

Implicaciones de la comunicación pública de la salud

La Comunicación de la Salud

2º parte

La comunicación es reconocida como un insumo relevante de los sistemas de salud

Mucho agradecemos al Dr. Isaac Epstein PhD su disposición para publicar en La revista del Itaes este artículo de su autoría que ofrecemos en dos partes a nuestros lectores.

Se ha respetado la expresión lingüística de la traducción del autor



Subsistema I

El centro de este subsistema es el médico. En cuanto que en el subsistema central en el paciente la comunicación ocurre a través del lenguaje ordinario, aquí, en muchos casos ocurre en lenguajes especializados. A veces el mensaje puede contener estos dos tipos de lenguajes mezclados. Es el caso de las indicaciones de los medicamentos que contiene tanto información especializada a los médicos como información al público común. (Sanches, C, 1999). El paciente, en general, no tiene acceso al flujo de información del subsistema dos, sea por que desconoce los lenguajes especializados, sea porque las relaciones profesionales y comerciales entre los ac-

tores ocurre bajo del horizonte de visión del público .

El médico, principalmente los cirujanos, tienen una relación diaria con los hospitales. A veces nutres aversiones o simpatías por determinados nosocomios, cuyas razones reales, frecuentemente el paciente desconoce La industria farmacéutica enviga muestras y subsidia viajes a los congresos científicos para muchos médicos no se puede afirmar con seguridad si estas relaciones son basadas en el interés del “público” “Consumidor” de los productos de la parafernalia terapéutica y quirúrgica. O si los intereses comerciales y mercadológicos superan aquel interés. Bueno (Bueno, W, C, 2001), hace un impresionante y bien documentado relato de algunos fenómenos relacionados con esta problemática. El médico tiene la información que concierne a la actualización de su práctica profesional y el lenguaje accesible al público común a través de periódicos especializados, cursos, comunicaciones y congresos científicos, etc. Pero también la media y el Internet muchas veces indican las novedades medicas emergentes (Macedo, M,G,1998).

El paciente es la muela impropulsora de ambos subsistemas que, por lo menos nominalmente, existe para tratar de sus enfermedades. Se percibe que en los sistemas de salud, el elemento más carente y al tiempo el mas frágil, por su pro-

pia condición de enfermos es el paciente.(Serra, J,1999). Sabe menos sobre si mismo, sobre su cuerpo y su mente, que los actores solicitados a tratarlo. Puede convertirse en presa facil de actores inescrupulosos de la medicina privada.

El subsistema I se articula con el subsistema II a través de la relación médico paciente. Estos actores, todavía viven en atmósferas diferentes: Inseguro, enfermo, y por eso mismo carente el primero; “profesional”, dueño presumido del saber de la salud y de la enfermedad, el segundo. Se verifica, como por tanto la necesidad de reforzar la posición de eslabón mas débil de los sistemas de salud, sus “consumidores”, los pacientes. Este necesita tener acceso a información valida y confiable, no solo sobre temas ligados a la salud, prevención y tratamiento de las enfermedades que lo afligen, como sobre lo que ocurre en el escenario que le es invisible.

Dentro de los flujogramas de la información mencionados encima, la puerta de entrada (y de salida) del paciente de sistema de salud se da en la relación médico paciente donde ocurre un encuentro de aspiración y expectativas, esperanzas de un lado, y proventos y realización profesional de otro y, quien sabe, la satisfacción de servir al prójimo. Los actores envueltos en este encuentro, paciente y médico, pueden entender y vivir el fenómeno de la enfermedad de

manera diferenciada. Este desencuentro tanto cognitivo como emotivo y que se refleja entre la comunicación paciente médico, merece ser examinado más de cerca.

Relación Médico Paciente

Mucho se ha escrito sobre el aspecto relacional del encuentro médico paciente. (Jones, & Kreps, & Phillips 1995) Si el contenido de esta relación, directamente legado al interés clínico, debe conducir a un diagnóstico y terapia correctos, esto no debe obliterar su aspecto humano. Posiblemente la parte de la enfermedad y del dolor “percibidas” sean más importantes para el paciente, que la parte objetivamente determinada por la clínica. El problema de la insatisfacción con la prestación de cuidados médicos no es solamente una cuestión de secas de financiamiento o de insuficiencia de equipamiento o personal, si bien es cierto que en ciertas ocasiones, estos factores se tornan decisivos. La calidad de los cuidados médicos depende en último análisis, de la interacción médico paciente y hay evidencia abundante, que no es de hoy, la inadecuación y frustración consecuentes de esta interacción (Korsch & Negrete, 1972).

Los varios factores que tienen a contribuir para este descontentamiento, ciertamente uno de los más importantes es la poca comunicación entre médicos y pacientes. La práctica actual de la medicina es generalmente basada predominantemente en el conocimiento técnico. La lista de las reformas curriculares introducidas en algunas escuelas de medicina, la introducción de los médicos de familia procura corregir esta carencia. Será posible también “enseñar” el arte de comunicar a los estudiantes de medicina en vez de relegarla apenas a la intuición del futuro profesional? (Maya, & Reynales & Llanos, G, 1984).

Algunos de los obstáculos más frecuentes

a la comunicación médico-pacientes son:

1. Envolvimiento Emocional: Las enfermedades pueden perturbar emocionalmente a las personas tanto por las incomodidades de ellas consecuentes como por la propia amenaza a la sobre vivencia. Por estas razones, a veces, las demandas y deseos de los pacientes pueden hacerse irrealistas. Existe también una creencia generalizada de que el médico debe mantener una cierta distancia social del paciente para reforzar su imagen.

2. Diferencia de estatus: La distancia social entre comunicadores puede, como se sabe, generar dificultades de comunicación. Las diferencias de educación, renta y posición social pueden hacer que los pacientes oculten información o que inclusive distorsionen el significado de lo que es dicho por el médico. Este, por su parte, puede pasar a los pacientes la idea de que son apenas “casos”, problemas clínicos o curiosidades y no seres humanos. Las dificultades también provienen del hecho que los mensajes pueden invocar sentidos connotativos diversos. El universo semántica del médico puede no sobreponerse completamente al del paciente. El significado de las palabras puede no ser el mismo.

3. Tiempo: La duración de la consulta es una cuestión que ocurre frecuentemente. Se supone, generalmente, que cuanto más tiempo un médico gaste con su paciente más satisfactorio será el resultado. Sin embargo, no siempre el tiempo es esencial. La satisfacción del paciente puede depender, inclusive en una consulta corta, de su comprensión del lenguaje utilizado por el médico y de la actitud amigable de este. Cuando el médico llega a expresar sentimientos negativos, el paciente frustrado muchas veces falla en obedecer las prescripciones.

4. Diferencias de conocimiento: La diferencia entre el nivel de conocimiento profesional y del paciente puede gene-

rar una situación de incomoda dependencia del segundo en relación al primero. Esta es una razón importante para implementar la “Cultura de la salud” de la población en general.

5. Comunicación unilateral: La comunicación del médico puede fluir unidireccionalmente. Una comprensión real por parte del paciente depende de una interacción efectiva de dos partes. Sin esta interacción el sentido de la comunicación puede ser distorsionado.

6. Dificultades Lingüísticas: La propia naturaleza del lenguaje la torna sujeta a ambigüedades de interpretación. El lenguaje técnico de la medicina es más unívoco y preciso, sin embargo es incomprendible para la mayoría de las personas. El médico debe realizar el compromiso entre la precisión y la comprensibilidad en su utilización del lenguaje ordinario con el paciente.

La adecuación de la comunicación interpersonal médico paciente es, por tanto, un factor relevante en la administración de la salud. Sus inadecuaciones deben ser investigadas y atenuadas. De esto depende en buena parte el éxito de cualquier tratamiento médico.

Produção Social da Saúde (PSS)

Este paradigma se desarrolla cuando organizaciones locales, los ciudadanos y las autoridades elegidas formalizan un convenio y ejecutan un plan de acción para mejorar continuamente las condiciones ambientales, sociales y médicas que determinan la salud y el bien estar en un contexto de descentralización.

El movimiento de los *municipios saludables*, en el continente americano, avanzó rápidamente en un contexto de aumento de democratización y participación. De 1990 a 1995 proyectos fueron instaurados en Valdivia, (Chile), Cienfuegos, (Cuba), Zacatecas, (México), Manizales, (Colombia), Zamora, (Vene-

zuela), S Carlos, (Costa Rica). Campinas (SP) ganou el premio del Día Mundial de la Salud (1996) (OPAS I, 1998).

Betancur, (Betancur, 2001) en, nos explica la antología del concepto de "Promoción de la salud" en un municipio saludable de Colombia, Versalles.

Varios programas de este género han sido propuestos y colocados en práctica en el Brasil: "El modelo tienen origen en el seno de la población donde la creación del agente comunitario de salud. En el área donde el proyecto va a ser implementado inicialmente se levanta el número de casas o de familias. Dependiendo de la concentración de la población, se agrupan entre 150 o 250 familias. Entre sus habitantes, se selecciona a alguien que viva en el local hace por lo menos dos años para hacer entrenado como agente comunitario de salud. El pasa a visitar se agrega una especie de salud de al familia constituida por las familias, por lo menos una vez por mes. Catastra a los habitantes, verifica las enfermedades existentes, identifica las gestantes y observa si están haciendo prenatal, controla la libreta de vacunación de los niños, colabora enseñando medidas higiénicas, etc. A cada cinco agentes comunitarios corresponde un médico, una enfermera y una auxiliar de enseñanza. Los miembros del equipo no necesitan vivir en el local donde actúan pero trabajar en tiempo completo en el puesto y visitar las casas indicadas por los agentes. A cada veinte equipos de salud de familia, se instala un consultorio con doce especialidades incluyéndose odontología y salud mental. De esta forma, se reestablece el vínculo y las responsabilidades fundamentales de las personas. Los hospitales funcionan como referencia en los casos que necesitan interacción" Jatene, a (1999)

Con algunas variaciones, algunos municipios han promovido estos modelos de

atendimiento médico denominados de programa de salud de familia (PSF).

PSF de Itaqueras fue denominado de "Qualis". (Calidad Integral y Salud).

Al final de la década del 90 el "Qualis" era por 120.000 personas. Sus equipos resuelven 95% de los problemas de salud de la población adscrita, encaminando para servicios especialistas menos de 5% de los pacientes atendidos. Cada uno de los barrios, conjuntos habitacionales, y favelas tuvieron la oportunidad de reunir sus habitantes, conocer detalladamente las propuestas de debatirlas con los técnicos responsables por la construcción del modelo. Y cada técnico tuvo la oportunidad de conocer la historia de aquellas comunidades, su formas de convivencia y organización, la jerarquía de sus problemas.

"Las raíces del Qualis están plantadas en este sólo de participación. Es a partir de tales raíces que florece una relación de respeto entre médicos enfermeros y agentes comunitarios y con la población en general. Es a partir de ellas que mejor se comprende la cultura sanitaria predominante en la población, fruto de la acumulación acrítica de los saberes juzgados científicos en el pasado pero también resultante de esfuerzos para sobrevivir en medio a toda suerte de privaciones y adversidades. Conocer lo que hay de útil y eficaz en el saber de la población fue una consecuencia natural de estos contactos así como el afán de legitimar aquellas prácticas que dan resultado, pero no son reconocidas como usando el método científico. Esta es una de las características diferenciales del PSF paulistano en implantación." Capistrano filho, 1999

El "Qualis" enfatiza la necesidad de un abordaje holístico de los problemas de salud. Mira al paciente en su contexto social y familiar. El programa médico de familia (PMF) de Niteroi con estruc-

tura propia tuvo una tasa de referencia de los equipos de salud para ambulatorios de especialidades y/o internaciones de apenas de 5 a 10 % aumentando ligeramente cuando se considera el encaminamiento para exámenes de diagnóstico de mayor complejidad.

Al contrario del (SSI), la puerta de entrada del (PSS) no es la relación médico-paciente sino una relación grupal : agente comunitario y equipo de familia. Solo después, y si es necesario (en apenas de 5 a 10% de los casos), hay la consulta al médico. La comunicación cara a cara, individuo individuo, o sea la relación médico paciente que como vimos, es asimétrica y padece de algunos problemas, es suscitada por una relaciona socialmente más equilibrada entre agente de salud y familia.

Muchos de los obstáculos mencionados de la relación médico-paciente se disuelve. Cuando, si es necesario, encuentra al médico, el paciente ya esta más familiarizado y confiante del sistema. Un cambio de patrón de comunicación puede ser un (además de otros) factor de los resultados excelentes de los programas de médico de familia.

Los procedimientos y resultados de varios programas de salud comunitarios fueron presentados por investigadores en las conferencias brasileñas de comunicación y salud: ComSaúde I :

(Rabelo 1998; Oliveira 1998; Pena, A,C, 1998; Ozzetti Neto 1998); no ComSaúde II: (Oliveira 1999; Bertoche 1999); Lunn 1999; Sanches 1999; Campos, 1999; Pereira Junior, 1999; Gomez, 1999; e no ComSaúde III : (Marques, 2000; Pereira Junior, 2000); Mendoza, 2000; Matos & Stieg 2000; Betancur, M 2000;).

El éxito de estos programasha sido tambien noticiado por la prensa (O Estado de S. Paulo, (19/04 98); (16/11/99 p.A13) ; (15/11/99, A14) ; (10/12/00, p.A26); Folha de São Paulo , 30/11/98.

6. Comunicación de la salud en la Midia

Los vehículos y periódicos especializados en temas de medicina no dirigen mensajes directamente al público. Este toma conocimiento de la investigación médica y de noticiero de salud en general, a través de los periódicos y revistas y programas de televisión. La midia, sin embargo, divulga enorme cantidad de información y relata muchos tipos de investigaciones y estudios, más a un hoy, hay poco acuerdo sobre la mejor manera de divulgar la información médica. (Pearn, & Chalmers, 1996).

Se sabe que algunos obstáculos dificultan la población de la información médica. Hay una tendencia frecuente entre investigadores y médicos en condenar la midia y en atribuir la desinformación del público a la cobertura inadecuada por parte de la midia. Muchos médicos desconfían de los periodistas y critican sus reportajes acerca de sus especialidades por infidelidad, simplificación y sensacionalismo (Science, 15/05/98). Los periodistas a su vez, tienden a culpar las fuentes científicas por proveer información intrincada o poco comprensible al público. El público frecuentemente reclama porque la información es incompleta o confusa (de SÁ, J, 1995). Por todo esto la transmisión intencional de conocimiento médico para el público es perturbada por factores de naturaleza variada (Epstein, I, 1998). Algunas de estas divergencias pueden surgir entre los diferentes etos de lo que se podría llamar “juegos de lenguaje” (Wittgenstein, L, 1958) “cultura de los investigadores” y “cultura de los periodistas”.

6a. La Información en la Ciencia y en el Periodismo; implicaciones en la comunicación pública de la salud

Como vimos comunicación ha sido reconocida como un insumo relevante de los sistemas de salud. Desde la comuni-

cación interpersonal médico paciente, pasando por los grupos de varias naturalezas y finalidades hasta la comunicación pública de la salud por la midia masiva, una información adecuada pasada a las personas puede prevenir amenazar o inclusive auxiliar el tratamiento de ciertas enfermedades.

La midia masiva, impresa, electrónica o digital tiene, por tanto, un papel importante a ejercer en la promoción de la salud, de la población en general, principalmente para las clases económicamente menos favorecidas.

Muchas investigaciones, algunas de ámbito internacional, integrando varios países latinoamericanos, han sido hechas para verificar la adecuación cuantitativa y cualitativa de la cobertura de la salud por los medios de comunicación de masa [ix]. No obstante, la comunicación pública de la salud por la midia masiva puede padecer de ciertas inadecuaciones derivadas de algunas divergencias entre el sentir de ciertos conceptos centrales los ámbitos de la comunicación primaria (inter pares) y secundaria (con el público) de la ciencia, particularmente en el caso en tela, de la salud. Un ejemplo es el concepto que juega papel central en esos dos tipos de comunicación de la ciencia. Se trata del significado del término “noticia” y la valoración de su contenido informativo en la comunicación primaria y secundaria.

En periodismo se valoriza además de otros atributos, lo “inesperado del evento para que sea digno de publicación”. La imprevisibilidad como valorización de la información, tiene una tradición de legitimación tanto cuantitativa a través de la teoría de la información, (Shannon C & Weaver, W, 1975) como de vertientes epistemológicas importantes de la filosofía de la ciencia como es el caso del falsificacionismo (Popper, K, 1965)”.

6 b. Noticia

¿Qué es el producto que se llama noticia en la midia? Es obvio que la noticia no es un conocimiento sistemático como el conocimiento científico y concierne más al día a día que a una perspectiva global o histórica. La noticia no es historia porque se enfrenta con eventos aislados y no busca relacionarlos entre si, sea en una secuencia causal sea en una secuencia teleológica. La noticia, como forma de conocimiento, no considera primariamente ni al futuro ni al pasado, sino al presente. La calidad de lo efímero y transitorio constituye la verdadera esencia de la noticia.

Un evento se hace noticia luego que sola atención que lo causo y, consecuentemente la atención del público se vuelve para una nueva noticia. (Park, R, 1966) Generalmente la división usual de “noticia” incluye otros atributos como : actualidad, proximidad (particularmente la geográfica), la consecuencia (eventos que cambian o amenazan cambiar al vida de las personas), interés humano (evocando una respuesta emocional hoy buscando una verdad universal). Conflictual (el choque de intereses, en la guerra, en el deporte, en la noticia) la prominencia de los actores envueltos. Inofensibilidad que refleja la preocupación de los editores en proteger la sensibilidad de los lectores en relación con las noticias chocantes. Esta preocupación varia de editora para editoria.

Existen, sin embargo, otros atributos de la noticia menos obvios y menos explícitos como es el sensacionalismo que explora justamente el choque. Ventana de credibilidad: Aquello es que es extremadamente inesperado (una persona muerde un perro) puede entrar en conflicto con la credibilidad de la noticia. División de las noticias en fragmentos diarios: El ciclo diario de la midia y la competición demanda que las noticias

sean divididas en paquetes pequeñas y discretos aunque los eventos a los que se refieren no sean fácilmente adaptables a este formato. Límite de la conciencia posible del lector Goldmann (Goldmann, L 1965) propone cuatro niveles de análisis destacando que:

“Es imposible para aquel que quisiera intervenir en la vida social saber cuales son, en cierto estado, en cierta situación, as informaciones que pueden ser transmitidas, las que pasan con deformaciones más o menos importantes y aquellas que no pueden pasar ”

Se puede ahora, hacer la indagación: ¿Cuáles son los acontecimientos que son lo suficientemente interesantes, significativos y relevantes para ser transformados en noticias? (Wolf, M, 1996: 222) la “noticiabilidad” es entonces definida como un conjunto de elementos como principios y valores a través de los cuales el sistema informativo que controla la gerencia y flujo de eventos procederá a la selección de las noticias. Los “valores noticia” son reglas practicas que incluyen un hábeas de conocimientos profesionales que implícitamente y, frecuentemente, explícitamente explican y dirigen los procesos de trabajo en la redacción. Los “valores noticia” deben permitir una selección del material realizado de modo expedito y consistente. Las características del contenido son :

- Grado y nivel jerárquico de los individuos implicados en el evento noticiable;
 - Impacto sobre la nación y sobre el interes nacional;
 - Cantidad de personas envueltas en el evento (de hecho o potencialmente);
 - Importancia significación del evento con respecto a la evolución futura con respecto a una determinada situación .
- Los temas presentados por la midia configuran un campo que determina una presencia, consecuentemente una ausen-

cia en la realidad social en suma, según Shawe: *“el público es conciente o ignora , presta atención o descuida, enfatiza o pasa por alto, elementos específicos de los escenarios públicos. Las personas tienden a incluir o excluir sus propios conocimientos el qua la midia incluye o excluye de su propio contenido”*.

“Conhecimentos o qua a midia inclui ou exclui de seu próprio conteúdo”

Esta teoría de la "agenda setting", (Shaw, E, 1979) Según la cual el total de la visibilidad real es dada por lo que aparece en la midia. Más que persuadir, la midia decide “sobre que” el público debe discutir o reflexionar.

Esta problemática incide en el periodismo científico y en la comunicación de la salud por la midia donde los temas “en moda” obtienen un espacio considerable. El horizonte sobre el cual es visible un determinado segmento de la salud depende en buena parte de la "agenda setting" de las editorias correlacionadas. Todavía, la editoria de los medios masivos posee criterios de relevancia para la novedad u oportunidad de la noticia que muchas veces entran en conflicto o demanda de información de salud de la población. En suma lo que constituye una novedad para los periodistas puede a veces ser considerado como irrelevante o inclusive perjudicial para el interés público en lo que concierne a la salud. Desarrollamos esta temática en otro lugar (Epstein, I, 1996).

Un ejemplo de noticia en periódico diario ilustra este hecho y sus consecuencias potencialmente indeseables: “nicotina ayuda a memoria, muestra estudio”, este el título de una noticia de periódico, seguido de la información de que:

“Investigadores norteamericanos explicaron que la nicotina mejora la memoria y el aprendizaje, la nicotina, presente en las hojas de tabaco, aumenta la transmisión de impulsos nerviosos en el

hipocampo, región del cerebro responsable para aquellas funciones” Folha de S.Paulo, 24/10/96,p.14

Sigue una cita de la fuente de la noticia, la revista natur sin mencionar la fecha o el número de la revista. El sentido periodístico se trata de algo inédito, aparentemente refrendado por una revista científica altamente prestigiosa, mereciendo el espacio ocupado en el periódico. En el sentido científico se trata de algo posiblemente también inédito, pero que ciertamente deberá ser confirmado por otros investigadores antes de ser aceptado por la sociedad científica.

La “noticia” o “novedad” tiene, por tanto, dos connotaciones diferentes, una para el investigador otra para el periodista. Cuando se trata de hechos científicos sin consecuencias inmediatas para la vida de las personas, la diferencia entre estas dos concepciones de “nuevo”, apenas discriminadas por los especialistas, pasan desapercibidas al público. No es lo que ocurre en muchos temas de salud. Una conquista importante de la investigación médica fue comprobar los efectos nefastos del tabaco para la salud. Varios estudios epidemiológicos siguiendo fumantes y no fumantes durante décadas han consagrado esta conclusión. Es un hecho científico lentamente adquirido y asimilado por el público y de gran valor en el campo de la salud, sin embargo la contra información constante financiada por la industria del tabaco. Ya hace parte de los libros de texto de medicina y de lo que Kuhn llamaría “ciencia anormal”.

Muchos fumantes dejan este vicio, muchas personas lo evitaron debido a estas conclusiones. Que el tabaco haga mal a la salud es, todavía una afirmación, que carece de importancia periodística, pero no configura una novedad.

Lo nuevo en periodismo es otra cosa, es lo inédito. Es aquello que como vimos

también constituye información en la teoría de la información. Dentro de sus etos el periodista privilegia la ocurrencia inédita. Esta es, sin duda, publicada por la noticia diciendo que la nicotina puede ser benéfica. Es nueva, es sensacional, pues contribuirá eventualmente para afectar la verdad ya aceptada del perjuicio de la nicotina a la salud. En el contexto epistemológico la investigación es válida en el sentido de tentar “falsificar” popperianamente una teoría aceptada.

En ciencia de la información válida tanto por se refiere a la confirmación o verificación de datos o teorías ya establecidos y consagrados como a la refutación o falsificación de aquello que ya está establecido. En realidad estos dos niveles de la validez de la información científica se refieren a epistemologías científicas distintas que pueden ser importantes en fases también distintas de la ciencia normal y la ciencia extranormal tal como fueron definidas por Kuhn (Kuhn, 1978).

En periodismo, la “novedad” o lo inesperado de la noticia le consagra un peso importante en la cesta de atributos que seleccionan en un hecho, de entre los miles de hechos cotidianos, como merecedor del estatus de “noticia”.

Esta “novedad” periodística que guarda un paralelismo con la noticia “falsificadora” de la ciencia, pero no con la noticia “verificadora”, puede causar efectos perversos en la comunicación pública de la salud.

El domingo 3 de mayo de 1998, la primera página de *The New York Times*, (Marshall, 1998) publicaba la noticia de que dos nuevas drogas, compuestas de proteínas naturales, la agiostatina y la endostatina, se habían mostrado promisorias en el tratamiento del cáncer en ratones. En los días siguientes, las

clínicas oncológicas fueron asaltadas por pacientes desesperados que buscaban acceso a las nuevas drogas que ni siquiera habían sido sometidas a los necesarios tests en seres humanos. A esta altura, todavía las acciones del laboratorio responsable ya habían tenido una alta expectativa en la bolsa.

Verificamos en este evento como se imbrica en la “noticia”, un impacto periodístico innegable, un valor científico todavía discutible, un considerable efecto económico y un efecto perverso en el caso de una esperanza injustificada, por lo menos en aquel momento para los enfermos terminales.

No obstante, las poblaciones en general, necesitan información sobre las patologías o condiciones que las afectan directamente y los médicos necesitan información para actualizarse profesionalmente. En el caso de la divulgación de la información médica y de salud para el público, y para sus innegables ventajas, existen algunos inconvenientes. La divulgación de la información científica en general, y la información médica en particular para el público ocurre en un continuo entre dos polos: La comunicación primaria, Inter pares entre los investigadores, y la secundaria, de estos o sus intermediarios con el público. Este, muchas veces, es completamente prematuro en relación con conceptos básicos de la ciencia, fenómeno que ocurre aun en países donde la investigación científica está más desarrollada. (Augustine, N, 1998). En suma la “noticia” de salud, válida periodísticamente como hecho inédito y fiel a fuentes idóneas, puede no convenir al interés del público.

Por otro lado una noticia de salud útil al público puede no obedecer los cánones establecidos por la editaría para seleccionarla como noticia.

7. Proyecto ComSalud

Muchos estudios han sido hechos sobre la presencia de la salud en la media. Uno de ellos, de ámbito continental fue el proyecto ComSalud cuyo objetivo principal fue el de: (Univ. de Lima, Basics, Opas, OMS, Unesco, 1997, p.10) :

“Se trata de hacer un primer diagnóstico de la cobertura de la salud en los medios de comunicación de diversos países con el propósito específico de establecer una línea básica aunque inicialmente precaria, de la cobertura y a partir de este punto, delinear pasos operativos futuros que permitan aprovechar oportunidades detectadas actualmente perdidas o desaprovechadas”

La primera etapa del proyecto ComSalud fue efectivamente realizada en trece repúblicas latinoamericanas. Algunos de los resultados fueron registrados en las mencionadas conferencias brasileñas de comunicación y salud.

La calidad de coordinadores del proyecto ComSalud tuvieron la oportunidad de examinar detalladamente todos los informes provenientes de las universidades latinoamericanas participantes de este proyecto. Concluimos por la utilidad relativa de una “globalización” o inclusive del estudio comparativo (Alcalay, R & Mendoza C, T, 2000) entre los diversos países principalmente por la heterogeneidad de interpretación de las categorías y de la metodología utilizada y en consecuencia de los resultados obtenidos. En contrapartida pensamos que los informes de cada país y cada universidad deberían “volver” a su origen porque sus datos pueden ser de gran utilidad para una segunda etapa del ComSalud en la cual, cada país, a partir una reflexión de sus propios resultados debería constituir un equipo interdisciplinario para proseguir en el sentido de complementar los objetivos indicados del proyecto.

Esbozamos un análisis crítico del estudio comparativo mencionado y una propuesta para esta segunda fase que denominamos de proyecto integrado.

Anexo: “Proyecto Integrado”

1. Resumen: Este texto esboza los principales objetivos y procedimientos para la secuencia del proyecto ComSalud. Incluye la integración y utilización de los recursos de la media con finalidad de ofrecer información específica de salud al público.

Los procedimientos deberán ser basados en un análisis de costo beneficio.

Como los costos de beneficio de salud, de la cobertura por la media, la disponibilidad de recursos técnico así como los perfiles de morbilidad pueden variar tanto regionalmente, como entre países, las indicaciones deberán ser locales y propias a cada localidad.

Un grupo de trabajo piloto debe ser constituido para la elaboración de un manual que deberá describir los procedimientos a ser seguidos por los grupos de trabajo de cada localidad.

2. Objetivos: El principal objetivo de este proyecto es indicar los procedimientos en la dirección de la construcción de un paquete dirigido a la media donde se indican las necesidades y carencias informacionales de la población en general en cada país.

El paquete es original en el sentido de incluir la información en salud a ser divulgada por la media como un insumo en el sistema de salud como agregado a otros insumos: servicios médicos, paramédicos, hospitalarios, equipamiento, medicamentos, etc.

3. Principios y Fundamentos: Los estudios para cuantificar los encargos de las

enfermedades y la construcción de un nuevo indicador (Disability - adjusted life year = Daly) fue explicitado varios años atrás. Una de las conclusiones es que una evaluación racional de las políticas para la mejoría de la salud requiere cuatro tipos básicos de información, ya mencionados, además de la distribución demográfica de las patologías y correspondientes encargos de las enfermedades.

4. Procedimiento: La implementación de este proyecto demanda algunas especificaciones que deberán ser producidas por un grupo interdisciplinar constituido por algunos especialistas.

• **Un especialista en salud pública para registrar datos relacionados con su país:**

-Los perfiles de morbilidad y mortalidad para cada grupo atareo.

-El correspondiente costo social para cada enfermedad o grupos de enfermedades medidas en unidades Daly (World Development Report, 1993:27)

-Costo de las ganancias en DALYs causados por prevención o tratamientos médicos patronizados para cada enfermedad o grupos de enfermedad mencionadas.

-Análisis de los gastos globales de salud en su país y sugerencia de posibles paquetes.

• **Dos médicos, siendo uno necesariamente un pediatra para informar:**

- Que enfermedades o clases de enfermedades podrían ser prevenidas o curadas, (al menos parcialmente) por la absorción de información médica vinculada con la media.

-Acerca de una posible jerarquía de enfermedades concerniente a la complejidad de la información a ser transmitida y posible eficacia y efectos en la prevención de estas enfermedades.

-Tomando en cuenta la información recabada por el especialista en salud pública, sugerir algunas prioridades acerca de los temas de salud pública a ser divulgados por la media.

-Acerca de la mejor manera de transmitir la información designada.

• **Un periodista o posgraduado en comunicación**

-Después de que los temas de salud sean divulgados al público al haber sido sugeridos por el especialista en salud pública y especificado por los médicos, en cuanto al tipo de información a ser transmitida, el periodista y el profesional en comunicación deben ser capaces de concebir y redactar esta información con un estilo y formato apropiado y atractivo para el inexperto en medicina. -Estos profesionales también deben sugerir modificaciones a los editores de los vehículos para las prioridades de su agenda – stting.

Los resultados del ComSalud I, en cada país, deben ser una valiosa fuente de informaciones en esta dirección.

• **Editores de los Vehículos**

-Los editores del gate-keepers serán los informantes de las posibles restricciones económicas de los vehículos solicitados a colaborar

-Los editores deberán sugerir también o aconsejar maneras de contornar estos u otros obstáculos.

• **Pos Graduados en Periodismo y Salud Pública**

-Estos son los elementos de ligación de los grupos.

Ellos deberán ayudar a coleccionar los datos necesarios, escribir los reportajes parciales, y ayudar a hacer la comunicación interdisciplinaria con otros miembros del grupo.