

Comunicación para la salud y estilos de vida saludables: aportes para la reflexión desde la salud colectiva *

Soledad Rojas-Rajs¹
Edgar Jarillo Soto²

ROJAS-RAJS, SO.; SOTO, E.J. Health communication and healthy lifestyles: contributions towards reflection on collective health. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.46, p. 587-99, jul./set. 2013.

This study discusses the need for a complex perspective regarding health communication, in order to go beyond an instrumental view of its conception and implementation. In particular, through analyzing the focus of communication directed towards behavioral change that promotes healthy lifestyles, it was proposed to extend the way in which health communication is conceived, starting from setting the problem. This would integrate some analytical strands that would make it possible to account for the many aspects and contradictions of the health communication process.

Keywords: Health communication. Public health. Theoretical object. Problem area.

Este trabajo plantea la necesidad de una mirada compleja hacia la comunicación para la salud, con el fin de ir más allá de una visión instrumental de su concepción y ejercicio. Analizando en particular los enfoques de comunicación dirigidos al cambio de conducta que promueven la adopción de estilos de vida saludables, propone ampliar desde el momento de la problematización la forma en que se concibe la comunicación para la salud, integrando algunos ejes analíticos que permitan dar cuenta de las múltiples aristas y contradicciones de los procesos de comunicación para la salud.

Palabras clave: Comunicación para la salud. Salud pública. Objeto teórico. Campo problemático.

* El presente texto es resultado de la reflexión preliminar de la línea de investigación de comunicación y salud, en el contexto de la investigación "Comunicación en salud: hacia una reconstrucción desde la salud colectiva" (Rojas-Rajs, 2013).

¹ Doctorante en Ciencias en Salud Colectiva y la Maestría en Medicina Social, Departamento de Atención a la Salud, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Calzada Del Hueso 1100, Edif. Central 2º piso, Col. Villa Quietud, Del. Coyoacán, C.P. 04960, México, D.F. saludproblema@correo.xoc.uam.mx

² Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva y la Maestría en Medicina Social, Departamento de Atención a la Salud, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Introducción

En este trabajo se plantean algunos elementos para enriquecer el debate sobre la comunicación para la salud como un objeto teórico. Su objetivo es aportar a su (re) construcción teórica en el marco de la salud colectiva latinoamericana. Nuestro planteamiento es que para este fin es útil concebir la articulación entre comunicación y salud, como campo problemático en el sentido de Zemelman (1987), a fin de ampliar tanto la multiplicidad de problemas derivados de una mirada más compleja, como el entramado conceptual y metodológico con que se abordan la construcción de conocimiento y experiencias concretas de comunicación y salud.

Sobre comunicación en salud o para la salud existe un campo disciplinario constituido pero aún en construcción. Como disciplina particular la comunicación en salud es relativamente joven, pues su impulso decisivo se originó a partir de la década de los 80. En los últimos años la validación del campo se ha constituido en el ámbito académico (Silva, 2001; Alcalay, 1999). Cada vez hay un mayor número de áreas, programas de especialización y proyectos de investigación asociados a comunicación y salud en las instituciones educativas y existen diversas publicaciones científicas específicas sobre el tema. No obstante, se puede encontrar cierto consenso sobre la necesidad de profundizar y acrecentar el conocimiento sobre comunicación en salud. Algunos autores señalan que los conocimientos sobre los resultados de las estrategias de comunicación para la salud y sus procesos de evaluación aún son limitados (Martínez Fernández, 2007; Salazar, Vélez, 2004; Silva, 2001; Alcalay, 1999); o que las metodologías y acercamientos al análisis de los fenómenos de comunicación en el campo de la salud (Conde, Pérez Andrés, 1995) son un terreno que requiere más desarrollo. También se ha planteado la necesidad de revisar más ampliamente las experiencias concretas de comunicación para la salud y los distintos problemas asociados tanto al carácter dialógico y participativo; como a la recuperación de las perspectivas y modos de vida de los sujetos destinatarios de la comunicación, aspectos que – idealmente – deberían ser parte de cualquier proceso de comunicación efectivo (Beltrán, 2010; Gumucio-Dagron, 2010; Tufté, 2007).

Además de estos planteamientos, la mayoría centrados en el nivel instrumental de las intervenciones, es posible identificar nudos problemáticos ubicados en un nivel más general, en relación con el análisis de los fundamentos teóricos de la comunicación para la salud (Tufté, 2007). La investigación a la que se adscribe este trabajo propone analizar los fundamentos del modelo hegemónico³ en comunicación para la salud: Health Communication estadounidense (HC), tal como la describe Schiavo (2007) o lo que podría llamarse comunicación en salud para el cambio de conducta, que constituye el referente que orienta el ejercicio actual de comunicación institucional sobre estilos de vida saludables en gran parte de los países de América Latina y del mundo. Desde mediados de los 80 y en especial desde la década de los 90 del siglo pasado, se ha destacado el papel de la comunicación para la salud como intervención para propiciar el cambio de “conductas de riesgo”, postulando su efectividad para promover la adopción de estilos de vida saludables (Coe, 1998). Esta propuesta fue impulsada y respaldada por el Banco Mundial (World Bank, 1993), la Organización Pan Americana de la Salud (OPS, 1997, 1996a) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998, 1996).

³ En el sentido que utiliza Breilh al recuperar esta categoría gramsciana: una forma de dominio que no se ejerce simplemente mediante la fuerza, sino a través de liderazgos morales e intelectuales y que se destaca por conformar alianzas, en las cuales “hegemónicos y subalternos contratan prestaciones recíprocas” (2003, p.173). Así, el dominio no se puede ejemplificar sólo como relaciones verticales, sino que implica intercambios y condicionamientos recíprocos que no son unidireccionales. Breilh apunta que en la acción hegemónica, al cubrirse algunas necesidades de los dominados, estos encuentran en ella algo útil, lo que fortalece su legitimación.

Este trabajo aborda dos preguntas centrales: ¿cuáles son algunos de los debates sobre HC?; y ¿desde qué categorías teóricas y con qué tipo de enfoque es posible abordar la comunicación para la salud, con miras a plantear su reconstrucción como objeto teórico desde la salud colectiva?

El interés por (re) construir el objeto comunicación para la salud en el marco de la salud colectiva, parte del reconocimiento de la comunicación como un campo de conocimiento e intervención (Jarillo, López, 2007) que puede generar transformaciones para mejorar la salud pública, pero que en ausencia de una mirada que recupere la complejidad de los procesos de determinación social, también puede reproducir el estado de las cosas, especialmente las desigualdades en salud, por ejemplo constituyendo una intervención única al considerar que por el simple hecho de poseer información las personas podrán tomar decisiones distintas sobre su salud y forma de vivir. Por lo tanto, se trata de elaborar aproximaciones a la comunicación desde una perspectiva de conocimiento sobre salud que asume su dependencia de procesos de determinación social y de la respuesta social a los problemas de salud, en términos de prácticas y políticas; y que además busca transformaciones y soluciones distintas a las hegemónicas. Por ello, este trabajo se aleja de posiciones de neutralidad, dado que parte de una concepción determinada de la salud, sus procesos de determinación social y su carácter histórico-social; con ello se busca enriquecer el debate sobre qué es hoy y qué debería ser la comunicación para la salud.

Comunicación en salud para el cambio de conducta o health communication: algunos debates

Hoy en día la comunicación es un componente de los sistemas de salud y parte de las acciones de prevención y promoción de la salud. La Organización Mundial de la Salud (1998) considera la comunicación como una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener los temas sanitarios importantes en la agenda pública. Como parte de las prácticas de los servicios de salud, es impensable que los sistemas de salud prescindieran de ella (Alcalay, 1999) y los comunicadores consideran que ningún programa de salud dirigido a sectores amplios de la sociedad puede concebirse al margen de la comunicación (Gumucio-Dagron, 2004).

Sin embargo, comunicación en salud o comunicación para la salud es un concepto amplio empleado para aludir a múltiples prácticas comunicativas, en distintos niveles sociales y relacionales. Así, puede ser utilizado para dar cuenta tanto del uso de medios masivos de comunicación y otros medios tecnológicos para difundir, proponer y/o promover contenidos e información sobre salud, como de las amplias formas de comunicación en la atención en salud que realizan los trabajadores de la salud, en sus prácticas profesionales o formativas, o la comunicación sobre salud de distintos actores sociales. Hablar de comunicación para la salud implica referirse a un campo que no puede reducirse en su complejidad, porque en él se entrecruzan los temas y problemas de las distintas miradas y posiciones sobre la salud así como los diversos debates problematizados sobre características, funciones y efectos de la comunicación en la vida social, así como sus alcances como intervención.

Para delimitar, este trabajo se refiere a la comunicación para la salud que tiene como eje principal el cambio de conducta de los individuos, por el impacto que ha tenido en el conjunto de las prácticas de comunicación en salud. Schiavo (2007) propone utilizar el término "Health Communication", pues se refiere a una conceptualización de la comunicación y su práctica diferente de la promoción de la salud y de la "comunicación para el cambio social" latinoamericana que emergieron en los años 70, y que recupera el modelo inicialmente llamado de "comunicación social" que promovieron OMS, OPS y otros organismos multinacionales como el Banco Mundial, centrado en producir comunicación para generar efectos en las conductas individuales, con impacto en la salud. Podemos considerar que hoy en día HC constituye un modelo hegemónico de comunicación para la salud con programas e instituciones específicos articulados en los sistemas nacionales de salud de Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, entre otros países. HC es también el fundamento de propuestas sobre comunicación para la salud para América Latina y uno de sus objetivos centrales es la promoción de estilos de vida saludables.

Si bien no hay una definición única de HC, es posible encontrar gran cantidad de definiciones técnicas e instrumentales⁴. Desde la OPS, se trata de “un proceso de presentar y evaluar información educativa persuasiva, interesante y atractiva que dé por resultado comportamientos individuales y sociales sanos” (Coe, 1998, p.26). Otros autores la describen como el uso de técnicas y tecnologías de comunicación para informar e influenciar positivamente las decisiones individuales y colectivas que afectan la salud (Mailbach, Holtgrave, 1995). Aunque estas definiciones son amplias e incluyen como “cambio de conducta” acciones tan diversas como el incremento del uso de los servicios de salud, la aceptación y seguimiento de tratamientos (por ejemplo, antirretroviral supervisado) o la participación social en programas de detección precoz (como cáncer cérvico uterino); también se refieren a modificar la forma en la que las personas viven su vida cotidiana, particularmente al integrar el concepto de estilos de vida saludable, cuyo origen se remonta a 1974 con la propuesta del Informe Lalonde en Canadá sobre los cuatro grandes ámbitos de la salud (Lalonde, 1996). Este informe incorporó la noción de estilo de vida como el factor más relevante para preservar o perjudicar la salud humana (por sobre los factores biológicos, el ambiente y la organización de los servicios de salud), afirmando que los estilos de vida están fuera del control de los servicios sanitarios y dependen de las elecciones de las personas. La concepción de que la salud depende mayoritariamente de las decisiones individuales y por tanto, es responsabilidad de los individuos, se convirtió en una idea dominante particularmente desde los años 90, cuando el Banco Mundial (World Bank, 1993), OPS (1997, 1996a, 1996b) y OMS (1998, 1996) respaldaron esta postura. No se puede obviar que este planteamiento es coherente con el proceso de neoliberalización de la vida social, donde los individuos pasan a ocupar el lugar protagónico de los hechos sociales y la responsabilidad de los colectivos o el Estado para generar o encauzar soluciones sociales se diluye (López, Blanco, 2007).

El debate crítico sobre estilos de vida saludables cuenta ya con nutridos aportes desde la salud colectiva (ver: Cerda, 2010; Benach, Muntaner, 2008; Carvalho, 2008; Possas y Testa, en Almeida-Filho, 2000; Menéndez, 1998) y los cuestionamientos son múltiples. Por ejemplo, se discute que exista una verdadera capacidad de elección respecto a todo aquello que determina la salud humana. También, que se pasan por alto las circunstancias sociales donde los sujetos se desarrollan, como si todo dependiera de una opción personal y no compelida por eventos culturales y sociales. Igualmente, se ha planteado que estilos de vida saludables constituye una perspectiva limitada de los determinantes sociales de la salud, porque reduce al sujeto a lo individual y unitario (Almeida-Filho, 2000), lo abstrae de su momento histórico y lo considera como independiente de sus condiciones y situaciones de vida.

Estas y otras críticas sobre las posibilidades reales de los individuos para tomar decisiones “saludables” no han permeado con gran impacto en la concepción general de la comunicación en salud para insistir en el cambio de conducta como el centro de su acción. Al analizar los términos de algunos de los debates al interior de la perspectiva de la comunicación para la salud se puede identificar que la efectividad de las intervenciones de comunicación es el eje en torno al cual están articuladas las críticas. Por ejemplo, se señala que las condiciones y comportamientos identificados como riesgosos no se modifican únicamente por disponer de información o recibir una indicación atractiva de que hay que cambiar y cómo hacerlo (Martínez Fernández, 2007). Difícilmente se puede observar una relación directa y medible entre la disminución de indicadores de enfermedad y las tareas de comunicación dirigidas a promover estilos de vida saludables,

⁴ Una gran parte de los textos disponibles sobre HC en bases de datos científicas para diciembre de 2010, son de carácter técnico o instrumental, revisiones de experiencias específicas de comunicación o evaluaciones de acciones de comunicación. En general, hay poco desarrollo teórico explícito, en comparación con la literatura instrumental. (Revisión de publicaciones científicas de diciembre del 2010 en PubMed).

también la evaluación de resultados es una de las áreas más oscuras de la comunicación para la salud. Otros señalamientos se relacionan con las limitaciones de la comunicación, especialmente cuando plantea cambios imposibles o inviables para los sujetos por las condiciones de vida reales de las personas, por cuestiones culturales o ideológicas (Beltrán, 2010), aunque este autor no profundiza sobre los factores estructurales que generan este tipo de “obstáculos para la comunicación” y más bien ofrece alternativas para sortearlos (como evitar ciertos mensajes, medios o formatos) sin involucrarse con ellos.

En la comunicación de estilos de vida saludables por lo menos se podría identificar ambivalencia: la OMS calcula que en el futuro aumentarán los problemas de salud como enfermedades crónico-degenerativas y obesidad, adicciones, VIH-SIDA y enfermedades de transmisión sexual, todo ello con independencia de la conducta de los sujetos y más articulado con el desarrollo social actual, mientras que desde el campo de la investigación y aplicación del cambio de conducta a través de la comunicación para la salud se ubica el comportamiento como un componente crucial en la producción de esas enfermedades. En la década de los 90 del siglo pasado una buena parte de los textos sobre comunicación para la salud destacaban su potencial para detonar cambios conductuales, pero veinte años después no son claros sus resultados positivos. En la última década algunos autores tratan de explicar el “fracaso” de la comunicación de estilos de vida saludables y la permanencia de las conductas no saludables. Incluso, se ha llegado a plantear que la comunicación para la salud es una disciplina en crisis (Tufté, 2007).

Sin embargo, aunque diversos autores señalan problemas en la práctica de la comunicación para la salud, sus soluciones no difieren fundamentalmente en la conceptualización, ni de los modelos de comunicación, ni de la salud, sino constituyen miradas más bien instrumentales y engarzadas con la efectividad de las intervenciones y están centradas en qué hacer y qué no, pero no en cómo pensar la comunicación para la salud. Así, continúan interpretando y perpetuando la función definida para la comunicación para la salud: promover cambios conductuales centrados en los individuos. Una gran parte de los debates se mantienen en ese nivel. Por ejemplo, frente al problema de resultados limitados de la comunicación en áreas como la prevención y los estilos de vida, Alcalay (1999) propone que esto se resolvería cuando los profesionales de la salud desarrollen habilidades de comunicación, ya que si bien tienen conocimientos científicos sobre los hábitos y conductas que favorecen la salud, no necesariamente saben cómo comunicar efectivamente esta información, de forma que pueda ser utilizada por la sociedad; es decir, parte de entender la comunicación como información. En este mismo orden de ideas, Martínez Fernández (2007) señala la necesidad de ajustar la comunicación para lograr “mayor impacto” y propone una comunicación más agresiva de los riesgos y daños a la salud, más disuasiva que persuasiva. Ambos autores consideran que el problema está más bien en los métodos, técnicas y formas de comunicación. Silva (2001), al caracterizar las funciones y objetivos de las prácticas de comunicación reduce los problemas a la cobertura y difusión, la transmisión de información, la efectividad técnica de las ejecuciones y la estrategia de segmentación de audiencias o la efectividad de las intervenciones. De esta manera, su interpretación de la comunicación es más estratégica que conceptual, más técnica que teórica y está referida a la instrumentación: mensajes, medios, formatos, canales, estrategias, como si fuesen asuntos independientes de las problematizaciones sobre la salud en su dimensión social. Como rasgo general en los planteamientos de autores como los mencionados, la problematización de los procesos de determinación social de la salud (Breilh, 2003; Almeida-Filho, 2000) o el carácter social de los procesos de salud-enfermedad (Laurell, 1982) están ausentes en el análisis y de las propuestas de mejora de las estrategias de comunicación.

Por otro lado, desde la amplia tradición en el desarrollo y conceptualización de modelos alternativos de comunicación de América Latina (Cuberli, 2008), particularmente sobre comunicación participativa, destaca el valor y las contribuciones de múltiples experiencias de aplicaciones concretas de comunicación para la salud, que han generado cambios concretos en la salud de colectivos sociales, como diversos proyectos de base social en Bolivia (Gumucio-Dagron, 2010). En un gran número de experiencias participativas, la comunicación ha logrado convertirse en mediadora de la acción social (Del Valle Rojas, 2007). Desde el desarrollo de la comunicación en el pensamiento latinoamericano hay que señalar las importantes contribuciones teóricas sobre la concepción del carácter dialógico de los procesos de comunicación, el reconocimiento de la capacidad de acción y cambio de los sujetos de la comunicación y

la visión de que existe una relación permanente entre sociedad y comunicación, dado que no se puede existir ni transformarse sin comunicación (cfr. Beltrán, 2010). Esto ha permitido la elaboración de planteamientos más conceptuales relativos al reconocimiento de los sujetos destinatarios de la comunicación y la identificación de problemas en el modelo emisor-mensaje-receptor, un viejo nudo problemático para las teorías de la comunicación. El interés por una mayor y mejor comprensión de la cultura (interculturalidad), identidad, intereses, perspectivas y cuestiones afectivas de los "públicos", se ha señalado como una vía posible para mejorar la efectividad de la comunicación para la salud.

Sin embargo, integrar los conceptos "interculturalidad" y "diálogo" sin superar el enfoque instrumental puede también ser limitado. Por ejemplo, cuando únicamente se busca hablar en el mismo idioma que los destinatarios para ser persuasivos (Tufté, 2007; Martínez Fernández, 2007), sin una reflexión de fondo sobre los múltiples factores sociales que inciden en los problemas de salud. Comunicadores latinoamericanos como Beltrán (2010) o Del Valle Rojas (2007) plantean la necesidad comprender a las audiencias, su psicología y sus condiciones de vida, pero más bien en el sentido de optimizar la persuasión y el convencimiento, no como una formulación crítica de los modelos de comunicación aplicados en el campo de la salud o de las propias condiciones de vida. Por ejemplo, hay escasas críticas hacia modelos como el marketing social, que proponen específicamente que la salud (la conducta saludable) es un producto que hay que vender, con lo que reducen el ejercicio de la comunicación a un conjunto de habilidades persuasivas y técnicas de venta sin revisar siquiera que en la lógica de mercado no existe para la mayoría de la población del mundo la elección libre del consumo⁵.

No es que no exista entre los comunicadores la noción de que la salud es también un asunto social, pero se considera que esta situación no es un tema que esté relacionado con la comunicación, por lo que se tiende a pensar en los determinantes como condiciones inmutables o cuya transformación es independiente del ejercicio de la comunicación para la salud. Pero si estas determinaciones sociales son históricas y por tanto, pueden transformarse, la comunicación para la salud puede jugar un papel en esa transformación. Por ello se considera que abordar la comunicación para la salud como un objeto teórico desde las miradas de la salud colectiva y la medicina social latinoamericanas, contribuye a enriquecer su desarrollo y fortalecimiento.

El objeto Comunicación para la Salud desde la salud colectiva: una propuesta preliminar de ejes problemáticos y categorías analíticas

Partir de la concepción de que la salud humana está socialmente determinada, implica reconocer su carácter socio-histórico, es decir, entender lo social y lo histórico como inherente a cualquier concepción de los problemas humanos y de la realidad (Zemelman, 1987). Zemelman plantea que la construcción de un campo problemático, como puede ser la teoría y praxis sobre comunicación para la salud, implica problemas epistemológicos y ontológicos: el punto no es **qué** pensar sobre un tema particular, sino **cómo** pensar sobre la realidad donde se ubica ese tema particular. Así, elaborar una propuesta teórica sobre comunicación para la salud desde la salud colectiva requiere un abordaje diferente de las categorías analíticas que fundamentan los debates actuales sobre la HC. Como punto de partida se han identificado cuatro ejes de discusión y algunas categorías, que necesitan mayor discusión o incluso, replantearse: los primeros dos ejes están relacionados con la

⁵ Así como se puede cuestionar la capacidad de elección y autonomía de los individuos para adoptar estilos de vida saludables, también es posible cuestionar si la práctica de la comunicación dirigida a los cambios de conducta es un asunto de elección para América Latina y el Caribe. Coe (1998) señala que para la década de los 90 el 80% de los préstamos del Banco Mundial en la esfera sanitaria incluyeron un componente de comunicación para la salud. O, que subvenciones de salud y nutrición otorgadas por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) destinaron fondos específicos para comunicación, que para fines de los años 90 se calcularon aproximadamente en 20 millones de dólares para América Latina y el Caribe. Si la comunicación para la salud para el cambio de conducta es un elemento de evaluación para atraer recursos y financiamiento puede considerarse que condiciona el tipo de comunicación de las instituciones de salud, es decir, la respuesta social de atención en salud desde ese ámbito.

concepción de la salud, el tercero está relacionado con la concepción de la comunicación y el último, aborda la concepción de los sujetos de la comunicación en salud (Cuadro 1).

Cuadro 1. Matriz de análisis para la Comunicación en Salud

	Eje problemático	Categorías analíticas
Concepción de la Salud	Individual/ Social	Conducta Equidad
Concepción de la comunicación	Causalidad directa/ Procesos de determinación social Funcionalidad causal/ Relaciones de funcionalidad	Riesgo Totalidad compleja Necesidades en salud Función Efectividad Función disciplinaria (normalización, poder)
Concepción de los destinatarios de la comunicación	Perspectiva del sujeto	Individual/Colectivo Clientes y consumidores Receptores pasivos/activos Audiencias y públicos Estilos de vida saludables

El primer eje analítico refiere a la concepción de la salud y los comportamientos “saludables”, en sus dimensiones individual y social. Algunos autores como Schiavo (2007) y Mosquera (2002), que revisan las teorías que han apoyado la conformación de la HC, destacan el aporte, para la definición de la praxis en comunicación, de teorías como la acción razonada, la social cognitiva o del aprendizaje social, los fundamentos de los modelos de mercadotecnia social y difusión de innovaciones, la comunicación persuasiva, las creencias en salud, la teoría de la concepción del mundo y diversas contribuciones desde las ciencias de la conducta, la educación para la salud, la antropología y la sociología. En este grupo teórico que fundamenta la HC se puede identificar que al menos los primeros cinco parten de una concepción de la acción de las personas en la dimensión individual, por encima de lo colectivo y social y destacan la posibilidad de tomar decisiones desde el libre albedrío, como si este fuera una condición natural preexistente en los individuos. En cambio, desde la salud colectiva, lo social es un nivel de análisis con mayor fuerza de explicación de los fenómenos, subordinando la dimensión individual, aunque sin obviarla. En este sentido es que habría que repensar la categoría conducta y su concepción como un resultado individual o social; y también el concepto de equidad, poniendo en duda la noción de libre albedrío de las conductas, puesto que en sociedades inequitativas las decisiones individuales están condicionadas por desiguales grados de libertad de los sujetos (Breilh, 2003).

El segundo eje se encuentra en el problema de la causalidad lineal o directa frente a la concepción de multicausalidad y multidimensionalidad de los problemas de salud. En la salud colectiva se propone la perspectiva de los procesos de determinación social de la salud, o lo que podría llamarse una comprensión holística y compleja de estos fenómenos, que se puede abordar a partir de un enfoque

dialéctico sobre la salud (Samaja, 2004; Minayo, 2003). La primera perspectiva, que nutre los referentes de la HC, está acorde al enfoque biomédico hegemónico⁶, que identifica causas directas o etiología de la enfermedad desligadas de su dimensión social. Este enfoque se puede reconocer en la actual temática de la comunicación en salud sobre estilos de vida saludables, construida desde la idea de que la salud depende de evitar factores destructores (riesgos) y propiciar factores protectores. Pero si entendemos la salud como un proceso social (Laurell, 1982) producto de complejas interacciones entre lo biológico, lo económico, lo cultural, lo político, lo histórico, la noción de causalidad directa es limitada y el concepto de riesgo necesita pensarse vinculando estas dimensiones⁷. Ante esto, una alternativa que apunta a la reconstrucción del objeto salud enfermedad, es entender los procesos de comunicación en salud y fundamentar su ejercicio y práctica como intervención, desde una perspectiva más amplia y comprensiva, para lo cual es útil el concepto dialéctico de totalidad compleja discutido por Samaja (2004) al mencionar la importancia de entender los fenómenos y el pensamiento sobre salud en términos de "totalidades complejas con historia" y "sistemas adaptativos complejos", que no son inmóviles y se transforman. En concordancia, Zemelman (1987), también plantea que desde una problematización de la totalidad, la reconstrucción de los problemas de investigación no parte de objetos completamente teorizados (o preformados, como sucedería desde un enfoque disciplinario dentro del paradigma positivista), sino que se nutre de la problematización de la realidad, siempre más compleja y rica que cualquier teoría. Así, la reconstrucción teórica desde un razonamiento dialéctico permite una relación recíproca entre realidad material y teoría, lo que obliga a la ampliación y la experiencia de la subjetividad del sujeto investigador. Hay que agregar que entender el concepto salud como proceso con carácter histórico y social, significa fundamentalmente basarlo y explicarlo por la realidad que lo determina: esto es, la estructura y dinámica de la sociedad, el grado de desarrollo de sus fuerzas productivas, el tipo de relaciones que establece, el modelo económico, la forma de organización del Estado y sus políticas, las formas de distribución y acceso a los recursos, bienes y servicios. Todos estos niveles estructurales y relacionales pueden ser abordados desde la perspectiva dialéctica de la totalidad⁸, que se contrapone a la noción cartesiana de imposibilidad de conocimiento del todo y por lo tanto su segmentación sucesiva para conocerlo. Tal fragmentación es compatible y está en la base epistemológica de la noción de riesgo en tanto valor gnoseológico en la concepción de salud y en las estrategias de intervención, como ocurre en la epidemiología. Desde este eje analítico, la categoría necesidades en salud cobra entonces gran importancia, pues la definición de las mismas depende de cómo se conciben los problemas de salud y las estrategias de intervención (Breilh, 2003).

El tercer eje problemático se encuentra en el análisis de los modelos de comunicación en salud para el cambio de conducta sobre estilos de vida saludables, lo que implica una determinada concepción de la comunicación. Aunque generalmente es planteada como un asunto técnico, indudablemente tiene implicaciones teóricas. La HC centra el potencial de la comunicación en su función para conseguir efectos, proponiendo que información y persuasión permiten el cambio de conducta. Sobre la función de la comunicación se plantea una amplia gama de problemas de distinto orden y en distintos niveles. Por una parte, desde las diversas teorías de la comunicación, esta visión correspondería más a una concepción lineal de los procesos de comunicación, que en los debates de la segunda mitad del siglo XX ha sido ampliamente superada (Maignet, 2005; Mattelart, Mattelart, 1997) que al reconocimiento de las diversas condiciones socioculturales que en parte determinan la forma en que viven las personas o a

⁶ Menéndez (2004) sintetiza las características de su propuesta sobre modelo biomédico hegemónico en las siguientes características: biologicismo, a-historicidad, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, tendencia a la medicalización de los problemas y también, identificación ideológica con la racionalidad científica hegemónica.

⁷ Las limitaciones del concepto riesgo, cuenta también con una nutrida discusión desde la salud colectiva, que debate las insuficiencias de su concepción lineal como causa-efecto, entre otros aspectos (Almeida-Filho, Castiel, Ayres, 2009; Almeida-Filho, 2000; Menéndez, 1998).

⁸ El concepto de totalidad no quiere decir que para tener una perspectiva histórica hay estudiar todos los planos de la realidad social y en todos los tiempos, pero sí requiere tener en cuenta esa totalidad, en cualquier estudio particular de sus distintos fragmentos o piezas constitutivas (referentes empíricos y materiales), que para conocerse, comprenderse y explicarse no pueden prescindir del análisis de sus relaciones previas en múltiples dimensiones.

una concepción de la comunicación como proceso con mediaciones. Por otra parte, desde la salud colectiva, la categoría función cobra un sentido distinto, en tanto puede ser comprendida desde la totalidad y no se limita a estímulos que generan respuestas en una relación causal. Los términos relaciones de funcionalidad o ligadura funcional de Samaja (2004) (de orientación kantiana) describen su forma de concebir las funciones, no como circunstancias aisladas, sino como parte de un todo complejo, que contribuyen a su conservación y reproducción. Desde la dimensión simbólica la categoría función sobre la comunicación en salud y su relación con la efectividad, también requiere una revisión de la función disciplinaria, en el sentido de Foucault (1999), lo que conduce a las categorías de normalización y poder, dado que a través de la comunicación de estilos de vida saludables se construye el imaginario de lo normal y aceptado, al mismo tiempo que se instituye posiciones sobre lo patológico y condenable. En este orden de ideas, de gran importancia en el contexto latinoamericano - aunque fuera de la discusión sobre los modelos de comunicación en salud para el cambio de conducta - esto permite abordar también el uso político de los mensajes sobre salud, tema que amerita incluirse en una reconstrucción de la comunicación en salud, en tanto es parte de una estrategia de intercambio de poderes para sostener posiciones hegemónicas en el campo político y en la esfera de la salud.

Por último, un cuarto eje de análisis lo constituye la perspectiva del sujeto que desde el modelo de comunicación en salud hegemónico se construye y que está directamente relacionada con la concepción tanto de la salud, como de la comunicación. En este sentido, la revisión de Del Valle Rojas (2007) plantea que los modelos afines a la comunicación de estilos de vida saludables, como el marketing social y la difusión de innovaciones están fundamentados en las teorías de la modernización, esto es la promoción de cambios de conducta a través de la comunicación, que prometen conducirnos a un estado mejor o a un lugar mejor, por lo que parten de la desvalorización e incluso negación, del modo de vida de los sujetos. Como señala Del Valle Rojas, estos modelos, además de sustentar las lógicas de consumo, mercantilización y tecnologización, implican diseños verticales y jerárquicos reproductores del esquema de un mensaje enviado por un emisor activo quien detenta el patrimonio sobre el deber ser de una conducta a un receptor pasivo carente de nociones acertadas sobre su salud y por tanto implican concepciones reduccionistas sobre los sujetos sociales y el carácter dialógico de la comunicación. Paradójicamente a esta visión crítica de los modelos de comunicación, en años anteriores, Del Valle Rojas (2003) desarrolló un amplio manual sobre "comunicar salud", desde una mirada instrumental que describe a los sujetos como "clientes" y "consumidores" al señalar que "el consumidor debe ser el centro de cualquier esfuerzo comunicativo". La construcción de los sujetos receptores de la comunicación en salud como clientes y consumidores está acorde a las propuestas del Banco Mundial (World Bank, 1993) y de la OMS (2000), sobre la orientación al cliente de los servicios de salud y la satisfacción de los primeros como uno de los temas centrales en la evaluación de los segundos. Otra categoría utilizada es la de audiencia o público, que también denota y connota concepciones particulares del sujeto en su relación mercantil en tanto expectante de detalles sobre un producto material o simbólico para consumirlo en relaciones de mercado, pero sobre todo, destaca el poder del emisor.

En el análisis de la perspectiva del sujeto se entrecruzan categorías de otros ejes analíticos. Se puede señalar que entender a los sujetos como clientes y/o consumidores, destacar su responsabilidad como individuos, y definirlos como receptores, audiencias o públicos, implica respectivamente, una visión mercantilizada sobre la salud, una concepción de las responsabilidades sociales de atención limitadas a los sujetos y una forma de entender la comunicación como un proceso predominantemente unidireccional.

Finalmente y desde este eje, se debe revisar el concepto estilos de vida saludables, tanto en su carácter normalizador, su reducción a lo individual y su desvinculación de las condiciones objetivas de existencia. Para Chapela (2007) la temática invisibiliza la multiplicidad de condiciones de las que depende "la posibilidad de un sujeto saludable"; fragmenta las acciones de salud y refuerza (reproduce) la concepción de la situación de salud como resultado y responsabilidad de la acción de los individuos sin brindar posibilidades reales de cambio y transformación. Cerda (2010) señala que las intervenciones construidas sobre la temática de estilos de vida saludable limitan, cuando no definitivamente excluyen, la capacidad de agencia y cambio social de los sujetos, e ignoran la perspectiva de los derechos sociales, todo lo cual juega en contra de los fundamentos originales de la Promoción de la Salud.

Síntesis

Para pensar la comunicación en salud de una forma distinta que supere los límites impuestos por la noción de estilos de vida saludables, es necesario salir del espacio circunscrito que representa el debate técnico e instrumental sobre la comunicación en salud y situarse en un nivel teórico más general, donde lo conceptual marque las pautas de las implicaciones técnicas e instrumentales. Así, el problema no será centralmente qué y cómo se hace, sino la comprensión misma de la comunicación para la salud, de sus posibilidades prácticas en contextos determinados en los que confluyen sujetos, instituciones y distintas fuerzas y poderes que detentan quienes allí participan. Para ello es valiosa la reconstrucción del objeto teórico desde la salud colectiva; por ejemplo, desde los cuatro ejes propuestos que permiten contrastar con categorías conceptualmente diferentes el modelo hegemónico de HC.

Ubicar los cuatro ejes analíticos permite establecer una crítica a ese modelo, donde los cuestionamientos apuntan a los aspectos torales para mostrar sus insuficiencias y al mismo tiempo se ofrecen propuestas de solución que sin desplazar o abordar un objeto distinto, dotan de un sentido diferente las categorías teóricas necesarias para transformar el objeto. Queda para el futuro la articulación entre los niveles teórico e instrumental, un paso indispensable pero que no puede realizarse sin problematizar inicialmente nuestra concepción de la salud, de la comunicación y de las personas para quienes se elabora comunicación para la salud.

Colaboración

Soledad Rojas-Rajs es responsable de la concepción general del texto y su desarrollo. Edgar C. Jarillo Soto es responsable de la revisión, correcciones y enriquecimiento bibliográfico. Ambos autores participaron en conjunto de la discusión conceptual de este trabajo.

Referencias

- ALCALAY, R. La comunicación para la salud como disciplina en las universidades estadounidenses. *Rev. Panam. Salud Publica*, v.5, n.3, p.192-6, 1999. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49891999000300020>>. Acceso en: 9 oct. 2012.
- ALMEIDA FILHO, N. *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial, Universidad de Lanús, 2000.
- ALMEIDA FILHO, N.; CASTIEL, L.D.; AYRES, J.R. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colect.*, v.5, n.3, p.323-44, 2009. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000300003&lng=es&nrm=iso>. Acceso en: 8 oct. 2012.
- BELTRÁN, L. Comunicación para la salud del pueblo: una revisión de conceptos básicos. *Estud. Cult. Contemp.*, v.16, n.31, p.17-65, 2010.
- BENACH, J.; MUNTANER, C. Desigualdades en salud: una epidemia que podemos evitar. Entrevista por Salvador López Arnal. *Rebelión*, 31 ago. 2008. Disponible en: <<http://www.rebelion.org/noticia.php?id=72000>>. Acceso en: 25 mar. 2010.

- BREILH, J. **Epidemiología crítica**: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.
- CARVALHO, S.R. Promoción de la salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. **Salud Colect.**, v.4, n.3, p.335-47, 2008. Disponible en: <<http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v4n3/v4n3a06.pdf>>. Acceso en: 15 abr. 2013.
- CERDA, A. Políticas dominantes en promoción de la salud: caracterización y cuestionamientos. En: CHAPELA, M.C.; CERDA, A. (Orgs.). **Promoción de la salud y poder**: reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos. México: Universidad Autónoma Metropolitana, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, 2010. p.70-95. (Serie Académicos CBS, n.94).
- CHAPELA, M.C. Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En: JARILLO, E.; GUINSBERG, E. (Eds.). **Temas y desafíos en salud colectiva**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007. p.347-73.
- COE, G. Comunicación en salud. Comunicación y promoción de la salud. **Chasqui Rev. Latino-am. Comunic.**, v.63, p.1-5, 1998. Disponible en: <<http://chasqui.comunica.org/coe.htm>>. Acceso en: 25 mar. 2010.
- CONDE, F.; PÉREZ ANDRÉS, C. La investigación cualitativa en Salud Pública. **Rev. Esp. Salud Pública**, v.69, n.2, p.145-9, 1995.
- CUBERLI, M. Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción. **Question**, v.1, n.18, p.31-6, 2008. Disponible en: <<http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/524/443>>. Acceso en: 9 oct. 2012.
- DEL VALLE ROJAS, C. Comunicación participativa: aproximaciones desde América Latina. **Rev. Redes.com**, n.4, p.113-30, 2007.
- _____. **Comunicar la salud**: entre la equidad y la diferencia. Chile: Ediciones Universidad de la Frontera, 2003.
- FOUCAULT, M. **Vigilar y castigar**: nacimiento de la prisión. 29.ed. México: Siglo XXI, 1999.
- GUMUCIO-DAGRON, A. Cuando el doctor no sabe: comentarios críticos sobre promoción de la salud, comunicación y participación. **Estud. Cult. Contemp.**, v.16, n.31, p.67-93, 2010.
- _____. Comunicación para la salud: el reto de la participación. 2004. Disponible en: <<http://www.infoamerica.org/articulos/textospropios/gumucio1.htm>>. Acceso en: 25 mar. 2011.
- JARILLO, E.; LÓPEZ, O. Salud Pública: objeto de conocimiento, prácticas y formación. **Rev. Salud Pública**, v.9, n.1, p.140-54, 2007.
- LALONDE, M. El concepto de 'campo de la salud': una perspectiva canadiense. En: Organización Panamericana de la Salud. **Promoción de la salud**: una antología. Washington: OPS, 1996. p.3-5. (Publicación científica, n.557).
- LAURELL, A.C. La salud-enfermedad como proceso social. **Cuad. Med. Soc.**, n.19, p.1-11, 1982.
- LÓPEZ, O.; BLANCO, J. Políticas de salud en México: la restructuración neoliberal. En: JARILLO, E.; GUINSBERG, E. (Eds.). **Temas y desafíos en salud colectiva**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007. p.21-48.
- MAIGRET, E. **Sociología de la comunicación y de los medios**. Bogotá: Fondo de Cultura Económica, 2005.

- MAILBACH, E.; HOLTGRAVE, D.R. Advances in public health communication. **Annu. Rev. Public Health**, v.16, p.219-38, 1995.
- MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, V. Hacia un nuevo marco estratégico de comunicación para la salud: el fracaso de los programas de prevención. **FISEC-Estrategias**, v.3, n.6, p.3-17, 2007. Disponible en: <<http://www.fisec-estrategias.com.ar/>>. Acceso en: 25 mar. 2010.
- MATTELART, A.; MATTELART, M. **Historia de las teorías de la comunicación**. Barcelona: Paidós, 1997.
- MENÉNDEZ, L.E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: SPINELLI, H. (Comp.). **Salud colectiva: cultura, instituciones y subjetividad**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004. p.11-48.
- _____. Estilos de vida, riesgos y construcción social: conceptos similares, significados diferentes. **Esudt. Sociol.**, v.16, n.16, p.37-67, 1998.
- MINAYO, M.C.S. Ciencia, técnica y arte: el desafío de la investigación social. En: _____. (Org.) **Investigación social: teoría, método y creatividad**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003. p.9-23.
- MOSQUERA, M. Comunicación en salud: conceptos, teorías y experiencias. **Comunit, La iniciativa de la comunicación, 2002**. Disponible en: <<http://www.comunit.com/en/node/150400>>. Acceso en: 27 mar. 2010.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. **Informe sobre la salud del mundo**. Ginebra: OMS, 2000.
- _____. **Promoción de la salud: glosario**. Ginebra: OMS, 1998.
- _____. **Comunicación, educación y participación: un marco y guía de actuación**. Washington: AMPRO/PAHO, 1996.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. **Communication and Health**. Subcommittee on Planning and Programming of the Executive Committee. Washington: OPS, 1997. Disponible en: <<http://www.paho.org/english/GOV/CE/SPP/doc199.pdf>>. Acceso en: 27 mar. 2010.
- _____. **Promoción de la salud: una antología**. Washington: OPS, 1996a. (Publicación científica, n.557).
- _____. **Modelos y teorías de comunicación en salud**. Washington: OPS, 1996b.
- ROJAS-RAJS, M.S. Comunicación y salud: Representaciones y discursos sobre salud en la televisión mexicana. 2013. Tesis (Doctorado) – Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México, D.F. 2013.
- SALAZAR, L.; VELEZ, J.A. Hacia la búsqueda de efectividad en promoción de la salud en América Latina. **Cienc. Saude Colet.**, v.9, n.3, p.725-30, 2004. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300022>>. Acceso en: 19 oct. 2012.
- SAMAJA, J. **Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004.
- SCHIAVO, R. **Health communication: from theory to practice**. USA: Jossey-Bass, 2007.
- SILVA, V. Comunicación y salud. **Inmediaciones Com.**, v.3, n.3, p.121-36, 2001.
- TUFTÉ, T. La comunicación y la salud en un contexto globalizado: situación, logros y retos. En: MORENO, M.; ARRIVILLAGA, M.; MALAGON, R. (Eds.). **La salud y la comunicación**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2007. p.25-34.

WORLD BANK. **World Development Report, 1993**: investing in health. England: Oxford University Press, 1993.

ZEMELMAN, H. **Uso crítico de la teoría**: en torno a las funciones analíticas de la totalidad. México: Universidad de las Naciones Unidas/CES, El Colegio de México, 1987.

ROJAS-RAJS, SO.; SOTO, E.J. Comunicação em saúde e estilos de vida saudáveis: contribuições para a reflexão sobre a saúde coletiva. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.46, p.587-99, jul./set. 2013.

O presente trabalho discute a necessidade de uma perspectiva complexa sobre a comunicação em saúde, a fim de ir além de uma visão instrumental de sua concepção e exercício. Analisando, em particular, os enfoques de comunicação dirigidos à mudança das condutas que promovem a adoção de estilos de vida saudáveis, propõe ampliar, a partir do momento da problematização, a maneira em que a comunicação em saúde é concebida, integrando alguns eixos analíticos que permitem dar conta das múltiplas facetas e contradições do processo de comunicação em saúde.

Palavras-chave: Comunicação em saúde. Saúde pública. Objeto teórico. Área problemática.

Recebido em 25/10/12. Aprovado em 23/06/13.

