

Implicaciones de la comunicación pública de la salud

La Comunicación de la Salud

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

Isaac Epstein no necesita presentaciones en América Latina.

Reconocido como uno de los mayores expertos en Comunicación Científica en Salud es Director del Programa de Posgrado en Comunicación de la Ciencia y la Tecnología en la Universidad Metodista de San Pablo y Coordinador ante la OPS y la OMS del Proyecto Comsalud II.

Es autor de numerosos libros entre los que se destacan *Cibernética y Comunicación; Teoría de la Información; El Signo; Las revoluciones científicas; Gramática del Poder y Diccionario de Ciencia y Tecnología*.

La Comunicación de la Salud

La comunicación humana atraviesa y hace posible toda la vida social y cultural del hombre. Las ciencias de la comunicación abarcan pues, un amplio espectro y la propia existencia de una sola Teoría de la Comunicación es cuestionada (Santaella Braga, 1982:24)(Epstein 1987:94-113).



Las ciencias de la comunicación presentan así una gran variedad de teorías distribuidas por el campo ubicuo de la comunicación humana.

La Comunicación de la salud es una especie cuyo género es la comunicación de la ciencia. Esta a su vez, abriga dos modalidades : la comunicación científica inter pares (primaria) y la comunicación pública de la ciencia (secundaria), ocurriendo lo mismo con la comunicación de la salud.

La comunicación primaria o inter pares ocurre a través de lenguajes y códigos específicos apenas accesible a los profesionales entrenados y con formación en las respectivas disciplinas. La comunicación secundaria o pública debe ser hecha en lenguaje ordinario. Como la

fuerza de la comunicación secundaria es la comunicación primaria esta traducción que no es interlingüística fue denominada *intersemiótica* (Jacobi D & Schiele, 1988). En realidad una teoría de la comunicación pública de la ciencia (y de la salud) implica un desdoblamiento de una matriz multidisciplinaria que sugerimos en otro lugar (Epstein, I, 2002: 82/92).

En este texto abordaremos específicamente la comunicación de la salud para el público en dos de sus modalidades: la comunicación interpersonal (médico-paciente; agente comunitario de salud-público) y la comunicación pública de la salud realizada por los medios impresos y telemáticos de comunicación de masa [i] .

Conceptos de salud

Cada uno de nosotros es capaz de decir si tiene o no salud y en qué medida. A la sensación subjetiva del “silencio de los órganos” (Canguilhem, 1990) se suman resultados confirmadores de diagnósticos médicos, exámenes clínicos y de laboratorio negativos. Si no somos hipocondríacos podemos sentirnos “saludables” y el saber competente de la medicina confirma y legítima esta sensación.

La sensación de salud puede ser pertur-

bada por malestares, dolores o fatigas.

La visita al médico establece un diagnóstico para estas perturbaciones de la salud o simplemente las atribuye a causas subjetivas o imaginarias. Sin embargo lo que en la práctica de la vida diaria de cada uno de nosotros es más o menos simple esto es, decir si gozamos o no de salud, se complica bastante a nivel teórico.

Muchas tentativas son hechas para construir científicamente el objeto de "salud" y formular una "teoría general de la Salud" (Almeida Filho, 2001: 750/770) Para esto son discriminadas varias dimensiones de este objeto (la salud):

Socio-antropológica, epistemológica, biológica, epidemiológica, etc. Por un lado, la enfermedad consiste en un estado individual subjetivo de síntomas y malestares.

Inclusive diferentes individuos tienen diferentes percepciones y expectativas de salud. Estas percepciones tienden a ser complejas funciones de variables sociodemográficas incluyendo renta familiar, contacto con servicios de salud y concepciones culturales de salud.

Como las sociedades cambian en términos de su composición socioeconómica y creencias culturales también cambian las percepciones y expectativas de salud (Murray & Lopez 94: 25).

Por otro, en la óptica funcionalista, se aborda un "papel social del enfermo" (Parsons, 1975).

Pintos (2001) distingue algunos contextos para el examen de la temática de la salud:

- **contexto médico asistencial**, aquel de los profesionales de la salud y los obje-

tivos curativos.

- **contexto cultural** en el cual una determinada cultura define ciertos estados de las personas como "saludables" o "enfermos",

- **contexto económico**, en el cual la salud es entendida como un bien económico en relación con otros factores de igual naturaleza;

- **contexto filosófico antropológico** que define la salud como un estado humano por excelencia, como un estilo de vida autónomo y responsable y

- **contexto utópico** que se relaciona con la noción de calidad integral de vida.

Dos definiciones de salud, sin embargo, se articulan a estructuras conceptuales e idearios económicos y políticos distintos. El de la salud pública y el de la Economía de la Salud (Carvalho, 1999:11) El paradigma de la salud pública adopta el principio de la equidad y el marco conceptual de la epidemiología. La agencia que formula este principio es la Organización Mundial de la Salud (OMS) que defiende la salud como: *"estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedades"*

El paradigma de la economía de la salud consagra los principios de la competitividad de la fiscalización y selectividad de la acción pública y el método de las ciencias económicas y administrativas.

El paradigma de la economía de la salud define la salud como:

"La ausencia de una disfunción o a muerte y esta definición práctica es más próxima de aquello que está envuelto con cuidados con la salud" (Murray & Lopez, 1994)

Esto equivale a definir la salud como ausencia de enfermedades o síndromes patológicos definidos.

Esta definición más estrecha es prácticamente más útil en el sentido de servir de parámetro para proporcionar medidas de colocación de recursos, principalmente al nivel de la salud pública. Bien sabemos que la salud no significa solamente la ausencia de enfermedades, sino estas ausencias (o presencia de enfermedades) son, por lo menos un criterio para comparar situaciones y programar medidas.

Este concepto de salud permite contrastar prioridades operacionalizables a partir del índice denominado DALYs (Disability-Adjusted Life Years) que contrasta la pérdida como resultado de la muerte prematura (en relación a la expectativa media de vida) o de incapacidad. El índice es basado en el concepto de "carga de la enfermedad". (Burden of Disease) (Murray, Lopez, 1996)*

La carga de la enfermedad e su costo social, a su vez, permiten identificar y controlar prioridades nacionales y regionales, localizar recursos para investigación y desarrollo y distribuir recursos para intervenciones a nivel de la salud pública tomando en cuenta el costo-beneficio de las intervenciones (ob cit, 1996).

Si la política en una óptica utilitarista, ya fue definida como el arte o razón para dividir recursos escasos, una política de salud y principalmente de salud pública requiere una definición clara y distinta de prioridades, problemas a resolver y sus respectivos costos-beneficio.

Interface Comunicación y Salud

Las interfaces entre las ciencias de la comunicación y los temas articulados a la salud han adquirido una sustancial importancia en los últimos años. Este enfoque multidisciplinar sobre las cuestiones correlativas presenta, sin embargo una particularidad que la distingue de otras interfaces entre dos o más disciplinas como, por ejemplo, entre biología y la química, la sociología y la psicología y que acaban por dar forma a nuevos campo de investigación bajo el nombre de bioquímica, sicología social. La diferencias es que la comunicación como fenómeno ubicuo a toda vida social es mantenido generalmente en segundo plano en relación a la positividad de los actores principales de las demás disciplinas, en los casos mencionados: los fenómenos químicos, biológicos, psicológicos, sociológicos.

En nuestras escuelas médicas la comunicación comienza a se reconocida en la enseñanza de la medicina [ii].

El placebo, un efecto marginal en la práctica médica, pero un fenómeno típicamente de comunicación, comienza a merecer una especial atención de los periódicos ciencia y divulgación de circulación internacional (Vieira, 2002: 47); (Horowitz, 2002; 47); (Postel-Vinay, 2002: 98); (Philipon, 2003). En el caso de la salud, la comunicación es un actor que siempre existió, pero nunca fue reconocido como principal. Su acción era considerada como soporte en segundo plano y no como actor principal. **La pregunta que ocurre entonces es saber por qué se promueve la comunicación a punto de emparejarla**

en importancia, con los factores componentes del costo de la salud propiamente dichos (medicamentos, servicios clínicos y quirúrgicos, análisis de laboratorio.) En realidad, los costos de la salud para las personas y para las sociedades, en general, aumentaron de tal forma, que se hace necesario procurar bajarlos. **La buena comunicación puede aumentar la eficacia de los servicios de salud.** Así, al nivel interindividual esto comienza a ser reconocido oficialmente: la comunicación médico paciente que siempre existió pero nunca hizo parte de los currículums, la comunicación de la salud por la mídia masiva, que también siempre existió para a merecer estudios e investigaciones a nivel internacional (Alcalay & Mendoza, 2000). La comunicación, al lado de los otros insumos de los sistemas de salud, como servicios médicos, de enfermería, medicamentos, laboratorios, pasa a asumir un importante papel para el aumento eficacia en las terapias y prevención de las molestias.

Sistemas de Salud

La definición clásica de sistema es la de un conjunto de partes que se comunican y se retroalimentan recíprocamente.

El enfoque sistémico del conjunto de las actuaciones profesionales e institu-

ciones que se dedican a la promoción de la salud, prevención y tratamiento de las enfermedades es oportuno, una vez que, para la teoría general de los sistemas, es esencial el análisis del flujo de información entre las partes que los constituyen (Bertalanffy, 1968).

Los sistemas pueden ser considerados como formados por subsistemas menores como pueden, en la otra punta, ser partes de una sistema mayor.

Existen, por tanto, varias posibilidades para recortar la realidad en sistemas y subsistemas. La selección de un tipo de recorte depende de la naturaleza y de la escala de los fenómenos que se pretende estudiar.

Consideraremos dos tipos de sistemas de salud pertenecientes a dos paradigmas distintos (Ferreira, Santos, & Westphal, 1999:71-88): el paradigma flexeriano que vino a instituir un modelo todavía en práctica y hegemónico hasta hace poco tiempo atrás.

Llamemoslo “Sistema de salud Individual” (SSI). El segundo paradigma es el de la “Producción Social de la Salud” (PSS).

Los idearios de estos paradigmas guardan un cierto paralelismo, respectivamente con los modelos conceptuales de la Economía de la Salud Pública y se distinguen bajo ciertas características:

Características		
Epistemológicas	Pragmáticas	Comunicacionales
(SSI) Unicausalidad Biologismo	Curativismo	Trata de individuo Rel. Médico- Paciente
(PSS) Multicausalidad Biológica, Social	Prevención, Cura	Equipos de Salud Salud de la Familia

Sistema de Salud Individual (SSI)

Para nuestros propósitos consideraremos el (SSI), esto es, el de la medicina tradicional, como recortados en dos subsistemas que operan paralelamente desde el punto de vista de los flujos de comunicación: el subsistema I, centrado en el paciente y el subsistema II centrado en el médico. Algunas (pero no todas) de las disfunciones de la comunicación médico-paciente provienen del hecho de que el paciente prácticamente desconoce lo que ocurre en el subsistema II.

Subsistema I

Cuando una persona se siente enferma dispone de varias maneras para procurar ayuda, sea el conocimiento personal, sea a través del consejo del farmacéutico (o probablemente del vendedor de la farmacia), de algún amigo, pariente o compadre.

Este procedimiento de automedicación no es aconsejado por los profesionales de medicina, ortodoxa o alternativa, por razones explícitas (falta de competencia del "inexperto") o inconfeables (reserva de mercado).

El individuo puede también tornarse un "paciente", esto es, procurar la ayuda sea de un "curandero", o de un médico habilitado. La decisión que el futuro "paciente" toma es soberana, pero debe tomar en cuenta varios factores: sus creencias o valores, su eventual situación de desesperanza; el acceso a cada una de estas alternativas en el medio donde reside (urbano, rural); su disponibilidad de recursos; su afiliación a convenios; la viabilidad y disponibilidad de los servicios del SUS (Sistema Único de Salud).

Un factor, probablemente el que debía ser más relevante, es la eficacia y segu-

ridad de cada una de estas prácticas alternativas para los males que lo afligen. De esto, en general, el público dispone de poca información válida.

Transita una situación singular, pues siendo aceptada como legítima su soberana selección de qué medicina "curativa" optar. Pero una vez escogida, no debe automedicarse, es considerado incompetente para decidir entre las varias medicinas. Esta problemática fue específicamente abordada en Simposio de la SBPC, (Epstein, 1982).

De cualquier modo, al hacer una consulta al médico, la persona ingresa en el subsistema I. La puerta de entrada de este subsistema es constituida por los profesionales habilitados y con la consulta la persona *enferma* se constituye entonces en un *input* del sistema, esto es, se hace *paciente*.

Médicos, enfermeros, laboratorios de análisis clínicos, varios tipos de centros de diagnósticos, industria farmacéutica juntamente con sus revendedoras, farmacias y droguerías, hospitales y sanatorios son algunos de los subsistemas que se articulan en el subsistema I que estamos recortando.

Existen otros subsistemas que se agregan a éste por varios canales.

La investigación de fármacos naturales y artificiales y los respectivos tests en animales, y estudios clínicos, tipo doble ciego, se articulan a la industria de medicamentos; la tecnología y fabricación de aparatos e instrumentos a los consultorios y hospitales. Un ejército de profesionales actúa paralelamente por recomendación de los médicos o la rebeldía a éstos. Se trata de las mencionadas medicinas alternativas, de las múltiples terapias cuyo grado de confiabilidad varía.

La acción de comunicadores de salud, a través de grupos focales (secciones informales en las cuales los participantes son estimulados a discutir sus opiniones acerca de un tema o producto específico) (Ramirez, & Shepperd, 1988) puede auxiliar la comprensión de temas básicos de salud con aporte a la población de bajos ingresos (Lovato, 1997).

El subsistema I de la salud es alimentado, en su entrada, por las personas que se transforman en pacientes a través de la consulta médica. Esta consulta, en la mayoría de los casos, produce una indicación para que el paciente haga análisis de laboratorio, o de otra naturaleza. Al retorno del paciente, el facultativo, portando el resultado de los análisis, enunciará su diagnóstico, una terapia que podrá ser constituida por medicamentos, acción de fisioterapeutas, eventuales indicaciones para intervenciones quirúrgicas o inclusive consultas a otros facultativos.

Luego de algún tiempo el paciente o permanece en el sistema como enfermo crónico, le dan de alta como curado o muere y es "bajado".

Como sabemos, la "salida" final del sistema de salud, para todos nosotros, independientemente de nuestra condición económica, social o cultural es, sin ningún eufemismo, la baja definitiva.

Podemos entonces asumir que la finalidad del sistema, en la mejor de las hipótesis, es atrasar lo máximo posible, para cada uno de nosotros, este momento inevitable, o el procedimiento, altamente discutido en la actualidad, de abreviarlo en algunos casos, de sufrimiento insoportable (eutanasia).

Se puede adicionar una finalidad más, tal vez la más importante, la de pro-

porcionar la mejor calidad de vida posible a los pacientes todavía enfermos.

¿Cómo se puede comparar, a nivel macro de un país, una región o inclusive una ciudad, el grado con que el subsistema de salud alcanza sus objetivos?

Algunos indicadores internacionales, como el índice de mortalidad infantil, la expectativa media de vida, los perfiles de morbilidad y mortalidad y la mencionada cuantificación de pérdida de vida saludable, sirven como instrumentos comparativos. Una medida del aprovechamiento es la confrontación entre estos indicadores y el costo financiero de los sistema de salud.

Observemos por caso la tabla de abajo (World Health Report, 2000)*. A principios del siglo XXI vemos que, inclusive países industrializados con ingreso per cápita del mismo orden de grandeza y que exhiben indicadores con valor semejante, el costo de salud varía bastante. Los Estados Unidos gastan cerca del doble o más en salud, per cápita, que Inglaterra y Japón que muestran una expectativa media de vida igual (Inglaterra) o incluso menor (Japón).

En América Latina, Chile y Cuba, con modestos gastos en salud, exhiben indicadores de primer mundo.

Sabemos, por un lado, que el aumento de la expectativa de vida en las ultimas décadas fue espectacular en países desarrollados y muchos en desarrollo.

Inclusive de apenas 15 a 20% de este aumento puede ser atribuido a sucesos de la tecnología de la salud. Se cree que los restantes 80 a 80% sean resultantes de acciones relativamente simples, pero de implantación extremadamente compleja como los sectores de educación saneamiento básico, habilitación y alimentación de la comunicación. (Feraz,1997).

Un estudio más detallado de los sistemas de salud de algunos países exitosos en la relación costo beneficio de la salud, principalmente de la América Latina, podría revelarnos hasta que punto el factor comunicación, sea a nivel interpersonal, sea a nivel de la información de la salud divulgada por los medios masivos, sea al nivel general de la cultura podrá haber contribuido para los resultados exhibidos.

A nivel individual, el grado con que

son alcanzados los objetivos de mejora de salud, depende de la calidad de los servicios obtenidos por el paciente en su paso por el sistema de salud. Esta calidad , que nominalmente debería ser la misma para todos, varía de acuerdo con varios factores. Entre estos sobresalen la falta socialización integral de los servicios médicos y la calidad heterogénea de los servicios obtenidos.

El paciente “transita” durante cierto tiempo por el sistema. En este periodo “entra” en el sistema por la consulta al médico, prosigue en su interacción con el agenciamiento de los exámenes solicitados, retorna al facultativo y sale con el diagnóstico, la terapia y, eventualmente un pronóstico. Enseguida debe iniciar el respectivo tratamiento.

Esta fase dependerá de algunas circunstancias como su motivación, disponibilidades inclusive financieras. Se sabe que por varias razones, es común el abandono de ciertos tratamientos largos o permanentes como el de la tuberculosis o de la hipertensión.

Durante este “transito” el paciente puede obtener alguna información adicional sobre su condición de salud sea a través de su medio social, grupos de salud que eventualmente frecuente, a través de la media, con el atendiente de la farmacia o del ambulatorio y, si fuera el caso a través de Internet (Reaney, 2006). Sin embargo la interfase que le ofrece la información que debe ser la más confiable es la que mantiene con el médico. Sin embargo en los bastidores de este escenario, algunos otros actores del sistema de salud “alimentado” por el paciente mantienen una red de comunicación que tanto el paciente, como el público, en general, ignora.

Continúa en el próximo número.

*Estos indicadores ya mostraban la necesidad de una reflexión seria sobre la diferencia de costo-beneficio de los sistemas de salud de los países que se mencionan.

	Presupuesto anual en salud per capita US\$	Presupuesto en salud en % PNB	Expectativa de vida en el nacimiento Hombres/Mujeres	Médicos por 10 ⁵ población	Enfermeras por 10 ⁵ población
Estados Unidos	3724	13.7	73.8/79.7	279.0	972.0
Japón	1759	7.1	77.6/84.3	193.2	744.9
Reino Unido	1193	5.8	74.7/79.7	164.0	497.0
Chile	581	6.1	73.4/79.9	110.3	47.2
Brasil	428	6.5	63.7/71.7	127.2	41.3
Cuba	109	6.3	73.5/77.4	530.4	677.6
Afganistán	89	3.2	45.3/47.2	11.0	18.0
India	84	5.2	59.6/61.2	48.0	45.0
Sri Lanka	77	3.0	65.8/73.4	36.5	102.7
Uganda	44	4.1	41.9/42.4	n/d	18.7
Sierra Leona	31	4.9	33.2/35.4	7.3	33.0
Somalia	11	1.5	44.0/44.7	4.0	20.0