, Veterinaria, y Técnico Superior en: enfermería, fisioterapia, salud ocupacional, cardio-pulmonar, información sanitaria, ingeniería sanitaria, citotecnología, terapia del lenguaje, en trabajo social, administración de hospitales, y gerencia de servicios.

Según los datos más recientes que logramos obtener (de 1997) de la Oficina de Planificación del Sector Universitario, en el país existían 10 programas de formación en medicina, 8 en enfermería, 7 en odontología, 4 en farmacia, 3 en nutrición, 5 en bioanálisis y 4 en veterinaria, para egresar con nivel de licenciatura. La mayoría de las carreras pertenecían a 8 universidades públicas y a 2 privadas. En cuanto a postgrados, con nivel de Especialización existen 167 cursos, 49 para Maestría y 20 para doctorado (Serrano, 2003).

A partir de 2005, a estos programas deberá sumarse el de Medicina Integral, recientemente aprobado por la Misión Ribas, que según prevé el MSDS, se desarrollará en las universidades Francisco de Miranda, Rómulo Gallegos, Rafael María Baralt, Bolivariana de Venezuela, Nacional Experimental de las Fuerzas Armadas y Nacional Experimental de los Llanos

Ezequiel Zamora, lo cual incorporará otras cuatro universidades a la formación en pregrado.

Hasta ahora, en las carreras relacionadas con salud las materias de comunicación se orientan a la comunicación humana (desde una perspectiva médica y psicológica), salvo en el caso de la Universidad de Oriente, donde existe una mención de Educación para la Salud. En ella hay contenidos sobre educación y promoción de la salud más vinculados con comunicación grupal.

Esto coincide con la situación latinoamericana, según la investigación realizada para el Proyecto Change y la Iniciativa de la Comunicación: de las más de 500 centros de estudios de Comunicación Social – Periodismo (reportados por FELAFACS), sólo 5 o 6 han incluido estudios en Comunicación para el Desarrollo (que podrían incorporar materias sobre comunicación para la salud). En general presentan programa de estudios orientados hacia el periodismo, la publicidad, las relaciones públicas o la producción audiovisual (Irigoin et al, 2002).

Se busca periodista...

De hecho, esos son los principales espacios laborales que encuentran hasta ahora los comunicadores en salud en Venezuela: medios de comunicación tanto diarios como periódicos (revistas, magazines, etc.) y medios electrónicos (sitios web o medios de información por Internet) para los periodistas en salud; centros de investigación, universidades, clínicas y hospitales o direcciones de comunicación en los organismos públicos, para los comunicadores organizacionales, y finalmente consultorías o espacios de relaciones públicas, en materia de publicidad y comunicaciones integradas.

Una rápida revisión permite determinar que actualmente en el país 7 de los 12 diarios de circulación nacional (El Nacional, El Universal, Últimas Noticias, El Mundo, Tal Cual, Panorama y El Nuevo País) y al menos 12 de los 78 diarios regionales (El Carabobeño, El Impulso, El Araguense, El Informador, El Norte, El Siglo, El Sol, los diarios El Tiempo (tanto el de Puerto La Cruz como el de Valera), Frontera, NotiTarde y Nuevo Día) cuentan con secciones fijas de salud o con periodistas que tienen dentro de sus obligaciones cubrir esta fuente. La mayor parte de estos diarios también poseen revistas dominicales que incluyen secciones de salud.

Adicionalmente, encontramos publicaciones con espacios fijos sobre salud y belleza

ESTUDIOS DE SALUD EN VENEZUELA

CENTRO DE FORMACIÓN UNIVERSITARIA O INSTITUTO (Licenciatura/ Técnico Superior)	M	E	O	F	N	B	V	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	
	E	N	D	A	U	I	E	E	F	O	C	I	I	C	L	T	A	G	
	D	F	O	R	T	O	T	N	I	C	P	S	N	I	E	S	D	E	
								F	S	U	U	A	F	T	N	O	M	R	
								E	I	P	L	N	O	O	G	C	H	E	
Universidad Central de Venezuela	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Universidad de los Andes	x	x	x	x	x	x	x								x				
Universidad de Carabobo	x	x	x			x	x												
Universidad C Occ. Lisandro Alvarado	x	x					x	x											
Universidad Nac. Exp. Francisco Miranda	x	x						x											
Universidad Nac. Exp. Rómulo Gallegos.	x	x	x					x											
Universidad de Oriente	x	x				x	x												
Universidad del Zulia	x	x	x	x	x	x	x	x											
Universidad Santa María (privada)			x	x															
Universidad Nac. Exp. Gran Mariscal de Ayacucho (privada)				x															
Col. Univ. Jean Piaget (privado)								x									x	x	
Col. Univ. Los Teques Cecilio Acosta (privado)								x	x	x									
Col. Univ. Enfermería Gobernación del Distrito Federal								x											
Col. Univ. Enfermería Centro Médico								x											
I.U. Polit. de las FFAA								x											
I.U. Tecnología de Caripito								x											
I.U. Tecnología Dr. Delfín Mendoza								x											
Col. Univ. Enfermería Cruz Roja								x											
I.U. Tecnología Juan Pablo Perez Alfonzo								x											
I.U. Tecnología Isaac Newton								x											
I.U. Tecnología READIC								x											
I.U. Tecnología Yaracuy								x											
Inst. Ven. Audición y Lenguaje																	x		
Col. Univ. Rehabilitación									x	x									
Col. Univ. De Caracas																		x	
I.U. Profesiones Gerenciales																		x	x
TOTAL	8	8	7	4	3	5	4	1	3	3	1	1	1	1	2	2	1	2	2
								9											

Fuente: Serrano (2003) Estrategias de cooperación con los países. Informe de situación sobre desarrollo de recursos humanos en salud. OPS/OMS

(particularmente las revistas asociadas al Bloque de Armas y la Cadena Capriles, Sala de Espera, y el semanario Quinto Día), o revistas especializadas como Ciencia al Día y las editadas por las cadenas de farmacias Locatel y Farmatodo. A eso habría que sumar las oportunidades de producción independiente en las emisoras de radio y televisión tanto privadas como comunitarias, y numerosas páginas web (que incluyen desde el site principal de Cantv, Globovisión, El Nacional y El Universal, pasando por portales de información en salud, hasta iniciativas individuales de médicos). Esto, en relación con el ámbito periodístico.

Con respecto a la comunicación organizacional, las universidades Central de Venezuela, del Zulia, de Carabobo, Centrooccidental Lisandro Alvarado, de Los Andes, de Oriente, así como el Ministerio de Salud (incluyendo sus organismos afiliados) cuentan con direcciones de información que requieren comunicadores formados en el área de salud. Igual ocurre con algunos de los principales centros privados de atención de la capital (como Hospital de Clínicas Caracas, Policlínica Metropolitana, Centro Médico de Caracas y la Clínica Santa Sofía), que mantienen o han mantenido en los últimos cinco años un comunicador dentro de su personal contratado.

En cuanto al ámbito publicitario, una parte importante de los laboratorios farmacéuticos asentados en el país así como de las sociedades médicas usan los servicios de comunicadores familiarizados con el tema salud para sus estrategias promocionales o la difusión de sus eventos científicos. Incluso agencias publicitarias o de consultoría subcontratan a su vez comunicadores especializados cuando deben asumir clientes de esta área.

Por lo demás, la comunicación para la salud no aparece vinculada -en términos de formación o de políticas de comunicación- con la medicina, con la gestión sanitaria o con la gestión pública. Esta situación de falencia podría constituirse en una oportunidad, por cuanto evidenciaría la necesidad de crear un programa de formación de comunicadores en salud adaptado a la situación nacional. En efecto, en Venezuela es notable la falta de políticas de formación en esta área, que ha quedado en manos de un voluntarismo generalmente poco capacitado para enfrentar un desafío tan importante como lo requiere el país.

Sería particularmente relevante que nuestras universidades, una vez identificada esta demanda social, hicieran las propuestas de formación correspondientes, dada la

evidente necesidad de contar con profesionales en esta área.

El enfoque de competencias

El enfoque de competencias, alentado por las Naciones Unidas desde principios de los años 90, es una noción que ha demostrado gran utilidad para la formulación de planes y propuestas curriculares, al punto que se ha usado como insumo para las reformas educativas en importantes institutos de educación superior y universidades.

No hay una definición estándar de competencias, pero sí diferentes conceptualizaciones y clasificaciones. La Organización Internacional del Trabajo se refiere a “la construcción social de aprendizajes significativos y útiles para el desempeño productivo en una situación real de trabajo que se obtiene no solo a través de la instrucción, sino también –y en gran medida– mediante el aprendizaje por experiencia en situaciones concretas de trabajo (Cinterfor/OIT, 2004).

Los investigadores María Irigoín y Fernando Vargas proponen a su vez un concepto que aspira a totalizar: “competencia es la combinación integrada de un *saber*, un *saber hacer*, un *saber ser* y un *saber ser con los demás*; que se ponen en acción para un desempeño adecuado en un contexto dado” (Irigoín y Vargas, 2002: 47). Como puede verse, la primera noción apunta más a los procesos y la segunda a resultados.

Según Irigoín y Vargas (2002), los tres métodos más conocidos para definir competencias son: el análisis ocupacional, el análisis funcional y el análisis constructivista. El primero se enfoca en el análisis del puesto de trabajo y las tareas que deben desarrollarse, en muchos casos con miras a definir el currículum de formación. El análisis funcional se concentra en la función productiva y examina la interrelación de diversas tareas que se realizan en función de objetivos. Permite desarrollar desde currículos hasta sistemas nacionales, tanto de formación y evaluación como de certificación. Finalmente, el análisis constructivista se orienta hacia la actividad trabajo, es decir, indaga en el trabajo a partir de sus dinámicas.

El análisis funcional –el más usado y el que se aplicó para la realización de nuestro trabajo– es una técnica que permite identificar las competencias específicas de una función productiva, ya sea en un sector ocupacional, en una empresa o en todo un sector productivo o de servicios. Se concentra en analizar la relación entre el todo laboral y las partes que lo componen.

“

Para responder esas preguntas se optó por realizar un trabajo cualitativo de carácter exploratorio, que pretende aproximarse al establecimiento de competencias, habilidades y conocimientos que debería caracterizar a un comunicador en salud, con miras a contribuir a la construcción de un diseño curricular

”

Implica un proceso de desagregación que va de lo general hacia lo particular. Una vez identificado el propósito clave, será necesario interrogarse sobre qué hacer para lograr el propósito, y así sucesivamente hasta llegar al nivel en el que la función a realizar pueda ser llevada a cabo por una persona. El análisis se concentrará en los resultados y no en las fases para obtenerlos. Se expresa gráficamente a través de mapas funcionales:

Algunas experiencias realizadas en México, Brasil, Colombia y Guatemala demuestran la utilidad del análisis funcional en la elaboración de currículos de formación incluso en nivel universitario.

De hecho, la experiencia que tanto la Organización Panamericana de la Salud, el Proyecto CHANGE (un proyecto conjunto de la Academia para el Desarrollo Educativo y el Grupo Manoff, en Estados Unidos), como la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), para el diseño de programas de estudio para comunicadores en salud, tiene como base metodológica el análisis funcional.

La formación de comunicadores para el cambio social y de comunicadores para la salud ha convocado a docentes, investigadores y comunicadores de todo el mundo. Con este fin se han llevado a cabo varias reuniones internacionales, como la Conferencia de

Bellagio (realizada en Italia en enero de 2002), la Conferencia de Bahía, en Brasil (junio de 2002), la Conferencia de Ica, en Perú (noviembre de 2002), a partir de la cual se desarrollaron propuestas de formación en diferentes niveles: desde cursos de capacitación para promotores en salud hasta maestrías en comunicación para la salud.

Las experiencias antes reseñadas han sido la base desde la cual se definió un mapa funcional del comunicador para la salud venezolano, así como un potencial conjunto de contenidos para un posible diseño curricular.

El comunicador en salud desde Venezuela

¿Cuáles competencias debe desarrollar un profesional que decida hacer comunicación para la salud en Venezuela? ¿Cuáles valores deberán regir su desempeño? ¿Qué conocimientos lo ayudarán a ejercer su labor?

Para responder esas preguntas se optó por realizar un trabajo cualitativo de carácter exploratorio, que pretende aproximarse al establecimiento de competencias, habilidades y conocimientos que debería caracterizar a un comunicador en salud, con miras a contribuir a la construcción de un diseño curricular.

Se recurrió a los *grupos de discusión*, técnica usada frecuentemente en investigaciones cualitativas que se basa en la noción de que los grupos son capaces de reproducir, en su interacción, parte fundamental del sentido que se construye en la sociedad de la que son parte. La indagación se hizo a partir de un *estudio Delfos* y luego mediante un *grupo de trabajo*.

Perfil previo del Comunicador para la salud

El perfil general validado por los expertos que finalizaron la consulta Delfos fue el siguiente:

Características generales

Es un profesional con ética y valores marcados, líder de opinión en su área, con formación científica y humanística, en comunicación y en salud, y en comunicación para la salud en particular; debe mostrar respeto por las diferencias, la multiculturalidad, capacidad para educar, conocimiento de las condiciones locales y del ámbito comunitario, así como clara responsabilidad social, interesado en la mejora sostenible del bienestar individual y colectivo. Se trata de una persona familiarizada con mecanismos y métodos de

investigación y producción tanto de información científica como de productos biomédicos.

Desde el punto de vista comunicacional, es alguien con habilidad para trabajar en equipos, comunicarse eficazmente, y para comprender contextos y audiencias.

En cuanto a sus competencias en comunicación para la salud, se trata de un profesional especializado en el área, con manejo de diferentes formatos y estilos de comunicación, competencia para usar distintos medios de masas en lenguaje no codificado, entrenado para valorar el conocimiento científico y capacidad para diferenciarlo de lo que no es científico.

Es capaz de generar mensajes informativos motivadores de cambios positivos en los hábitos y estilos de vida de las comunidades y familias, de apoyar procesos permanentes de definición de políticas de salud, toma de decisiones y de determinar cuáles metas son factibles a través de la comunicación, así como de identificar temas y problemas de salud a partir de contextos específicos que pueden obrar sobre prácticas sociales y calidad de vida de auditorios determinados. Es alguien preocupado por la actualización disciplinar y por la discusión sobre la práctica de la comunicación para la salud.

Funciones sociales del comunicador para la salud

Informar, fundamentalmente, aunque también debe ser un mediador - articulador de procesos y códigos comunicativos, así como un educador. La información que produzca debe ser oportuna, preventiva, concientizadora, educativa, de calidad, confiable, contextualizada, analítica, plural, útil y actualizada.

Valores del comunicador para la salud

Los valores fundamentales del comunicador para la salud son la responsabilidad social, la ética y la capacidad de trabajo en equipo.

Actividades del comunicador para la salud

El comunicador en salud debe estar en condiciones de desarrollar habilidades complejas de comunicación, mantenerse actualizado a través de revistas biomédicas y de bases de datos, conocer y manejar fuentes de información institucional de estadísticas sanitarias (nacionales e internacionales), vincularse con sociedades científicas

“

El comunicador en salud debe estar en condiciones de desarrollar habilidades complejas de comunicación, mantenerse actualizado a través de revistas biomédicas y de bases de datos, conocer y manejar fuentes de información institucional de estadísticas sanitarias (nacionales e internacionales)

”

nacionales e internacionales, reflexionar sobre mensajes comunicacionales, modelos y prácticas de salud.

Además, deberá diseñar y ejecutar estrategias comunicacionales para todas las audiencias necesarias, definir y producir contenidos comunicacionales (ya sean divulgativos, periodísticos, producciones audiovisuales, electrónicas o multimedia), generar bases de datos de fuentes fiables, planificar, coordinar y ejecutar actividades comunicativas en entes públicos y privados, vincularse y trabajar en equipo con profesionales de los medios de comunicación social, desarrollar prácticas de comunicación organizacional y consultorías de comunicación, formar a comunidades organizadas en materia de comunicación, actuar como mediador-articulador entre comunidades y grandes públicos y entre diversos lenguajes, códigos y sistemas de comunicación. En el ámbito más específico del periodismo en salud, deberá ser capaz de hacer reporterismo y periodismo de investigación.

La visión del grupo de trabajo

Una vez convenidos estos resultados, se procedió a estructurar la otra consulta grupal, que realizaría un análisis funcional de la

comunicación para la salud usando como insumo base el perfil general desarrollado por los expertos del Delfos.

En el espacio elegido para la realización de la sesión de grupo de trabajo, se plantearon las interrogantes básicas -según Irigoin y Vargas (2002)- para la realización del análisis funcional:

- ¿Cuál es el propósito de un comunicador en Salud? (para definir el propósito clave)
- ¿Qué debe hacer principalmente un comunicador en salud? (para establecer las funciones clave)
- ¿Cuáles son las funciones básicas que debe realizar un comunicador en salud? (para determinar las unidades de competencia)

Luego de un debate reflexivo se identificó el propósito clave (el cual “describe lo que es necesario lograr; se centra en mostrar el resultado de la actividad productiva bajo análisis”) y las funciones clave (“qué hay que hacer para lograr este propósito”) del comunicador para la salud. Las unidades de competencia fueron validadas por Internet. El propósito clave del comunicador para la salud en Venezuela es: *Desarrollar procesos sistemáticos de comunicación que contribuyan a promover sociedades saludables.*

Funciones clave y funciones básicas

Las funciones clave y las funciones básicas (o unidades de competencia) se desagregaron de la siguiente manera:

A.-Producir discursos sobre salud que contribuyan a construir contextos y referentes comunes y significativos para las distintas audiencias

A.1.-Actuar como mediador-articulador entre comunidades, grupos y grandes públicos, y entre diversos lenguajes, códigos y sistemas de comunicación.

A.2.-Identificar temas y problemas de salud a partir de contextos específicos que pueden obrar sobre prácticas sociales y calidad de vida de auditorios determinados.

A.3.-Diseñar y ejecutar estrategias comunicacionales diferenciadas según las necesidades y características de las distintas audiencias.

A.4.-Diseñar y producir contenidos comunicacionales (ya sean divulgativos,

periodísticos, producciones audiovisuales, electrónicas o multimedia), que generen motivación, emoción y reflexión sobre salud.

B.-Desarrollar estrategias de articulación /mediación entre los distintos actores sociales para promover conductas saludables

B.1.-Promover el diseño y la ejecución de estrategias de comunicación para lograr consenso, diálogo y negociación de los involucrados en los distintos procesos de intervención en salud

B.2.-Producir estrategias de comunicación que faciliten la participación –en rol principal- de las comunidades en los procesos de diagnóstico, diseño, gestión, seguimiento y evaluación de las intervenciones en salud.

B.3.-Ofrecer herramientas sobre comunicación para la salud a comunidades y grupos organizados.

C.-Desarrollar conocimientos y actitudes críticas y éticas frente a la información y los procesos de salud

C.1.-Identificar e interactuar responsablemente con fuentes pertinentes y confiables, sobre los distintos ángulos y puntos de vista en torno a los procesos de salud.

C.2.-Conocer y manejar sistemáticamente fuentes de información científica e institucional (nacionales e internacionales), así como bases de datos de origen confiable

C.3.-Valorar el conocimiento científico y desarrollar la capacidad para diferenciarlo de lo que no es científico.

D.-Fomentar el seguimiento y la evaluación de los procesos y de las prácticas de salud y de comunicación en salud

D.1.-Hacer seguimiento de los procesos tanto de comunicación como de práctica sanitaria generando indicadores que permitan observar, revisar y evaluar los resultados.

D.2.-Promover la difusión de los resultados de la evaluación de los procesos de comunicación y de las intervenciones en salud

D.3.-Fomentar la familiarización entre los distintos actores involucrados en las prácticas de intervención sanitaria y de comunicación de distintos métodos de evaluación de procesos

E.-Articular, entre la sociedad y el Estado,

“

Vale la pena recordar que un solo comunicador no necesariamente debe manejar todas estas competencias (aunque debe tener nociones de los elementos que permiten desarrollarlas)

”

el diseño y la ejecución de políticas públicas y de comunicación para la salud.

E.1.-Promover el diseño y la ejecución de políticas nacionales, regionales y locales de comunicación para la salud.

E.2.-Apoyar procesos permanentes de definición de políticas de salud, de toma de decisiones y de determinación de metas factibles a través de la comunicación.

E.3.-Aplicar estrategias de comunicación y de negociación para colocar en la agenda pública los temas de salud

E.4.-Favorecer la discusión pública responsable y equilibrada para promover y evaluar políticas de salud.

E.5.-Planificar, coordinar y ejecutar actividades comunicativas y de negociación en entes públicos y privados para facilitar acuerdos que hagan factible el desarrollo de políticas en salud y comunicación.

F.-Promover el respeto por la diversidad y el reconocimiento del otro en la comunicación para la salud

F.1.-Desarrollar estrategias de comunicación para promover una cultura de paz y de respeto a las diferencias culturales, religiosas, étnicas, sexuales y sociales de las distintas personas, grupos

y comunidades que interactúan en los procesos de salud.

F.2.-Identificar los distintos elementos culturales que median la apropiación entre los colectivos de los procesos o prácticas de salud y diseñar discursos acordes con ellas.

F.3.-Desarrollar estrategias de comunicación para fomentar el reconocimiento de valores, capacidades y logros de las distintas personas, grupos y comunidades que interactúan en los procesos de salud.

G.-Evaluar, proponer cambios y utilizar eficazmente los medios de comunicación para promover sociedades saludables

G.1.-Establecer métodos que permitan conocer detalladamente las características, alcance e impacto de los distintos medios de comunicación en las audiencias que participarán en los procesos de comunicación en salud.

G.2.-Analizar las características de la información sobre salud difundida a través de los distintos medios y proponer formas novedosas de presentación.

G.3.-Vincularse y trabajar en equipo con profesionales de los medios de comunicación social.

G.4.-Promover y facilitar la actualización profesional de los comunicadores en salud que laboran en instancias públicas y privadas.

Vale la pena recordar que un solo comunicador no necesariamente debe manejar todas estas competencias (aunque debe tener nociones de los elementos que permiten desarrollarlas), como bien lo ha aclarado la experta en competencias María Irigoín:

Un mapa funcional no representa lo que una persona debe saber y poder hacer, sino el campo en su totalidad. En el caso del mapa funcional de la comunicación para el desarrollo y el cambio social, es posible que una persona no esté en capacidad de saber o realizar todo lo que aquel contiene. Sin embargo, la situación ideal es que una organización cuente con personal, voluntarios o contratistas que conjuntamente puedan realizar todas las competencias que identifica el mapa (Irigoín et al, 2002:10).

En Venezuela, la comunicación para la salud ha encontrado espacios laborales en: a) los medios de comunicación (impresos, audiovisuales o electrónicos), sobre todo desde una perspectiva informativa/ divulgativa; b) la centros de investiga-

ción, universidades, instituciones públicas y centros de asistencia privados, en tanto comunicación organizacional/ información/ divulgación; c) los laboratorios, agencias de publicidad y grupos de consultoría, en cuanto a persuadir, promover, y d) las organizaciones no gubernamentales, en funciones de mediación/articulación/ promoción de la salud. Esta área parece estar en proceso de crecimiento.

Probablemente algunas competencias serían principalmente desarrolladas por quienes tengan orientación específica por determinadas áreas. Por ejemplo, los más interesados en la información/divulgación probablemente se enfocarán en las competencias enunciadas en las funciones A, C y F; los que trabajen en ONG's quizás se encaucen hacia las competencias de las funciones B, D, E y F, por citar algunas posibilidades. Lo importante será que en las organizaciones haya comunicadores capaces de desarrollar todas las funciones antes descritas.

Las competencias que el grupo de expertos consultados consideró determinantes para el ejercicio de la comunicación en salud, conjuntamente con los resultados del Delfos, permitieron construir el conjunto de competencias, habilidades y conocimientos que debe desarrollar un comunicador para la salud en el contexto venezolano y que son las siguientes:

Habilidades fundamentales

- Comunicar eficazmente
- Comprender contextos y audiencias (respetando diferencias culturales y sociales)
- Manejar formatos y estilos de comunicación
- Analizar las diferentes situaciones comunicativas y de salud
- Identificar temas y problemas de salud para cambiar prácticas sociales
- Trabajar en equipo
- Usar métodos y recursos participativos,
- Relacionarse sin prejuicios
- Motivar, movilizar a las personas
- Coordinar tareas, planificar, organizar
- Investigar y evaluar

“

Reconocer la comunicación para la salud como proceso de aprendizaje social en el que todos los involucrados aprenden en una relación dialógica, y se eluden las relaciones de poder (un emisor que conoce y una audiencia que ignora) es otro aprendizaje importante

”

Conocimientos

- Teorías y práctica de la comunicación
- Teorías del desarrollo social
- Sociología de la comunicación
- Psicología de la comunicación
- Situación sanitaria de Venezuela
- Legislación y políticas en salud
- Nuevas tecnologías de información
- Métodos cuantitativos y cualitativos de análisis y recolección de datos
- Trabajo en equipo
- Estudios del discurso aplicados al área divulgativa
- Desarrollo comunitario
- Producción de contenidos audiovisuales y electrónicos
- Sociología de la comunicación
- Psicología de la comunicación
- Ética, bioética, valores

Los expertos han coincidido en que si se trata de profesionales del ámbito comunicacional deberían formarse más específicamente en materia de salud, pero si proceden del área de salud deberían adquirir habilidades de la esfera comunicacional. Eso hace pensar en la necesidad de un curso de nivelación previo al postgrado, que permitiera establecer criterios comunes de referencia. De esta manera, los contenidos del postgrado podrían ser más específicos de la comunicación en salud propiamente.

A partir del mapa funcional y específicamente de las unidades de competencia y las tareas, será posible desarrollar en el futuro un diseño curricular basado en competencias, que suele establecerse en forma de módulos de aprendizaje.

A manera de conclusiones

Algunas de las enseñanzas de este proceso que, creemos, vale la pena asentar son los siguientes:

Resulta obligante revisar los marcos desde los cuales trabaja el comunicador para la salud, y parece necesario moverse, como propone Cees Hammelink, del paradigma de la transmisión al paradigma de la interacción (Hammelink, 2005), lo cual también implicaría un comunicador capaz de usar el diálogo como práctica de trabajo y de vida. Otro desafío es usar las nuevas tecnologías de la información para propiciar encuentros y formas novedosas de educación y construcción común de sentidos.

Se impone la necesidad de asumir que la comunicación para la salud está inserta en prácticas culturales híbridas, en las que operan múltiples mediaciones. Darle espacio a una construcción común en la que se reconozca el papel protagónico de diferentes actores, particularmente de las comunidades involucradas, será fundamental para comunicar y para compartir salud, y sobre todo, para hacer comprender la enorme dimensión ciudadana que tiene la salud (como derecho y como responsabilidad).

Reconocer la comunicación para la salud como proceso de aprendizaje social en el que todos los involucrados aprenden en una relación dialógica, y se eluden las relaciones de poder (un emisor que conoce y una audiencia que ignora) es otro aprendizaje importante. Ello implica partir de una perspectiva compleja en que la comunicación se relacione con diferentes disciplinas, pero también con los llamados “saberes vulgares” o de sentido co-

mún, imprescindibles para entender a las audiencias.

Y comenzar a pensar la comunicación desde la perspectiva de la promoción de la salud, y más específicamente con la intención de proponer una cultura de la calidad de vida, es otra reflexión que valdrá la pena plantearse en los próximos tiempos.

Ahora bien, esto obliga a formar profesionales con una perspectiva comunicacional más amplia, capaces de darles nuevos significados a las formas tradicionales de comunicación para la salud, con habilidades y competencias que le permitan relacionarse con diferentes actores, disciplinas, modelos, estrategias y criterios, así como a ponerlos al servicio de la gente para que ésta, libremente, decida sus prioridades en materia de salud y de cambios.

Y justamente, una de las fallas detectadas por los investigadores de diferentes países es la carencia de espacios académicos donde formar este profesional, por lo que ésta se constituye en una de las tareas urgentes en los próximos tiempos.

En el caso específico de Venezuela, no hay políticas de formación en esta área, que ha quedado en manos de un voluntarismo no profesionalizado y en general poco capacitado para enfrentar los desafíos que plantea la comunicación para la salud. Ésta, se sigue asociando con el periodismo (a lo sumo el periodismo científico o de salud), las relaciones públicas o las prácticas publicitarias. Es, como hemos dicho antes, una práctica en situación de orfandad.

Sin embargo, es un espacio de trabajo desaprovechado: bastaría con pensar en las más de 2.400 instituciones que ofrecen servicios en salud y que pertenecen tanto al sector público como al privado, sin contar con instituciones académicas y hasta medios de comunicación social que podrían emplear a estos profesionales.

El enfoque de las competencias parece un punto de partida útil para la construcción de propuestas curriculares orientadas a la comunicación en salud.

Sobre la base de este enfoque, la investigación determinó una serie de competencias que prefiguran un comunicador que tiene como eje la promoción de so-

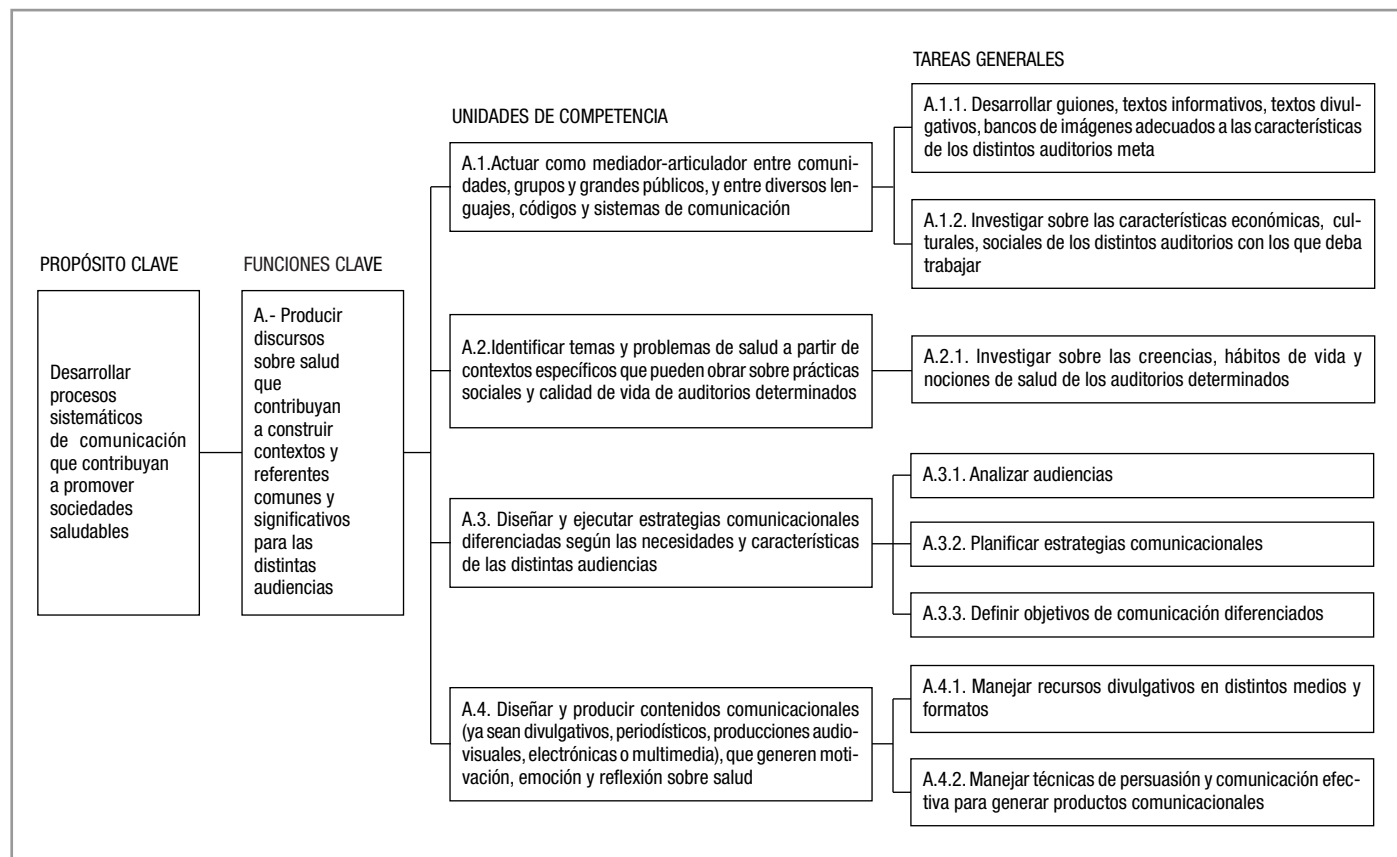
ciudades saludables a través de la comunicación.

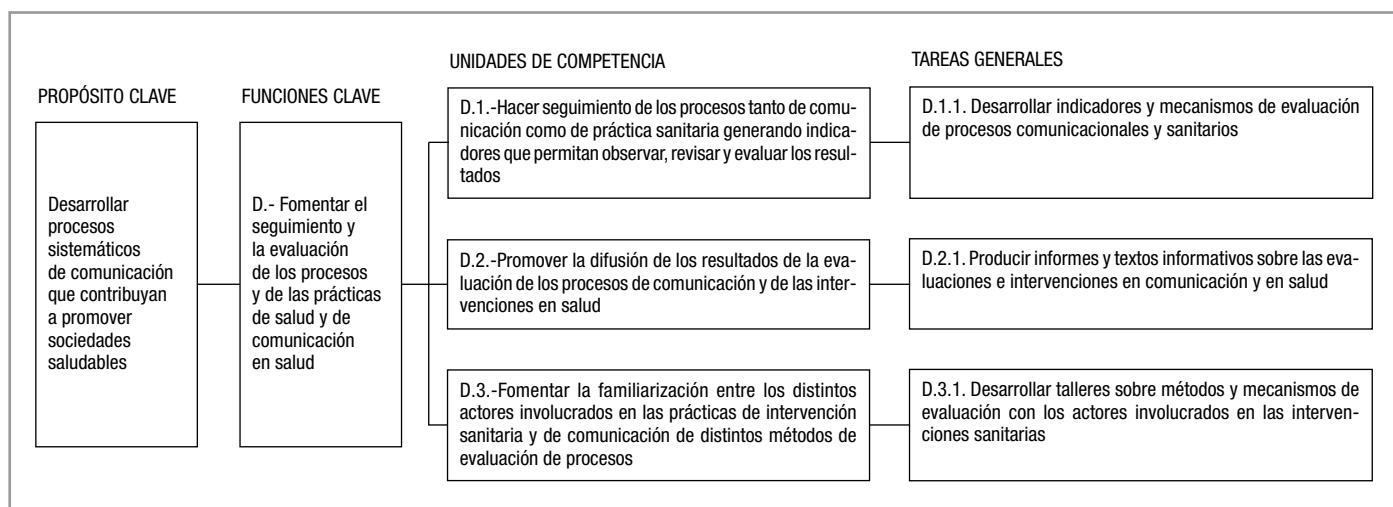
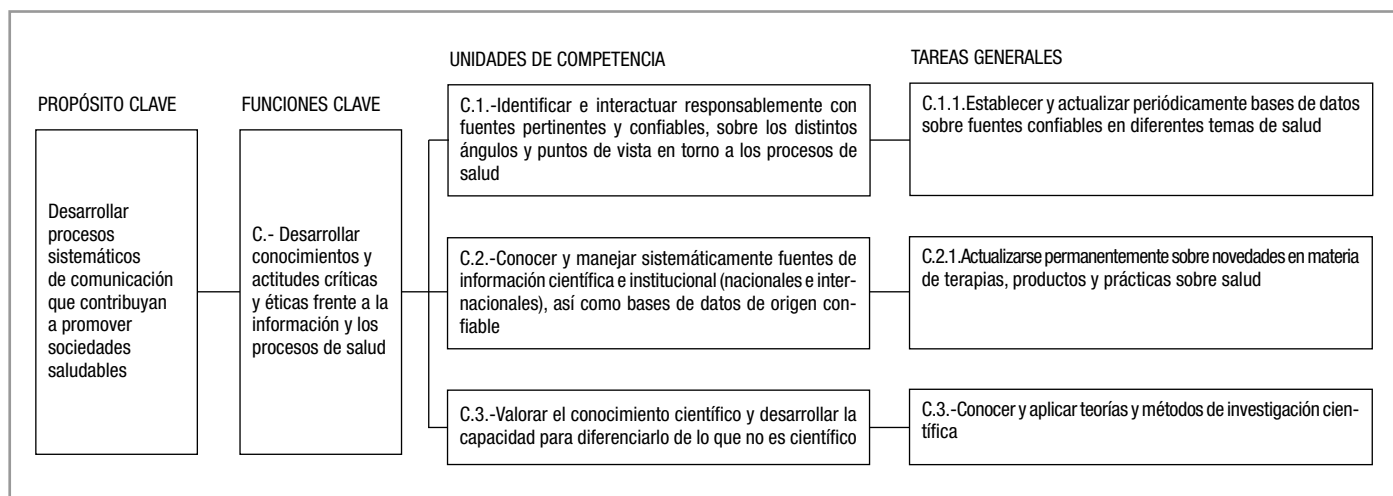
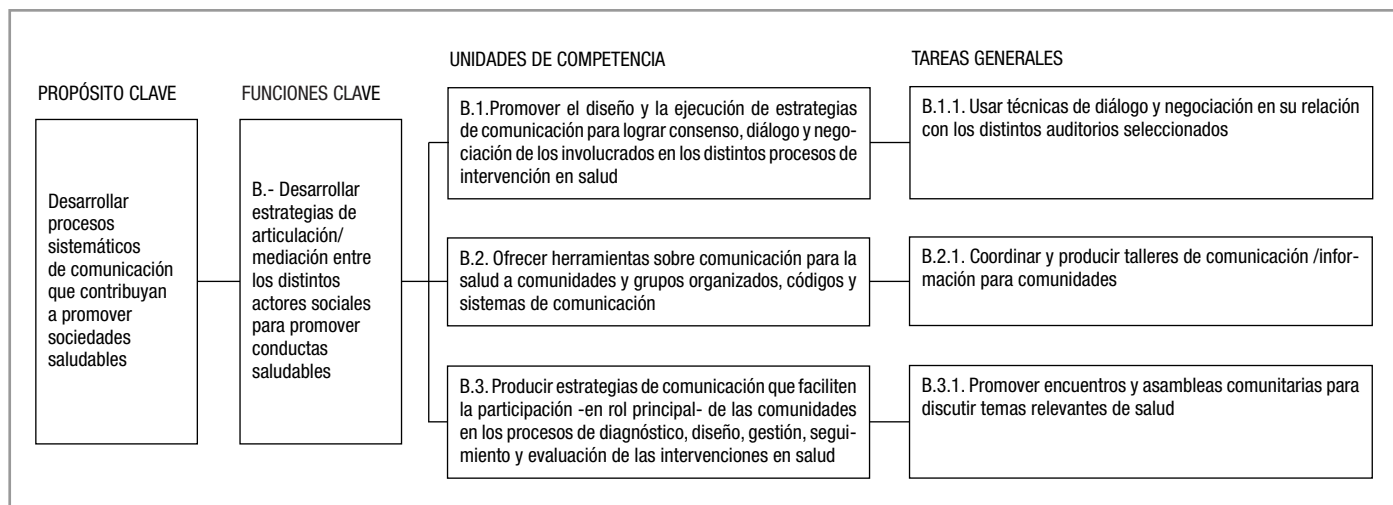
Fue caracterizado como un articulador de lenguajes, de procesos, capaz de interactuar respetuosamente con actores muy diferentes, de hacer seguimiento y evaluación de los procesos en que esté involucrado, de trabajar en la mediación entre Estado y sociedad para impulsar el diseño y la ejecución de políticas públicas, así como en la promoción del respeto por la diversidad y las diferencias.

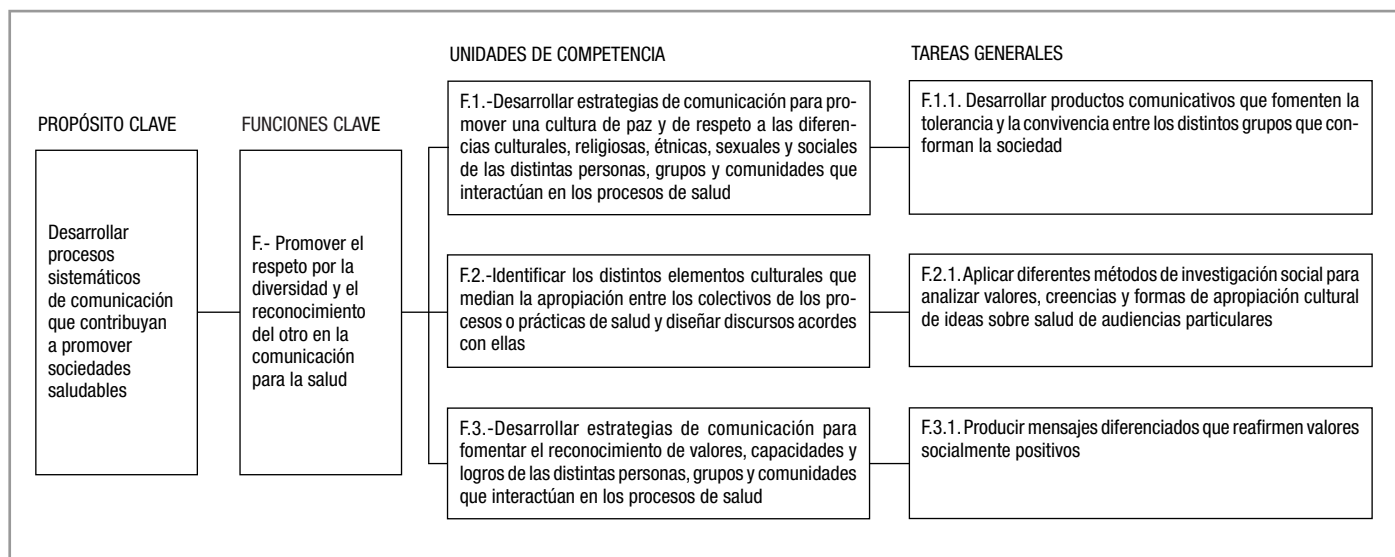
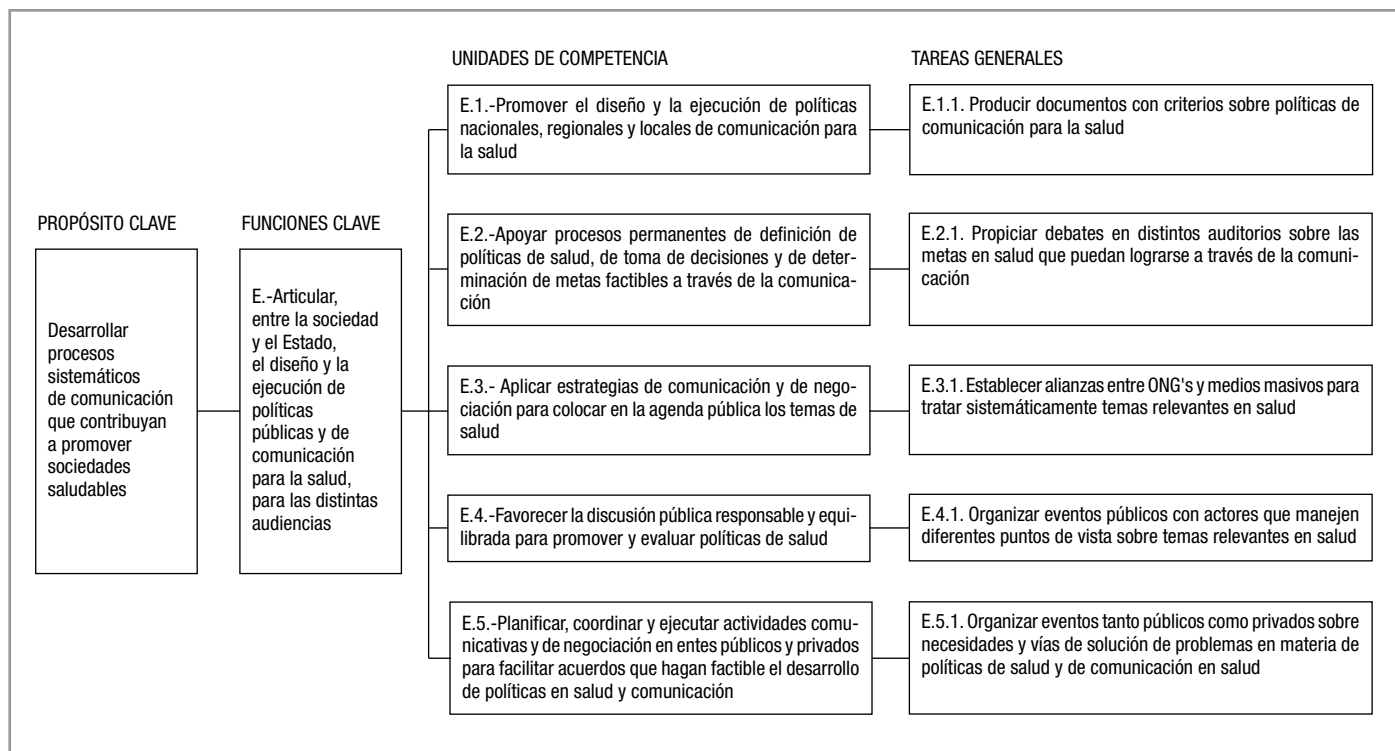
Este visión profesional se encuentra enmarcada dentro de los aprendizajes y desafíos planteados en el continente en cuanto a las funciones del comunicador para el cambio social y específicamente el comunicador para la salud.

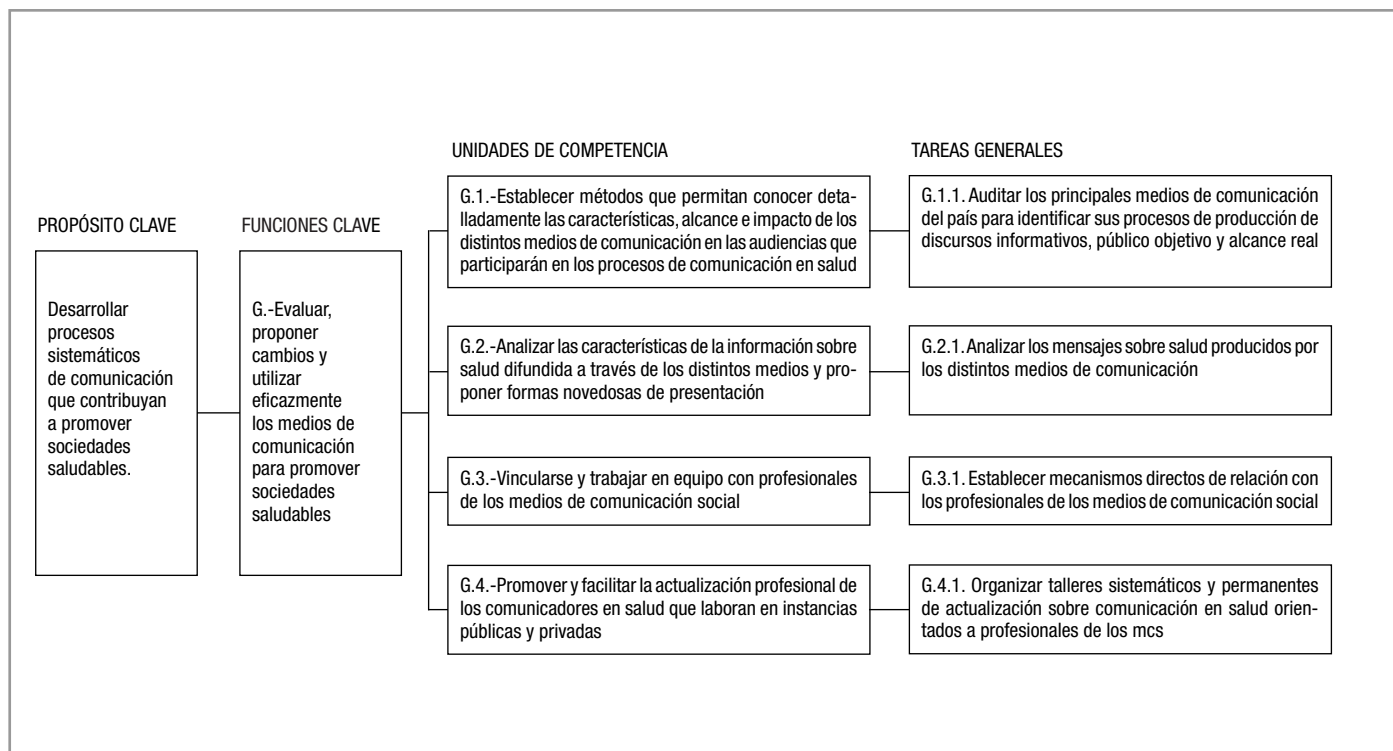
■ **Acianela Montes de Oca es comunicadora social con amplia experiencia en el área de salud. Jefa del Departamento de Periodismo de la Escuela de Comunicación social de la UCAB. El presente documento es una síntesis de su trabajo de ascenso.**

MAPA FUNCIONAL DE LA COMUNICACIÓN PARA LA SALUD EN VENEZUELA









Referencias

- Alfaro, Rosa María (2004) "Culturas populares y comunicación participativa", en *Revista Comunicación. Estudios Venezolanos*. Segundo Trimestre, N° 126. Caracas, pp.12-20.
- Alfaro, Rosa M. (2004) *Desencuentros Comunicativos en Salud*. Consorcio de Universidades del Perú – Proyecto CHANGE. Lima, Perú. En <http://www.comminit.com/la/pensamientoestrategico/pensamiento2004/pensamiento-18.html>
- Castro, Alicia et al. (2003) *Comunicación en Salud: Lecciones Aprendidas y Desafíos en el Desarrollo Curricular*. Organización Panamericana de la Salud- Proyecto CHANGE. En http://www.comminit.com/la/downloads/Lecciones_Aprendidas.pdf. Recuperado el 19 de abril de 2005
- Cinterfor/OIT (2004) *Conceptos básicos sobre competencia laboral*. En <http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/complab/xxx/esp/xxxviii.htm>. Recuperado el 10 de diciembre de 2005
- Coe, Gloria (1998). *Comunicación Social y Salud de los Trabajadores*. Caracas: Mimeo
- Gumucio, Alfonso (2005) *Comunicación para el cambio social: El Nuevo Comunicador*. En Infoamérica. <http://www.infoamerica.org/articulos/textospropios/gumucio6.htm>. Recuperado el 2 de mayo de 2005
- Hamelink, Cees (2005) "De la integración e identidad a la colaboración y autonomía". En *Sala de Prensa*. N° 84. año VI, Vol. 3. <http://www.sala-deprensa.org>. Recuperado el 2 de mayo de 2005.
- Healthcom (1995) *Herramientas para desarrollar destrezas en comunicación para la salud*. Washington (Mimeo).
- Irigoin, M.; Vargas, F. (2002) *Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud*. Cinterfor- OIT- OPS. Montevideo. En <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/catalogo/autor/irigo.htm>. Recuperado el 16 de diciembre de 2005
- Irigoin, María et al. (2002). *Mapa de competencias de la comunicación para el desarrollo y el cambio social: Conocimientos, habilidades y actitudes en acción*. CHANGE Project- USAID. Washington. En www.changeproject.org/pubs/competenciesreport_sp.pdf. Recuperado el 18 de marzo de 2005
- Organización Mundial de la Salud (2004) *Informe sobre la salud en el mundo 2004: cambiamos el rumbo de la historia*. En <http://www.who.int> Recuperado el 10 de Noviembre de 2005
- Roeder, Estela (2004) *Desarrollo de capacidades en comunicación para la salud: ¿desde dónde ubicar los nuevos paradigmas?* Consorcio de Universidades del Perú – Proyecto CHANGE. Lima, Perú. En <http://www.comminit.com/la/teoriasdecambio/teorias2004/teorias-13.html>. Recuperado el 13 de octubre de 2005
- Roeder, Estela (2004) *Desarrollo de capacidades en comunicación para la salud: ¿desde dónde ubicar los nuevos paradigmas?* Consorcio de Universidades del Perú – Proyecto CHANGE. Lima, Perú. En <http://www.comminit.com/la/teoriasdecambio/teorias2004/teorias-13.html>. Recuperado el 13 de octubre de 2005
- Serrano, Carmen R (2003). *Estrategias de cooperación con los países. Informe de situación sobre desarrollo de recursos humanos en salud*. OPS-OMS. En http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/Recursos_Humanos.doc. Recuperado el 3 de Enero de 2006
- Uranga, W, Femia, G y Díaz, H (2002) *Acerca de la práctica social de los comunicadores. Consideraciones teóricas, metodológicas y políticas. Una mirada sobre comunicación y salud*, ponencia presentada en el II Congreso Nacional de Comunicación y Salud, La Paz, 28 al 30 de octubre de 2002. En [www.cpcbol.org/ Archivo %20-PDF/ Washin% 20Uranga.pdf](http://www.cpcbol.org/Archivo%20-PDF/Washin%20Uranga.pdf). Recuperado el 13 de octubre de 2005
- Wallack, L (1990) *Dos métodos para promover la salud en los medios de comunicación social*. California. Foro Mundial de la Salud. Mimeo.