Instituto de Investigaciones Gino Germani
IV Jornadas de Jóvenes Investigadores
19, 20 y 21 de septiembre de 2007

Nombre y Apellido: Milca Cuberli
Afiliación Institucional: becaria CONICET (Tipo I) IGG/(FCS-UBA)
Correo electrónico: milcacu@hotmail.com
Propuesta temática: Eje Nº8 Conocimiento y saberes.

"Acerca de la Promoción de la salud y una perspectiva comunicacional como proceso social en el campo de la salud"

Comunicación y Salud: relaciones e intersecciones de dos campos en formación

Comunicación y salud conforman dos campos, con fronteras dinámicas en continua definición, que prefiguran, construyen y determinan espacios de complejidad en diferentes niveles. Con la intención de una primera exploración acerca de la relación entre el campo de la comunicación y el de la salud (específicamente, la Promoción de la Salud) se describirán objetos y métodos de cada uno, intentando así, sentar interrogantes y cuestionamientos a partir del análisis de los conocimientos construidos en el campo de la salud que determinan los modos y sentidos de la comunicación.

En un principio, se enuncian los principales enfoques y corrientes que dieron lugar a la configuración de la comunicación como campo y a su objeto. Se delinearán además, dos perspectivas diferentes: la primera con amplia correspondencia según lo propuesto por la Promoción de la Salud (PS); la segunda acorde a una posibilidad para pensar y trabajarla desde otro estamento y modalidad.

En una segunda instancia se describirá el campo de la salud en base a sus definiciones, origen, propósitos y modalidades de acción, finalmente a través de un intento de definición de la comunicación centrada en las practicas sociales se intentara deconstruir y abordar a la PS en relación a una definición y metodología que considere al **proceso** como practica y sentido que subyace y atraviesa ambos campos respectivamente.

Acerca de la Comunicación: perspectivas reduccionistas y complejidades inacabadas

A los fines analíticos contemplados para este trabajo, se enunciarán dos perspectivas diferentes acerca de la comunicación. La primera, denominada **instrumental** se corresponde a

las funciones, demandas y propuestas que enuncia el discurso actual de la PS en relación a la comunicación y que asocia la misma, reduciéndola al uso y manejo de técnicas y medios de comunicación. La segunda perspectiva, denominada **procesal,** intenta ir más allá de los elementos contemplados en la anterior y posiciona la comunicación en el campo de las practicas sociales, como constitutiva de las mismas.

La comunicación se convirtió históricamente en un campo de estudio e investigación que podría definirse inmerso en una dinámica en construcción. *"Afectado por un síndrome de debilidad epistemológica y acosado no sólo por indefiniciones internas sino, sobre todo, por no reconocimientos (o desconocimientos) externos"* (Torrico Villanueva, 2004). Debilidad que configura el debate acerca del objeto de estudio del cual debería ocuparse la comunicación y construye consecuentemente diversos modelos, perspectivas y abordajes que coexisten, atravesando diversos periodos históricos. En una primera instancia la atención estuvo centrada en los medios de comunicación –con énfasis en los masivos-, lo que derivo al estudio de las funciones y efectos de los *contenidos*; posteriormente la mirada recayó en los *mensajes* y sus significados. Actualmente los debates y estudios se centran en los *contenido*s, su recepción y su reinterpretación.

En referencia a la primera perspectiva –**instrumental-** es posible enunciar enfoques[1] como el *Abordaje Pragmático*, que se basa en la transmisión eficaz y eficiente de la información y la comunicación. Se sitúan aquí los trabajos de Shannon y Weaver (1940), que proponen un esquema lineal pensado para máquinas (cibernética), donde la comunicación se considera exitosa cuando el destinatario recibe exactamente lo que la fuente ha organizado como mensaje a transmitir, no se contempla la preocupación por el sentido. Dentro del mismo abordaje, se posiciona el *enfoque de generación de efectos*, en el que subyace una concepción de los medios masivos valorizados como omnipotentes, capaces de inyectar valores y actitudes a las personas modificando sus conductas. Se presenta así la *Teoría Hipodérmica* cuyo postulado da cuenta que cada persona sería "*atacada"* por el mensaje (Wolf, 1987). Otra corriente, la de los *efectos limitados*[2], trata sobre la influencia que se construye en las relaciones comunitarias. Bajo el enfoque de *cumplimiento de funciones*, se relacionan los procesos de comunicación de masas con las características del contexto social en el que se producen, entonces para entender las comunicaciones surge como imprescindible considerar

[1] La siguiente clasificación fue elaborado en base al cuadro clasificatorio de "Enfoques por abordaje" propuesto por Erick Torrico Villanueva en su libro "*Abordajes y períodos de la teoría de la comunicación*" (2004) Editorial Grupo Norma.
[2] Denominada también estudios empíricos sobre el terreno.

el contexto. Coexistiendo con el anterior, surge *el enfoque de la influencia personal*, con autores referentes como Merton y Lazarfeld a través de la propuesta de la *Teoría de la Comunicación a dos pasos*, donde se postula que los mensajes siguen un flujo en dos etapas que contemplan las relaciones interpersonales donde se sitúan los líderes de opinión y el vinculo entre estos y las personas menos activas, -quienes podrán ser influidas por su accionar-.

En cuanto a la segunda perspectiva general propuesta, enunciada como **procesal**, surgen otras miradas posibles que postulan una crítica a la propuesta instrumental, por reducir la comunicación a la transmisión de sentido y configurar los medios de comunicación como transportadores de señales impidiendo analizar la complejidad de los procesos comunicacionales en si mismos. Bajo un *abordaje Político-Cultural*[3], puede hallarse una concepción de la comunicación que la define como un proceso de producción social de sentido donde se generan y circulan creencias y valores como manifestación intersubjetiva. Resulta imprescindible, entonces visualizar cuestiones estructurales y los contextos en los cuales los sujetos generan sus ideas e imaginarios, dado que los *procesos comunicacionales* no son autónomos de las condiciones materiales en las cuales se producen, pero a la vez valorar las transformaciones que los propios sujetos pueden realizar de esas condiciones heredadas a partir de una voluntad compartida. Se propone una dimensión antropológica de la comunicación, donde la cultura aparece como un principio organizador de la experiencia, un sentido práctico de la vida. Respecto a la constitución de su objeto de estudio, es importante reconocer a la comunicación como inherentemente social, una practica de producción y circulación significativa que subyace (y posibilita) la interacción humana.

El campo de la salud: complejidad dinámica e interactuante

El campo de la salud puede pensarse como un campo en formación, con límites elásticos y difusos por varias razones. Una de ellas, se refleja en la complejidad de los problemas que aborda, donde la mirada de diferentes saberes disciplinares confluyen y convergen para construirlos e intentar su abordaje. Pueden identificarse dos conceptos, *totalidad e historicidad* (Testa, 1989): el primero da cuenta de la salud como un fenómeno social (y la necesidad de una conceptualizacion global para pensar y trabajar las dimensiones que la determinan), el segundo propone lo social como producto de procesos históricos. Abordar *problemáticas de salud* (como se las llama generalmente) implica tener en cuenta que la

[3] Conviven en este abordaje y se han ido sucediendo enfoques como el de Los estudios culturales, La recepción critica, Las (multi) mediaciones, El consumo cultural y la Mediologia entre otros.

acción es ejercida sobre sujetos y grupos sociales que no sólo dan significado técnico a sus problemas, sino sobre todo significados subjetivos y sociales (Menéndez, 1994). Los padecimientos son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad y las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social. Por lo tanto los mismos desarrollarán por un lado representaciones y prácticas, pero también estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar y -si es posible- erradicar dichos padecimientos. Este saber implica la construcción de acciones, técnicas e ideologías, debe considerarse además que una parte de las mismas serán organizadas profesionalmente (Menéndez, 1994). Considerando la complejidad de los problemas que se presentan, es pertinente pensar las relaciones de articulación con otros campos en el intento de abordarlos, en el trabajo presente, con el de la *comunicación* específicamente.

Acerca de la Promoción de la Salud: historia reciente

El discurso acerca de la definición conceptual de la PS, presenta divergencias y heterogeneidades atravesadas por fuertes consideraciones políticas e ideológicas. Su desarrollo conlleva un cambio en el concepto de **salud** a partir de una crisis en el concepto biomédico, dando luz a un nuevo paradigma que establece a la misma como un concepto holìstico, positivo que concilia aspectos como la satisfacción de las necesidades básicas y el derecho a aspiraciones que todo ser humano (y grupo) desea tener (Restrepo, 2001). Hablar de PS significa incorporar la complejidad de condiciones que hacen (o podrían hacer) más saludables a los sujetos y a los conjuntos sociales (Labonte, 1994). La promoción de la salud necesita de la participación comunitaria para la definición de los problemas, en la toma de decisiones y en las medidas emprendidas para modificar y mejorar los factores determinantes de la salud. La propuesta es, en la construcción de problemas de salud, partir de la relación de este campo con las condiciones de vida, visibilizando los múltiples factores (sociales, físicos, psicológicos, económicos, etc.) que aportan e interfieren en la obtención de una vida saludable; enmarcada en características obtenidas a partir de habilidades individuales y acciones colectivas.

La fecha fundacional para este concepto fue 1986 en la Conferencia de Ottawa[4] y en la Carta de mismo nombre, un documento acerca de la PS considerado de excelencia en lo

[4] Dicha Conferencia fue organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Canadiense de Salud Publica y e Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, reunió a 200 delegados de 38 países, dando aprobación a este documento usado como marco de referencia para la PS. La Carta de Ottawa- rechaza el

instrumental y en lo conceptual[5] (Restrepo, 2001). Posteriormente, lo que surge se corresponde con un marco de referencia producto de dos décadas, donde diversas conferencias, documentos, prácticas y políticas de salud han dado sustento para construir un discurso, una retórica que promueva mediante la acción una *nueva salud publica*[6]. Aportaron estableciendo bases conceptuales y políticas las conferencias de Yakarta (1997) y México (2000) que posibilitaron enunciar: *"partiendo de una concepción amplia del proceso salud-enfermedad y de sus determinantes, la promoción de la salud propone la articulación de conocimientos técnicos y populares y la movilización de recursos institucionales y comunitarios, públicos y privados para su desafió y resolución"* (Buss, 2000).

Respecto a la definición propiamente dicha acerca de la PS[7], existen varias interpretaciones: que le asignan entidad de ciencia, disciplina, política o programa: *"... es una disciplina académica o mejor aún un conjunto (set) de varias disciplinas académicas"* (Bunton; Macdonald, 1992). La PS incorporaría dentro de su marco teórico-practico disciplinas como: Política Social, Educación, Sociología, Psicología. Epidemiología, Comunicación, Mercadeo Social, Filosofía y Economía. Disciplinas que crearían un *"nueva"*, con identidad propia y con posibilidad de aplicar técnicas y metodologías (de las demás disciplinas) dando una fuerza *multidisciplinaria* para producir *bienes sociales.* Así se le reconoce a la PS un carácter unificador al reunir campos de estudio para lograr acciones, lo que le daría el carácter de política: "*por cuando envuelve aspiraciones que implican transformaciones profundas en los ambientes, los individuos y los grupos, para cambiar las condiciones negativas a su pleno desarrollo"* (Restrepo, 2001) otros autores la consideran practica, corriente metodologica y hasta movimiento internacional. La reestructuración teórica en relación a la PS no esta cerrada, sus metas y objetivos serían mediante sus estrategias –*cedidas*- conseguir que los

---

enfoque de la educación para la salud tradicional, en el que la población desempeña un papel pasivo como receptora de los programas educativos desarrollados por los profesionales de la salud y los especialistas en comunicación (OPS/OMS,1996).

[5] Se diagrama una agenda para impulsar acciones (lineamientos prácticos para implementar las directrices) que contempla cinco áreas estratégicas: Construir Políticas Publicas Saludables, Crear entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales), Fortalecer la acción comunitaria, Desarrollar aptitudes personales (estilos de vida) y reorientar los servicios de salud.

[6] La relación que se establecería con la Medicina, es la relacionada con lo social, pero es la salud pública la que se relaciona más estrechamente, premovimiento un movimiento social que busque mejor nivel de salud.

[7] La carta de Ottawa pronuncia: "*La PS consiste en proporcionar a la gene los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma",* lo que señalaría más que una definición una propuesta de transformación. Existen dos dimensiones en las que se implementan las intervenciones de salud en la PS, la individual y la poblacional, sobre todo con énfasis en esta ultima, pero promoviendo conexión entre ambas: "*no se pueden concebir actividades educativas dirigida al individuo para que cambie su comportamiento, separadas del marco de políticas públicas saludables y de procesos participativos de empoderamiento*" (Restrepo, 2001).

individuos y las comunidades donde se insertan actúen más salutogenicamente, llegando a bienestar con equidad social (Restrepo, 2001).

Promoción de la Salud y el lugar de la Comunicación: práctica y sentido

En el marco de la relación ciencias sociales-salud en nuestro país, Mario Testa (1997) problematiza acerca de la falta de conceptualizacion respecto al proceso salud-enfermedad, producto de la escisión entre reflexión y práctica; señala que en materia de intervención es bajo la óptica de Estados Unidos (EEUU) que se piensan las practicas de salud. Así, en relación a las "*transferencias y propuestas*" de conocimientos y modalidades, puede enunciarse a la **Comunicación para el desarrollo** (CpD) como componente fundamental del origen de la Comunicación en Salud (CeS). (Si bien este trabajo realiza un análisis respecto a la comunicación y la promoción de la salud, es importante resaltarla como origen y parte de la misma).

Como practica y disciplina profesional, la CpD se origino en EEUU, a fines de la segunda Guerra Mundial y comenzó a practicarse en América Latina (AL) a partir de los últimos años de 1940. La propuesta, situada en el marco de la II Guerra Mundial, se plasmó en el desarrollo de técnicas de comunicación con el objeto de contrarrestar la propaganda enemiga y capacitar a reemplazantes de los soldados en el desempeño de puestos de agricultura, industria y servicios civiles (Beltrán, 1995). Se observa aquí una visión instrumental de la comunicación y un paralelismo de esta concepción con el difusionismo[8] , propuesta de intervención sobre la realidad social que en la década de 1950 cobro fuerza en Estados Unidos.

Se plasmará en AL recuperando la idea de control social dándole a los estamentos académicos la legitimidad para la promoción y la adopción de innovaciones. Se hicieron convenios cooperativos de EEUU con (y para) AL con el objeto de transmitir este aprendizaje e implementar programas de desarrollo en agricultura, salud y educación; creándose los primeros órganos de comunicación para educación no formal y técnica en la región, o sea, las primeras unidades de *comunicación para el desarrollo*. De esta innovación, surgen tres

[8] Torrico Villanueva describe al Difusionismo, en base a El enfoque de la "Difusión de Innovaciones" que contempla a la comunicación masiva como un factor de la modernización (desarrollo) de las sociedades atrasadas, donde se difunde modelos aportados por una "cultura donante" para que sean adoptados por otra "cultura aceptante".

subdiciplinas: información de extensión agrícola, educación audiovisual y educación sanitaria[9].

A principios de los 80, la Educación para la Salud (Eps) (o Educación Sanitaria) comenzó a ser superada por esta "*nueva disciplina*": *La Comunicación en salud* que daría cuenta de ciertas ventajas como: mayor y mejor empleo de medios masivos -sin desmedro de los interpersonales-, la tendencia a someter la producción de mensajes a un régimen de continua y rigurosa programación, la investigación del publico, su evaluación y efecto de los mensajes y en ultima instancia la facilidad de acceder a formatos participativos "*derivados de las praxis ganada por décadas en América Latina de la comunicación dialogica y democratizante*" (Fox; Coe, 1998). Se caracteriza por el empleo sistemático de medios de comunicación individuales, de grupo, masivos y mixtos; así como tradicionales y modernos, -como herramientas de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales al cumplimiento de los objetivos de los programas de salud pública- (Beltrán, 1998). Podría conceptualizarse así, la CeS como una modalidad, perspectiva que aparece auxiliar de las políticas de salud, cuyas funciones sería el informar y difundir principalmente.

Introduciendo específicamente la relación comunicación-PS, puede enunciarse que La Carta de Ottawa refiere entre sus ejes prioritarios tres procesos denominados *metodológicos* como el de *mediación* (para involucrar a todos los actores), el de *abogacía y cabildeo* (en relación a cuestiones de interés publico y su tratamiento) y el de la *información y comunicación social*, como mecanismos utilizados para respaldar los procesos que posibilitan la intervención de la PS[10]. Luis Ramiro Beltrán[11](1995) le otorga un papel central a la comunicación, tomando como referencia inicial el mismo documento, sostiene: *"la política de promoción de la salud demanda el apoyo de la comunicación social para ser aplicada. Sin recurrir a la comunicación, no pueden lograrse esos cambios"*. También señala, la importancia del manejo

[9] Sustentados por USAID, UNESCO; FAO y UNICEF, programas de las dos primeras se difundieron en los años 50, alcanzaron su auge en los 60, fueron declinando en los 70, hasta desaparecer en los 80, del siglo XX.

[10] La operativizacion se lleva a cabo mediante tres dimensiones: en primer lugar *los escenarios u ambientes*, le siguen las *estrategias principales* y finalmente los *grupos de población*. En relación a los primeros son territorios concebidos como ecológicos-sociales ponderando la fertilidad para crear procesos participativos donde la gente adquiere cada vez mayor capacidad de actuar y solucionar sus problemas. En relación a la segunda dimensión y considerando la PS como una nueva disciplina puede ubicarse un primer grupo de instrumentos en el area de la educación y comunicación de/para la salud[10], "*se encuentra profusión de referencias a las metodologías educativas, que es explicable porque la educación para la salud o educación sanitaria es más antigua que la PS"* (Restrepo, 2001).

[11] Es interesante el recorrido que realiza este autor en relación a la comunicación en el campo de la salud, donde enuncia diferentes concepciones que puede verse al analizar la diferente literatura. Si bien aparece a veces, señalando una concepción "conservadora" de la comunicación, no debe dejarse de considerar que este intelectual ha sido uno de los pioneros en el discurso crítico que emergió a partir de los años 70 en América Latina, denunciado la hegemonía norteamericana en el tratamiento de la información.

de habilidades comunicacionales y la comunicación como componente e integrante de las políticas de salud: "*Metas como estas, involucran cambios de comportamiento multitudinarios y a corto plazo. Ellos solo serán posibles si los programas de salud desarrollan una alta capacidad de comunicación social eficiente…Hallar manera para lograrlo, constituye un gran desafió para los comunicadores en salud en América Latina."* (Beltrán, 1995*).* Del Bosque (1998) bajo un paradigma difusionista señala:*"el proceso de intercambio de información capaz de generar retroalimentación modificando a los sujetos participantes, constituye el fenómeno conocido como comunicación"*. Describe tres tipos, la *comunicación interpersonal* –que optimiza el empoderamiento[12] -individual/social- y facilita la autogestión; *la comunicación grupal* –fundamental para implementar estrategias de participación comunitaria- y *la masiva* –que despierta interés, crea opinión e imagen y predispone al público hacia conductas saludables.

En el proceso de aplicación de estrategias de acción de la PS, el enfoque más común sugiere el uso de la comunicación en practicas de educación para la salud con la pretensión que cada individuo realice cambios en su conducta: "*el problema con este enfoque es creer que los cambios en el ámbito comunitario son la sumatoria de cambios en los individuos, lo que según la evidencia existente, no es verdadero* (Restrepo, 2001).

Miguel Malo, define a la comunicación en relación a la promoción de la salud, como un recurso para operacionalizarla "*posibilita llevar a cabo las funciones de movilización social, manejo de información y construcción de relaciones reciprocas por parte de la población a fin de que ella modele su propia conducta como individuos pero también como cuerpo societal"* (Malo,1993). En relación a lo enunciado anteriormente, la comunicación deviene recurso, instrumento. En ningún momento se problematiza acerca del sentido que conlleva el estar investida de poder y sobre su tratamiento, atravesando y (re) construyendo dimensiones complejas suscitadas por la PS, como las situaciones multiactorales que presenta la intersectorialidad, la autonomía y autogestión por parte de la población para actuar *en, por y sobre* los determinantes de su salud (puntos presentes de la agenda en la Carta de Ottawa).

Existen otras perspectivas que pronuncian potencialidades y desafíos de la PS en relación a si misma y a la comunicación, lo que muestra límites difusos al momento de vincularlas, (además de coexistencias complejas). En el informe realizado por OPS/OMS, "*Comunicación*

[12] La Carta de Ottawa enfatiza que las acciones comunitarias serán efectivas si fuese garantizada la participación popular en la trayectoria de los asuntos de salud, así como el acceso total y continuo a la información y a las oportunidades de aprendizaje en esta área, considerándolas en lo que se denomina empowerment comunitaria,*"o sea la adquisición de poder técnico y conciencia política para actuar en defensa de su salud"*(Buss, 2006)

en Salud: Lecciones Aprendidas y Desafíos en el Desarrollo Curricular" (Castro; Coe; Waisbord, 2003) puede apreciarse que coexistirían en diferentes países de América Latina (incluido Argentina), experiencias en *Comunicación en Salud* que obedecen a diferentes propuestas, momentos y enfoques; hallando tendencias que pueden determinar tres posibles modelos[13]. El último, daría cuenta de una perspectiva que se acercaría a una mirada de la comunicación como proceso:

"c) La comunicación como proceso social: se desarrollan estrategias como talleres, encuentros participativos, teatro comunitario y foros que buscan la presencia y participación tanto individual como colectiva; desde una práctica basada en el ejercicio pleno de ciudadanía a fin de construir conjuntamente entornos saludables" (Castro; Coe; Waisbord, 2003). Este proceso sería más factible de desarrollarse en escenarios locales, en un marco intersectorial y posibilitaría la construcción de la agenda para la acción en la Promoción de la Salud, desde un enfoque de participación comunitaria, empoderamiento individual y colectivo. (Restrepo; Málaga, 2001)

A partir de este abordaje la comunicación no es considerada desde una perspectiva utilitarista, de base conductista sino que se considera desde una visión que aportaría a implementar y fortalecer procesos locales que promomuevan conocimientos, actitudes y prácticas saludables; fortaleciendo la capacidad de los individuos de incidir y actuar sobre los determinantes de su propia salud, transformándose así en un proceso de carácter social[14].

Daniel Prieto Castillo identifica a la comunicación inserta en la PS como *comunicación educativa* y la contextualiza en el marco de un desarrollo teórico y metodológico propio de AL: "*parte de la participación de la gente en la generación y apropiación de conocimientos, en el intercambio de experiencias, en el reconocimiento de su propia situación social, en la*

[13] Los dos modelos anteriores que preceden al de la comunicación como procesos son: a) *La comunicación como herramienta o producto*, asumida como un instrumento, elemento activo de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades, que genera actividades: jornadas, eventos y producción de materiales: folletos, afiches, etc. Y b) *La comunicación que informa y promueve el cambio de comportamientos.* Los medios de comunicación masivos y las nuevas tecnologías de la información, cumplirían un rol fundamental para que las personas cambien de comportamiento o mejoren sus conductas de salud. En este modelo, el emisor aparece como la figura que determina el comportamiento a seguir (el Estado). Pueden corresponderse, las campañas masivas de Comunicación Institucional: "preventivas, curativas o de crisis, mixtas".

[14] Es importante destacar la responsabilidad desde el Estado de garantizar el acceso a la información, la libre opinión e interpretación, promoviendo así la participación de los actores sociales en los programas de salud en todas las etapas del proceso: planificación, implementación, ejecución y evaluación (Cuberli; Casas; Demonte, 2003).

recuperación de su cultura y de su pasado"(Prieto Castillo, 1997). Configura a la PS con características, donde los protagonistas de la misma son los involucrados, quienes reflejan sus necesidades y demandas acompañando sus procesos de transformación. Propone el concepto de *mediación pedagógica* que relaciona con la comunicación educativa y que caracteriza la tarea de promover y acompañar el aprendizaje. Esta propuesta se relaciona con una alternativa metodología acerca de la PS propuesta por Chapela Mendoza y Jarillo Soto[15] quienes desde otra perspectiva, -centrada en la práctica e inmersa en una dialéctica-, consideran que uno de los objetivos de la PS es la autoconstrucción de los sujetos. Proponen una intervención en las relaciones pedagógicas que se suceden entre sujetos, donde el *promotor de la salud* [16]es uno de los actores que trabaja construyendo unidades pedagógicas. Mediante el proceso que detentaría la PS, se facilita la autoconstrucción del sujeto derivando a una elevación de sus niveles de salud. "*La promoción de la salud se ocupa de los sujetos que se construyen a sí mismos en un continuo hacer, reflexionar y hacer, base de la pedagogía de la esperanza"* (Chapela; Jarillo Soto, 2001). Podría deducirse una modalidad de la comunicación –política/pedagógica- como integradora y parte del proceso, no como un instrumento -como se identifica en la mayoría de la bibliografía- ya que no habría capacitación a otro; sino que el *Otro* en la dinámica comunicacional se constituiría dando lugar a una relación. Donde el lugar protagónico lo tendría el proceso (de intervención, conocimiento, acción) mas que los contenidos *propuestos* en la comunicación. No sólo cabe la posibilidad de elaborar mensajes y pensar estrategias para lograr ciertos objetivos, como los que promueve la PS para el cambio de conductas -individual o social- sino también analizar las prácticas y sentidos que se promueven y los vínculos que se constituyen y construyen. Esta mirada permite entender que los sentidos ideados por los actores van más allá de las prácticas que permiten comunicar, atravesándolos y resignificandolos. Se propone entonces, al momento de trabajar la comunicación en la PS, definir el objeto comunicacional teniendo en cuenta todos sus intervinientes: los códigos culturales, las mediaciones tecnológicas y las representaciones ideológicas entre otras. "*El objeto de estudio de la comunicación es el proceso social de producción, circulación mediada, intercambio desigual, intelección y uso de significaciones y*

[15] Docentes e investigadores, coordinadores del Diplomado en Promoción de la Salud de la UAM Xochimilco (México), institución académica pionera en el pensamiento de la medicina social.

[16] La figura de promotor de salud remite en este caso a un individuo "parte de" y referente en una primera instancia del acto y trabajo pedagógico, se entiende como un actor individual y social según la circunstancia*."Las relaciones pedagógicas suceden en un ambiente o espacio pedagógico en donde interactúan "el yo" y "el otro". "El yo" es le sujeto que se construye, el otro es cualquier objeto o sujeto (persona, idea o cosa) que se muestra en el ambiente pedagógico. Es una relación entre sujetos, el yo es la otredad de el Otro. Desde esta perspectiva no puede educar o capacitar al otro, solo puede mostrarse a través de los espacios pedagógicos…."* (Chapela; Jarillo Soto, 2001)

sentidos culturalmente situados que es algo de naturaleza socialmente estructural (constitutivo) e inseparable – para fines teóricos e investigativos- de las otras dimensiones analíticas de la vida social"(Torrico Villanueva, 2004). Es aquí donde resulta interesante pensar la comunicación como **proceso** interactuando con la PS, superando una visión instrumentalista y posicionándola en el campo de las practicas sociales -e indefectiblemente, en las practicas de salud-. Una concepción de la comunicación que la define como un proceso de producción social de sentido donde se generan y circulan creencias y valores como parte y manifestación ínter subjetiva para trabajar las practicas de PS.

Consideraciones finales

Surgen propuestas e interrogantes para seguir pensando y construyendo la relación entre ambos campos (PS y comunicación). Cumplidos 20 años acerca de la fundación del concepto PS (como se la entiende actualmente) y sus acciones para implementarla, los discursos acerca de la misma continúan (re) estructurándose, no solo a nivel retórico, sino también a nivel de las posibles practicas y el modo de llevarlas a cabo. Teniendo en cuenta que la institucionalización de las prácticas en salud se configuran articuladas a la medicina y que esta última se estructuró en base a ciencias positivas y consideró científica la aprehensión de su objeto, cabe preguntarse si la concepción de la comunicación en un sentido instrumental y efectista estaría determinada por dicha construcción. Este interrogante motiva además, la investigación sobre los discursos que enmarcan las practicas de salud, las cuales se circunscriben a conceptos objetivos de enfermedad y no de salud (Czerenia, 2006). Inmersos en la problemática descripta, algunos teóricos pertenecientes al campo salubrista expresan: *"no podemos trabajar debidamente y de modo práctico la construcción de la idea de promoción de la salud sin enfrentar dos cuestiones fundamentales y entrelazadas: la necesidad de reflexión filosófica y la consiguiente reconfiguración de la educación (comunicación) en las prácticas de salud"* (Czerenia, 2006).

Esta "necesaria reconfiguración" se fortalecería aún más mediante un debate propicio respecto a la salud y a la comunicación como **proceso,** para que esta noción no determine (debido a la amplitud que ponderan ambas definiciones) una exaltación del mismo que reduzca y homologue "*todo, la vida misma"* a la salud y a la comunicación.

Bibliografía

- **Bunton R y Macdonald G;** Helth Promotion: Disciplines and Diversity. Routledge, 1992.
- **Buss P;** Promocao da saude e qualidade de vida. Ciencia & Saùde Colectiva, Brasil, 2000.
- **Chapela Mendoza M, Jarillo Soto E; *"****Promoción de la salud, siete tesis del debate"*** en Cuadernos Médicos Sociales 70, Rosario, 2001.
- **Czeresnia D y Machado de Freitas, C;** Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2006.
- **Del Bosque S;** Manos a la Salud! Mercadotecnia, Comunicación y Publicidad: herramientas para la Promocion de la Salud. Centro Interamericano de Estudios se Seguridad – CIESS- y OPS/OMS. Mèxico D.F, (1998)
- **Fox E, Coe G;** "*Conductismo: ¿hacia dónde nos llevo?"*en Chasqui Revista Latinoamericana de Comunicación, Nº 63, Quito, Ecuador, 1998.
- **Malo M;** *"Salud y enfermedad en América Latina*", en Chasqui Revista Latinoamericana de Comunicación " Nº 51,Quito, 1995.
- **Menéndez E;** "Alteridades", México, 1994.
- **Prieto Castillo D;** Comunicación, Universidad y Desarrollo. Investigaciones de la PLANGESCO. Maestría en Planificación y Gestión de Procesos Comunicacionales. UNLP, La Plata, 2000.
- **Ramiro Beltrán L; *"****La salud y la comunicación en Latinoamérica: políticas, estrategias y planes"*** en Por una Política de Comunicación para la Promoción de la Salud en América Latina, Ecuador, 1993.
- **Restrepo H, Málaga H;** Como construir una vida saludable. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2001.
- **Testa M;** Pensar en Salud.Lugar Editorial, Buenos Aires, 1997.
- **Torrico Villanueva E R;** Abordajes y periodos de la teoría de la comunicación. Enciclopedia Latinoamericana de Sociocultura y Comunicación. Grupo Editorial Norma, Buenos Aires, 2004.
- **Wolf M;** *La investigación de la comunicación de masas. Críticas y perspectivas*, Paidós, Barcelona, 1987, Primera Parte