

MESA II DEL V ENCUENTRO DE FISEC

**ESTRATEGIAS PREVENTIVAS EN SALUD:
EL PAPEL DE LA COMUNICACIÓN**

**EL PAPEL DE LA COMUNICACIÓN
EN LA SALUD DEL S.XXI:
ACTUAR EN LAS CAUSAS DE LAS CAUSAS**

Aitor Ugarte Iturrizaga
Adjunto al Gerente de Madrid Salud
Ayuntamiento de Madrid

Contacto: ugarteia@munimadrid.es

RESUMEN: El concepto emergente de salud nace de una visión integral y no organicista del hombre, y se interesa por todos los aspectos que condicionan la calidad de la vida humana: los biológicos, los psíquicos, los sociales y los culturales. Esta concepción asume y garantiza que la comunicación pueda actuar a favor de la salud, aunque más en los aspectos colectivos que individuales. Para que la acción comunicativa en salud sea efectiva hay que definir cuáles son las razones por las que existe la enfermedad. Pero sobre todo hay que definir cuáles son las causas de las causas de la enfermedad, cuestión que en estos momentos es prioritaria para la Organización Mundial de la Salud y que tiene relación directa con los determinantes sociales de la salud. Este artículo defiende la estrategia comunicativa psico-social y socio-cultural como forma de contribuir a una mejor salud para todos en el siglo 21.

PALABRAS CLAVE: Salud, comunicación, siglo 21, prevención, estrategia.

ABSTRACT: A new healthcare concept is born from a wide vision of the human being; concerned about all topics related with the quality of the human life: biologic, psychic ,social and cultural. This new concept takes responsibility of communications serving healthcare, on the community level rather than the individual one. For health communications to be effective there must be a prior definition of the reasons that origin the illness. Above all, there must be a clear understanding of the causes that origin the illness, this being a matter of top priority for the World Health Organisation and has a direct link with the socio-cultural aspects of health. This article gives a solid argument for the psycho-social and social-cultural communications strategy as a means of contribution to a better health for all in the 21st century.

KEY WORDS: Health, communication, 21st century, prevention, strategy.

INTRODUCCIÓN

El error (estratégico) más determinante de la medicina contemporánea es el olvido del ser humano. La ciencia moderna y su pasión por el análisis ha provocado que la reciente historia de la medicina haya girado en torno a las cubetas y a los experimentos de laboratorio, a los virus, a las bacterias y a otros agentes patógenos. El estudio pormenorizado de los órganos del hombre, entendidos como compartimentos estanco, ha determinado incluso que el concepto “salud” perdiera relevancia frente al concepto “enfermedad”, y que el “cuidar” sucumbiera ante el “curar”.

Los siglos XIX y XX olvidaron en el ámbito de la medicina -y en otros muchos, a juicio de relevantes personalidades (Juan XXIII, 1961)- que el ser humano es algo más que la suma de huesos, piel, corazón, cerebro, ojos, intestinos y demás unidades anatómicas. Una consecuencia evidente y cercana de esta fragmentación del hombre es la configuración curricular de los actuales estudios de Medicina. El principal criterio seguido para estructurar las especialidades médicas se basa en la visión organicista del cuerpo humano (cardiología, otorrinolaringología, psiquiatría...). Hay también algún ejemplo de especialización, como la radiología, que viene marcada por el uso intensivo de una determinada tecnología. Por si fuera poco, al menos en España, están surgiendo propuestas para especializar también los cuidados de enfermería (matronas, a parte).

Por fortuna, hay otras especialidades médicas que vulneran esta tendencia a la atomización, bien sea porque su especificidad radica en ocuparse de una determinada etapa vital (pediatría o geriatría) o porque su singularidad se halla precisamente en una visión holística del ser humano. Dentro de esta segunda tipología se incluyen la medicina familiar y comunitaria, por un lado, y la medicina preventiva y la salud pública, por otro.

Los médicos de atención primaria, médicos de familia, médicos de cabecera o como quiera que se les llame en los diferentes países de habla hispana se especializan en tratar los casos menos graves para no sobrecargar de trabajo a los “especialistas de verdad”. De hecho, los facultativos de atención primaria tienen la función de derivar los pacientes con patologías más complicadas a esos “especialistas”. Podríamos decir, asumiendo un cierto reduccionismo, que los médicos de cabecera son quienes se encargan de poner la barrera clínica para que el sistema sanitario de cobertura universal de los países desarrollados no se colapse. Su necesaria aportación a la salud preventiva y comunitaria sucumbe en la mayoría de las ocasiones ante la carga de trabajo que inunda sus consultas.

La segunda de las especialidades médicas que expresa un abordaje integral del ser humano tiene menor presencia social que la de los médicos de cabecera. La medicina preventiva y la salud pública aún lo más valioso de la tradición humanista del arte de cuidar al hombre individualmente para que no enferme y de determinar científicamente cuáles son las causas que pueden conducir a que la dolencia individual se convierta en un problema de la colectividad.

Entendiendo la salud pública de manera amplia, las herramientas para evitar o, en su defecto, minimizar los riesgos de enfermar de la persona y de la sociedad van más allá de la práctica médica y caben en esta tarea profesiones no estrictamente sanitarias (Ugarte, 2007). Tienen su papel también los psicólogos, los antropólogos, los sociólogos, los trabajadores sociales y los comunicadores. Con esta afirmación no debería entenderse que la acción comunicativa respecto a la salud solo tiene sentido en la labor preventiva. No es así. Pero sí parece que en la prevención es donde mejor se alían la comunicación y la salud.

Son muchos los estudios en diferentes entornos geográficos (Huhman, Potter et al., 2005; McDivitt, Zimicki y Hornik, 1997) que ratifican empíricamente que una buena comunicación puede contribuir a elevar (o disminuir) el estado de salud de una población. El reto actual consiste en explorar dónde, cuándo,

cómo y por qué “nuestra variable” (la comunicación) colabora más eficazmente con las estrategias preventivas.

El enfoque adecuado para abordar esta tarea consiste, a mi juicio, en entender la acción comunicativa como uno más de los factores psico-sociales y culturales que determinan el estado de salud de una población en un tiempo y un espacio definidos. La capacidad comunicativa y estratégica del hombre, al servicio de la salud de una sociedad concreta, con sus singularidades y sus riesgos.

Desde esta perspectiva, mi aportación quisiera ser una reflexión sobre cómo, desde la estrategia y la comunicación, y en el ámbito de la salud, se puede impulsar el cambio de mirada que defiende FISEC.

EL CONCEPTO DE SALUD

No es indiferente para avanzar por un camino adecuado identificar el concepto de salud más acertado para enfrentarse a los retos del S.XXI. Y en este sentido, a pesar de ser la más conocida y la más citada, la definición de la Organización Mundial de la Salud no ofrece el enfoque más certero.

Acabada la II Guerra Mundial, entre 1946 y 1948, los fundadores de la OMS aprobaron una definición de salud revolucionaria, pero propia de tiempos convulsos y de resabios totalitarios: “La salud es un estado de completo bienestar físico, psicológico y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia.”¹

A este concepto, válido aún para el trabajo diario porque tuvo la enorme virtud de dar carta de naturaleza al abordaje bio-psico-social de lo sanitario y

¹ Nótese la coincidencia en el tiempo de la definición de salud de la OMS con la de comunicación de Harold Lasswell (1948) que, a su vez, habiendo sido superada y completada académicamente desde hace años, sigue siendo un lugar común en la práctica cotidiana y una referencia habitual en Jornadas, Seminarios y Congresos.

porque ofreció una definición positiva de salud que iba más allá de la mera no-enfermedad, cabe hacerle algunos reproches en el plano académico. Por ejemplo, el carácter absolutista del “**completo** bienestar físico, mental y social” (Terris, 1980) que deja poco menos que en cero el número de personas sanas en el mundo. O, por ejemplo, la subjetividad que incorpora a la definición el término “**bienestar**”.

Sin ahondar más en la hermenéutica de la definición de la OMS, conviene en este punto retomar la tradición clásica y recordar que en el idioma que nos une la palabra salud proviene del latín *salus*, que significa “estar en condiciones de superar un obstáculo”. Esta tradición tiene continuidad en nuestros días. Podemos considerar que la capacidad humana a la que se refiere la *salus* latina entronca directamente con lo que, según algunos pensadores contemporáneos, es una de las facultades definitorias del hombre: ser capaz de solucionar problemas (Popper, 1982; Polo, 1991).

Un reciente trabajo colectivo sobre los fines de la medicina ha aportado otra definición que merece la pena mencionar: “La salud se caracteriza por la ausencia de males de consideración y, por tanto, por la capacidad de una persona para perseguir sus metas vitales y desenvolverse adecuadamente en contextos sociales y laborales habituales” (Hastings Center, 2004).

Así, si el ser humano con *salus* tiene como característica que supera obstáculos y que soluciona problemas, lo más lógico intuitivamente (pero también estratégicamente) sería abundar en aquellas condiciones que le permiten, como individuo y como miembro de una sociedad concreta, permanecer sano y no enfermar. Apostar, en definitiva, por la prevención de la enfermedad y por la salud pública.

Esta reflexión aparentemente tan sencilla no es, sin embargo, la línea que mantienen muchas de las autoridades públicas sanitarias. De hecho, al menos en España, se sigue concibiendo la responsabilidad política de salud casi exclusivamente en términos de recursos humanos y materiales dedicados a la curación de las personas enfermas. Siguen vigentes las viejas prácticas

clínicas biologicistas según las cuales la figura del médico debe ser hegemónica, y este pensamiento suele ir acompañado de un ansioso neo-hospitalocentrismo (normalmente premiado por las urnas) que compensa sus deficiencias de planteamiento con promesas populistas de acercar “la mejor sanidad posible” al hogar de todos los administrados.

Este pertinaz error fue magníficamente diagnosticado hace más de 30 años por el Informe Lalonde (1974). Marc Lalonde (1929-...), hombre de leyes y político liberal, llega por primera vez a un puesto ministerial en su país, Canadá, cuando en 1972 se hace cargo de la cartera de Salud y Bienestar Nacional. En aquellos años Canadá acababa de hacer un enorme esfuerzo en la construcción de hospitales y carecía de profesionales suficientes en el país para proveer todos los puestos de médicos necesarios para cubrir las plazas creadas. Los costes derivados del esfuerzo inversor en infraestructuras sanitarias subían alarmantemente y la situación amenazaba con convertirse en insostenible.

En ese marco, Lalonde puso en marcha un profundo trabajo de reflexión que dio lugar a un cambio de perspectiva en el ámbito de la salud. Lalonde lideró una nueva mirada a partir de datos conocidos e instrumentos al alcance de cualquier otra persona bien informada. Thomas Khun hubiera estado de acuerdo en que el Informe Lalonde dibujó un nuevo paradigma.

El comienzo de la reflexión del Informe utiliza la figura de la paradoja para explicar la falta de dinero para investigar, formar y prevenir:

“There is the paradox of everyone agreeing to the importance of research and prevention yet continuing to increase disproportionately the amount of money spent on treating illness. Public demand for treatment services assures these services of financial resources. No such public demand exists for research and preventive measures. As a consequence, resources allocated for research, teaching and prevention are generally insufficient” . p.30.

Ante este conflicto el Informe Lalonde opta por desagregar el concepto de salud en elementos más pequeños, más manejables y más fáciles de analizar y evaluar. De tal forma que los cuatro elementos principales que conforman el “Health Field Concept” son la biología (o genética) humana, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización del sistema asistencial. Y tras describirlos, la conclusión es la siguiente:

*“Until now most of society’s efforts to improve health, and the bulk of direct health expenditures, have been focused on the HEALTH CARE ORGANIZATION.² Yet, when we identify **the present main causes of sickness and death**³ in Canada, we find that they are rooted in the other three elements of de Concept: HUMAN BIOLOGY, ENVIRONMENT and LIFESTYLE. It is apparent, therefore, that vast sums are being spent treating diseases that could have been prevented in the first place”. p.32.*

Una vez más, como suele ocurrir con bastante asiduidad en el avance de las ciencias, una disciplina inyecta luz a otra. El carácter claramente economicista que persigue la reflexión planteada por Marc Lalonde perfila una nueva forma de entender el concepto de salud y deja abierto un enorme espacio a la actividad preventiva.

Identificadas, a la luz de un nuevo paradigma de salud, LAS CAUSAS de la enfermedad, lo oportuno es buscar un poco más allá y dirigir la mirada a LAS CAUSAS DE LAS CAUSAS de la enfermedad. Y después prepararse para actuar preventiva y eficazmente en ellas desde la comunicación.

LAS CAUSAS DE LAS CAUSAS

² Mayúsculas en el original.

³ Destacado por el autor.

No es casualidad que la Organización Mundial de la Salud decidiera en su Asamblea del año 2004 crear una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud ⁴, que se constituyó en Santiago de Chile en marzo de 2005, presidida por el eminente epidemiólogo británico Sir Michael Marmot, y cuyo trabajo consiste en:

1. Tener preparado para mayo de 2008 un informe en el que se recoja una revisión sistemática y basada en la evidencia de qué políticas de las llamadas “sociales” se están revelando eficaces para enfrentarse a las inequidades que influyen en el nivel de bienestar de la población, cuáles de estas políticas se están aplicando, en qué países, qué resultados están produciendo y cómo se pueden adaptar a los enclaves geográficos más necesitados.
2. Conseguir los anteriores objetivos creando redes de intercambio de conocimientos y experiencias entre la OMS y los diferentes países y organizaciones que se impliquen en la búsqueda de esas prácticas eficaces.

Hago un paréntesis para destacar este segundo punto: el método o el cómo de este empeño supone una forma de realzar la importancia del proceso tanto como la del informe final. Lo que en la práctica significa que la hoja de ruta de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS está trazada, con buen criterio, con “mapas relacionales” (FISEC, 2004). A la Organización Mundial de la Salud le interesa la parte dialógica y consensual del proceso. No se trata de imponer una doctrina desde arriba, sino de buscar conjuntamente unas directrices comunes respetuosas con la diversidad cultural. Cierro paréntesis.

⁴ De los 20 integrantes de esta Comisión de la OMS el único iberoamericano es el ex presidente chileno Ricardo Lagos.

En la versión en castellano de la página web de la OMS dedicada a la Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud se puede leer un párrafo tan contundente como éste:

*“La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio económicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las **‘causas de las causas’**, tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los Objetivos para el Milenio.”⁵*

El desempleo, los riesgos en la infancia, la inseguridad en el puesto de trabajo, la marginalidad urbana, las desigualdades en el acceso al sistema sanitario o algunos de los efectos de la globalización (la inmigración irregular) son, según la Organización Mundial de la Salud, determinantes sociales del estado de salud de una población sobre los que se puede y se debe intervenir.

¿Qué provoca un medio ambiente enfermo, por qué los estilos de vida de una sociedad son poco saludables, cuál es la razón de que un sistema de asistencia sanitaria no cubra las necesidades de una población, existe alguna causa ética para frenar los posibles avances de la genética y sus aplicaciones sobre la prevención de las enfermedades? Éstas son algunas de las preguntas pertinentes en términos preventivos.

O, por ejemplo, esta otra pregunta que se repite en todas las reuniones sanitarias mundiales desde hace años: si la transmisión del VIH es la **causa** del SIDA, ¿se podría afirmar que la **causa de la transmisión del VIH** en una

⁵ http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html [recuperado el 30 de mayo de 2007].

población concreta y en un tiempo limitado está relacionada con aspectos como la información, el nivel de estudios, la presión de grupo, el status social, la capacidad adquisitiva, etc.?

Si aceptamos que esto es así debemos colegir que **las causas de las causas** de una enfermedad están muy cerca de poder identificarse con aquellos aspectos socio-culturales que condicionan las conductas y el medio en el que se mueve una población y que facilitan la llegada de las enfermedades.

En definitiva, la OMS lo que nos está transmitiendo es que la salud de una población es un asunto complejo, que depende de muchas variables, y que el sistema de atención sanitaria es solo una de ellas. O, por ser más breve, que “la salud pública es un asunto social” (Lee, 2005). Es éste un planteamiento que hunde sus raíces en la mejor tradición de la *salus* clásica y del contemporáneo Informe Lalonde.

¿Y dónde queda la cultura?

“Cultura y salud son entidades inseparables” (Cuesta, Menéndez y García, 2006), se decía en el anterior Encuentro de FISEC. Y evidentemente los usos y costumbres que ha ido generando el hombre para desarrollarse y vivir en sociedad afectan a las prácticas que hemos dado en llamar las causas de las causas de la enfermedad.

Veamos algunas cuestiones concretas que amparan esta reflexión. En España está bien visto dar de comer a las palomas. La paloma es el ave que simboliza la paz, el Espíritu Santo se ha representado como una paloma... Lo que ocurre es que en una ciudad como Madrid -también ha pasado en Londres- la facilidad para obtener comida y cobijo y la ausencia de depredadores ha provocado que las palomas estuvieran a punto de convertirse en una plaga. Y las plagas son posibles vectores de enfermedad para el ser humano, tanto porque la multiplicación de animales conlleva una población de aves más enferma como porque, entre otras posibles enfermedades, las palomas pueden transmitir la salmonella. Por eso es necesario cambiar el imaginario colectivo

que hace supuestamente intocable a la paloma y tratarla, si es el caso, como un animal-plaga. Cuestión cultural, por tanto, que afecta a la salud pública.

Otro ejemplo. La cesárea es una intervención que se efectuaba por protocolo médico si era imposible el parto natural. Pues bien, ¿cuántas de las cesáreas que se practican al término del embarazo de la mujer cumplen esa regla? Cada vez menos. Es decir, cada vez se practican más cesáreas, en principio, científicamente innecesarias aunque culturalmente aceptables. La OMS advierte que el porcentaje aceptable de cesáreas se sitúa entre un 10 y un 15%, dependiendo del país y de la población. Pero la realidad supera con creces esa recomendación. En España se practican cesáreas en un 20-25% de los partos y, por ejemplo, en Brasil en un 35-40%.

Los ejemplos anteriores evidencian que aspectos culturales tan cercanos como los dos expuestos tienen incidencia en salud. Pero aún nos queda por resaltar lo más importante, a mi juicio, en la relación entre la cultura y la salud: la creación cultural de lo saludable y la construcción del *frame* salud. En cierto modo se podría decir también que la salud es un constructo del hombre. Entraremos en ello más adelante, cuando abordemos el papel de la acción comunicativa en la prevención.

PREVENIR: ESTRATEGIA (PRINCIPALMENTE) SOCIAL

Ya sabemos sobre qué cuestiones podemos intervenir preventivamente y comunicativamente y cómo las causas de las causas se conforman social y culturalmente de manera distinta según las distintas poblaciones y enclaves geográficos. La siguiente materia sería averiguar qué aproximación estratégica es la más adecuada para la intervención: ¿la individual o la colectiva? Para contestar a esta pregunta conviene echar mano de la epidemiología.

La epidemiología, especialidad del mundo de la medicina ligada a la demografía y a la estadística, ha tenido un gran auge en los últimos años

porque ha sido capaz de ampliar su campo de acción desde la descripción cuantitativa de prevalencias ⁶ e incidencias ⁷ de las distintas enfermedades al análisis cualitativo de los porqués. Uno de los textos clásicos de este nuevo enfoque es el titulado “Las causas de los casos; las causas de la incidencia” (Rose, 1985).

Sostiene Rose en su artículo que ante una enfermedad que eventualmente devenga en epidémica, transmisible o no (VIH y obesidad serían ejemplos actuales de una y otra clase, respectivamente), las **estrategias** de prevención y control pueden ser dos: por un lado la aproximación denominada “alto riesgo” que se basa en proteger más a los individuos más susceptibles y, por otro lado la aproximación poblacional, comunitaria o colectiva que busca controlar las causas de la incidencia. Rose añade que ambas estrategias no entran normalmente en conflicto, pero si lo hicieran la prioridad debería ser siempre descubrir y controlar las causas de la incidencia.

Esta declaración de intenciones de uno de los epidemiólogos contemporáneos más prestigiosos sitúa el carácter colectivo (social) de la salud por encima del aspecto individual. De hecho, el mismo autor ya había anticipado lo que se conoce como la Paradoja de la Prevención: “Una medida preventiva que traiga mucho beneficio para una población ofrece poco para cada uno de sus individuos integrantes” (Rose, 1981).

Efectivamente las actuaciones preventivas de carácter social están destinadas, por el momento, a ser ingratas para quienes las defienden y las practican y poco vistosas en términos político-mediáticos. Sin embargo, sigue siendo una evidencia que conseguir los objetivos de salud en el 10% de 10.000 personas es más trascendente que lograr un 50% de éxitos en 100 abordajes individuales.

⁶ Calcula el número de individuos de una población concreta afectados por una enfermedad.

⁷ Es la frecuencia con la que aparecen nuevos casos de una enfermedad en una población y en un período determinados. Generalmente se expresa en número de nuevos casos por cada 100.000 habitantes.

Un claro ejemplo de estrategia preventiva muy desarrollada es el de los consumos de drogas. En este ámbito suele hablarse de prevención “primaria”, “universal” o “inespecífica” a la que se hace en los propios colegios o fuera de ellos pero en la etapa escolar. Para los casos de los chicos jóvenes que han comenzado a consumir drogas se elige la estrategia de prevención “secundaria” o “dirigida” en la que se entra a valorar el caso de una forma más individualizada. Si los consumos llegan ya al diagnóstico de abuso o adicción, los equipos de asistencia comienzan la fase de tratamiento y, si el abandono del consumo no es posible, la etapa de reducción del daño.

El hecho es que en España, el país cuya prevención del consumo de drogas más conozco, han fallado clamorosamente estas estrategias. Desde hace 10 años a esta parte, se han duplicado (cocaína) e incluso triplicado (cannabis) los consumos habituales de los adolescentes y jóvenes. Los expertos asumen que el problema radica en que los chavales no creen que estén asumiendo ningún riesgo cuando se fuman un “porro” o se meten una “raya”. Y la tragedia está en que conocemos LA CAUSA DE LA CAUSA (no hay conciencia de riesgo), pero por el momento no tenemos soluciones como sociedad a esta cuestión que Lalonde incluiría entre los estilos de vida.

Y no parece que legalizar sea la panacea. El Premio Nobel de literatura, José Saramago, a propósito de una reincidente pregunta sobre la legalización de las drogas, supo aportar a la cuestión el punto de sabiduría que se le supone a alguien como él: “¿Legalizar las drogas? Antes hay que ilegalizar el hambre”.

EL PAPEL DE LA ACCIÓN COMUNICATIVA

Curar es el paradigma en declive; no enfermar es la aspiración humana de este siglo XXI. ¿Qué puede hacer la comunicación para ayudar? Mi respuesta es ACTUAR, lo que quiere decir, en primer lugar, que hay que creerse a rajatabla que con la comunicación se consiguen hacer cosas.

Actuar sobre las causas de las causas que, a la espera de que en 2008 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS fije doctrina en su informe final, no debemos temer equivocarnos cuando afirmamos que son algunas de éstas: la falta de formación y de información, el desempleo, la marginalidad urbana, la contaminación del aire, los riesgos en el parto y en la infancia, la inseguridad laboral, la violencia, las desigualdades en el acceso al sistema sanitario o a la vacunación, la ausencia de una nutrición adecuada y abastecimiento de agua potable...

La comunicación ha hecho ya muchas cosas para intervenir en lo que aquí estamos llamando las causas de las causas de la enfermedad, sin embargo en el mundo iberoamericano -al contrario de lo que ocurre en el ámbito anglosajón- se ha evaluado y se ha medido poco la eficacia de que lo que se comunicó (Cuesta, Menéndez y García, 2006; Ugarte, 2007).

En el futuro, a mi juicio, además de evaluar e investigar sobre el provecho de la acción comunicativa para la salud, hay cuatro aspectos en los que podríamos trabajar como comunicadores:

1. En la mejora de la comunicación sanitario-paciente. Es una estrategia más individual que social, pero tiene unos enormes efectos respecto a la satisfacción del paciente con los profesionales sanitarios. Los médicos tienen que mejorar sus habilidades de comunicación y más teniendo en cuenta que el *empowerment* de muchos ciudadanos en materia de salud les hace llegar al centro sanitario con una enorme información sobre su dolencia.
2. En la mejora de la comunicación interna de las organizaciones. Por un lado porque las organizaciones de asistencia sanitaria son en definitiva unas instituciones que se ven beneficiadas por una buena gestión de la comunicación interna. Y por otro lado porque existen indicios -nuevamente poco o nada evaluados- de que una buena comunicación

interna aumenta el bienestar de los trabajadores y es más que posible que mejore también su estado de salud (al menos de salud percibida).

3. En apoyar con la comunicación una correcta creación y recreación social y cultural de lo saludable. Tiene que ver con la importancia del marco o el encuadre en el que se incluyen las cuestiones relacionadas con la salud (teoría del framing). El *frame* es una construcción humana, una interpretación de la realidad edificada sobre cimientos comunicativos, y no es lo mismo encuadrar a una modelo esquelética dentro de los cánones aceptados de belleza que hacer comprender a la sociedad que esa chica tiene un problema de salud, como se está intentando en diversos desfiles de moda tras los pasos de la Pasarela Cibeles.
4. En las estrategias de comunicación colectiva adecuadas para apoyar la labor preventiva, sean éstas campañas publicitarias, acciones de marketing social, creación de redes y relaciones que aborden las desigualdades, intervenciones interculturales, modelos de interacción participativos, etc.

Por mi parte y para poner en marcha lo que predico, en octubre de 2006 impulsé en el seno de Madrid Salud, el organismo autónomo en el que trabajo y que agrupa todas las competencias en materia de salud pública y adicciones del Ayuntamiento de Madrid, un **Grupo de Trabajo en Comunicación y Salud**. Lo integran dos médicos, Francisco Babín y María Puerto; dos psicólogos, Miguel Costa y Dionisio Aranda, y un comunicador: el autor de este artículo.

Aprovechando la experiencia de los miembros en diferentes aspectos ligados con la comunicación y la salud, el Grupo de Trabajo comenzó a ocuparse en 2007 de dos caminos diferentes pero complementarios. Por un lado, un estudio empírico, con grupo de control, de las implicaciones de la formación de los médicos en habilidades comunicativas y su eventual relación con la satisfacción de los pacientes. Este primer trabajo ya ha dado sus frutos y se ha observado que el efecto de que el médico sea amable en la consulta y de

que muestre empatía con el paciente es mucho mayor del que esperábamos (Puerto, 2007).

También estamos investigando aspectos de la comunicación colectiva. Inspirándonos en una metodología ya validada, se están analizando los contenidos de las noticias de salud de los periódicos gratuitos de Madrid (Qué, 20 Minutos, Metro y ADN) y de las páginas que hablan de Madrid de 4 diarios nacionales (El País, El Mundo, ABC y La Razón). Este trabajo, que se está llevando a cabo con el Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad II de la Universidad Complutense como socio, pretende convertirse en una referencia que, con el paso de los años, pueda servir para el interesante reto de analizar tendencias.

El Grupo de Trabajo es consciente de que, con el análisis de contenidos de las noticias de salud de los periódicos mencionados como base, se pueden plantear en el futuro numerosas investigaciones que aborden aspectos concretos de la relación entre la comunicación colectiva mediática y la salud. Por tanto, este esfuerzo investigador, se pone desde ahora mismo a disposición de la comunidad científica. Por lo que respecta al Grupo de Trabajo de Comunicación y Salud de Madrid Salud los primeros intereses giran alrededor de la comunicación de riesgos y de crisis, y de las teorías de la *agenda setting* y del *framing* en el ámbito geográfico de la Ciudad de Madrid y en los asuntos relacionados con la salud.

Para terminar este artículo, tan solo quedaría abogar por una pronta iniciativa que afronte la necesidad de comenzar la edición de una revista científica sobre comunicación y salud en castellano para el espacio iberoamericano. Una publicación amparada por una universidad, revisada por pares, que contase entre sus expertos con personas de reconocido prestigio científico y que en el futuro pudiera convertirse en el lugar donde acudir a la hora de establecer un mapa de la investigación en comunicación y salud en castellano.

BIBLIOGRAFÍA

- CUESTA, Ubaldo; MENÉNDEZ, Tania y GARCÍA, Marisa. (2006). “Comunicación social y salud: un nuevo planteamiento estratégico” . FISEC-Estrategias, número 4.
- FISEC. (2004). “Conclusiones del II Encuentro Iberoamericano sobre Estrategias de Comunicación”. FISEC-Estrategias, número 1.
- HASTINGS CENTER. (2004). *Los fines de la Medicina*. p.35 de la traducción al castellano realizada por la Fundación Grifols.
- HUHMAN, Marian; POTTER, Lance D. et al. (2005). “Effects of a Mass Media Campaign to Increase Physical Activity among Children”. *Pediatrics*, vol. 116, número 2, pp. 277-284.
- JUAN XXIII. (1961). Encíclica Mater et Magistra.
- LALONDE, Marc. (1974). “A new Perspective on the Health of Canadians”. Ottawa.
- LEE, Jong-wook. (2005). “Public health is a social issue”. *The Lancet*, vol. 365; pp. 1.005-1.006.
- MC DIVITT, Judith A.; ZEMECKI, Susan y HORNIK, Robert C. (1997). “Explaining the Impact of a Communication Campaign to Change Vaccination Knowledge and Coverage in the Philippines”. *Health Communication*, vol. 9, número 2, pp. 95-118.
- POLO, Leonardo. (1991). *Quién es el hombre*. Ediciones Rialp. Madrid. pp.19 y ss.
- POPPER, Karl R. (1982). Para este artículo se ha manejado la 2ª reimpresión de la 4ª edición en castellano de *Sociedad abierta, universo abierto*, editada en 2002. Tecnos. Madrid. pp. 98-101.
- PUERTO, María. (2007). “La satisfacción de los usuarios en un servicio público de salud varía en función del trato recibido”. Tesina inédita.
- ROSE, Geoffrey. (1981). “Strategy of Prevention: Lessons from Cardiovascular Disease”. *British Medical Journal*, vol. 282, pp.1847-51.
- ROSE, Geoffrey. (1985). “Sick Individuals and Sick Populations”. *International Journal of Epidemiology*, vol. 14, número 1, pp. 32-38.

- TERRIS, Milton. (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. Editorial Siglo XXI. Ciudad de México.
- UGARTE, Aitor. (2007). “El binomio comunicación y salud” en *Avances en Comunicación y Salud*. Editorial Complutense. Madrid. En prensa.
- UGARTE, Aitor. (2007). “La necesidad de investigar en comunicación y salud”. EDAF. En prensa.