

## Comunicación y Salud: Paradigmas Convergentes

**Lise Renaud**, Universidad de Québec en Montreal, Canada

**Carmen Rico de Sotelo**, Universidad de Québec en Montreal, Canada

### Abstract

Este artículo describe la evolución de los enfoques de la comunicación referentes a la salud. Primero, el enfoque de la modernización o modelo lineal de cambio de comportamiento; segundo, el enfoque de la dependencia o conscientización y empoderamiento; y tercero, el enfoque del nuevo desarrollo o la participación y el co-desarrollo. ¿Por qué, tras el despliegue de tantos programas que utilizan la comunicación para la salud, persisten los problemas sociosanitarios? El artículo destaca la coexistencia de enfoques teóricos diferentes y a veces opuestos según las escuelas. Se concluye que la comunicación como vector de cambio de comportamiento parece predominar como eje teórico en el campo de la salud.

### 1. Introducción

La salud constituye más que nunca una preocupación para el conjunto de los gobiernos del planeta: multiplicación de epidemias (SRAS, gripe aviar, etc.), aumento de la obesidad, recrudescimiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual-SIDA, otros tantos problemas de salud que afectan regiones enteras y que, a veces, alcanzan proporciones pandémicas. Entre las estrategias para superar estos problemas de salud, los medios de comunicación son ampliamente utilizados por las agencias y organismos gubernamentales, las agencias internacionales y los organismos sin fines de lucro para inducir a la población, ya sea local, regional, nacional o internacional, a alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social.

La comunicación para la salud se define como el estudio y la utilización de estrategias de comunicación interpersonales, organizacionales y mediáticas destinadas a informar e influir en las decisiones individuales y colectivas propicias a la mejora de la salud. La comunicación para la salud se ejerce en múltiples contextos : relación paciente-prestador de servicios; búsqueda de informaciones sobre la salud por un individuo o un grupo; adhesión de un individuo o de un grupo a un tratamiento o a recomendaciones específicas; elaboración de campañas de sensibilización destinadas al público en general; toma de conciencia de los riesgos para la salud asociados a prácticas o a comportamientos específicos; difusión entre la población de determinada imagen de la salud; difusión de información relativa a la accesibilidad a

la asistencia sanitaria; comunicación dirigida a los responsables con el fin de que modifiquen el medio ambiente, etc.

En un principio, la difusión de la información era considerada suficiente para alcanzar estos objetivos. Muy rápidamente, los gobiernos admitieron sus límites, reconociendo que la comunicación constituye un potente motor de promoción de la salud. Pero la comunicación para la salud no es un fin en sí misma sino que participa del contexto global en el que la salud se vuelve un asunto colectivo. Así, las comunicaciones para la salud son necesarias pero no suficientes para engendrar los cambios sociosanitarios para los que las agencias de salud las utilizan.

Este artículo relata la evolución de los enfoques de la comunicación en lo referente a la salud. ¿Por qué, tras el despliegue de tantos programas que utilizan las comunicaciones para la salud, persisten los problemas sociosanitarios?

El artículo destaca la coexistencia de enfoques teóricos diferentes y a veces opuestos según las escuelas, si bien la comunicación como vector de cambio de comportamiento parece constituir el eje teórico predominante en el ámbito de la salud.

## **2. La Comunicación: una prioridad gubernamental para la puesta en práctica de la salud para todos**

La *Conferencia Internacional sobre la Asistencia Primaria de Salud* que tuvo lugar en Alma Ata en Kazajstán en 1978, fue decisiva para la problemática "Comunicación y salud". La declaración de Alma Ata destacó la información y la educación para la salud como las primeras entre las ocho prioridades en materia de asistencia primaria de salud. Según esta declaración, el enfoque en asistencia sanitaria primaria implica 1 – **el derecho de las poblaciones** a conocer sus principales problemas de salud y a participar en su solución; y 2 – el **deber de los gobiernos** "*de favorecer y asegurar la plena participación de las comunidades en esta acción (asistencia primaria de salud) a,.) mediante la difusión eficaz de informaciones pertinentes, la alfabetización y la puesta en marcha de las estructuras institucionales necesarias para que los individuos, las familias y las comunidades puedan asumir la responsabilidad de su salud y su bienestar*" (Conferencia De Alma, 1978).

Además, en 1986, la *Carta de Ottawa* (OMS, 1986) sobre la Promoción de la Salud afirmaba la importancia de las comunicaciones como una de las cinco estrategias complementarias y esenciales que permiten confiar a las colectividades y a los individuos el cuidado de mejorar su propia salud. Las cinco estrategias inscritas en dicha carta son: Comunicaciones, educación para la salud, desarrollo comunitario, acciones políticas y cambio organizacional.

Cabe señalar que en agosto del 2005, los principios de la Carta de Ottawa fueron reiterados en la *Carta de Bangkok* (OMS, 2005), que retoma y completa los valores, principios y estrategias de acción establecidos por la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. En el núcleo mismo de la Carta de Bangkok se encuentra así ratificada la preocupación por que las comunidades se doten de los medios de acción que les permitan actuar y mejorar la salud de su población. Entre las estrategias posibles, los participantes de dichas instancias priorizaron la educación para la salud, la comunicación para la salud y la acción política. En consecuencia, desde los años 80, numerosos países se han inscrito en un proceso activo de utilización de la comunicación en el ámbito de la salud pública. En el contexto del desarrollo, las agencias internacionales de la ONU, particularmente las que intervienen en dicho ámbito de la salud como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), unieron sus esfuerzos para implicarse en la puesta en marcha de medios para realizar las prioridades de la *Declaración de Alma Atata* de 1978 o de la *Carta de Ottawa* de 1987. Tales agencias desarrollaron particularmente campañas de educación sanitaria en las que los protagonistas son los gobiernos nacionales.

### **3. La Comunicación para la Salud : coexistencia de varios enfoques**

#### ***3.1. El enfoque de la Modernización: un modelo lineal de cambio de actitud y de comportamiento***

Todos los países signatarios desarrollaron campañas de comunicación y de educación para la salud que dirigen sus esfuerzos a los cambios de actitudes y de comportamiento (Caron-Bouchard y Renaud, 2001). La expresión Información-Educación-Comunicación (IEC) es definida por Silvio Waisbord (2001) como "el conjunto de intervenciones que utilizan de manera planificada e integrada los enfoques, técnicas y recursos de la información, de la educación y de la comunicación para facilitar, a nivel de un individuo, de un grupo o de una comunidad dados, la adopción, el cambio o la consolidación de comportamientos favorables al bienestar individual y colectivo". Éste es el caso por ejemplo de una campaña televisiva sobre el SIDA en Nicaragua (ver recuadro), donde una ONG nicaragüense realizó, entre 1994 y 1996, campañas multi-media (radio, carteles, periódicos, televisión) con el fin de sensibilizar a los jóvenes y adultos de 15 a 29 años sobre la problemática del SIDA (Gómez-Zamudio, 1998).

**La campaña televisiva contra el SIDA, Nicaragua** (Gómez-Zamudio, 1998)

Dentro de su plan de acción de desarrollo comunitario, el *Centro de Información y Servicios de Asesoría en Salud* (CISAS), una ONG nicaragüense, realizó de 1994 a 1996 campañas multi-media (radio, carteles, periódicos, televisión) con el fin de sensibilizar a los jóvenes adultos de 15 a 29 años sobre la problemática del SIDA.

Los anuncios publicitarios televisivos fueron objeto de una evaluación de impacto ante 367 jóvenes adultos de Managua. Más específicamente, la evaluación consistió en analizar los conocimientos adquiridos, medir la notoriedad de la campaña ante el público al que se dirigía y examinar si el mensaje inducía a una reflexión sobre el problema y provocaba los cambios de comportamientos sexuales deseados.

Los resultados de esta evaluación muestran que 98% de los entrevistados afirman que la televisión es una buena estrategia para llegar a ellos y aproximadamente el 23% recuerda el contenido del mensaje publicitario. Las recomendaciones de esta evaluación son las siguientes: 1 – los contenidos de los mensajes deberían ser más cercanos a las preguntas y a las preocupaciones de los jóvenes adultos ; 2 – la campaña debería ser más amplia e implicar acciones de relevo sobre el terreno, especialmente mediante una estrategia de educación sexual para difundir en la escuela, actividades municipales, movimientos religiosos y clubes deportivos; 3- el objetivo mediático debería incluir a los preadolescentes y adolescentes, los cuales inician su vida sexual ; 4- las comunicaciones mediáticas para ser eficaces deben planificarse en el marco de un conjunto de estrategias globales como la formación de promotores, la movilización y la coordinación de acciones comunitarias.

A nivel más general, esta voluntad de influir sobre los comportamientos de los actores sociales con la intención de hacer que se acepte una innovación social o tecnológica corresponde, a nivel internacional, al denominado paradigma de la modernización (Servaes y Patchanee, 2004). Desarrollado entre el final de la Segunda Guerra Mundial y los años 70, este enfoque, que se basa en el modelo de difusión, examina las especificidades culturales como obstáculos que hay que superar en vista de la adopción de los comportamientos deseados.

Ante los fracasos reiterados en la implantación de un cierto número de programas de salud, las organizaciones internacionales que trabajan en este campo identificaron algunos factores endógenos que explican según su opinión, los escasos resultados constatados durante las fases de evaluación. Las agencias internacionales especializadas en salud identificaron como causas internas de los fracasos los factores siguientes (OMS, 1987):

- 1- la ausencia de regulaciones políticas de los países que favorezcan la utilización de la comunicación para la promoción de la salud;
- 2- la escasa coordinación entre el sector de la salud y el de las comunicaciones, de ahí la necesidad de establecer mecanismos funcionales entre el sector de la salud y el de los medios de comunicación.
- 3- la descalificación de los medios tradicionales de comunicación;

- 4- el infimo lugar reservado a la información para la salud en comparación a la publicidad de las grandes multinacionales;
- 5- la estrategia puntual de las acciones de información, en lugar de una visión integrada y a largo plazo;
- 6- la falta de formación apropiada del personal de los sectores de la salud y de la comunicación.

En este mismo sentido, el Proyecto del Consorcio de las Universidades de América Latina (2005) para el desarrollo de las competencias comunicacionales de los trabajadores de los sectores de la salud y la comunicación permitió constatar que las múltiples acciones de comunicación en salud se traducían sobre todo en campañas de alcance reducido y en una inmensa producción de material informativo y educativo utilizado posteriormente para reforzar las actividades de los servicios de salud (talleres, consultoría) o para promover la presencia institucional por medio de productos publicitarios y de marketing.

### ***3.2. El enfoque de la Dependencia: concientización y empoderamiento***

Estas constataciones vuelven a cuestionar el enfoque único sobre los comportamientos individuales de la gente, ya que los problemas persisten aún, y son atribuibles a factores externos, especialmente a las desigualdades e injusticias estructurales. Son ellas las que han alimentado progresivamente otros enfoques como el empoderamiento (*empowerment*), la concientización de los grupos sociales, y la educación popular, que se tornan los conceptos clave sobre los que se apoyan ciertos proyectos de comunicación en salud pública. Esta orientación más política se sitúa en reacción a las desigualdades macroestructurales denunciadas en el marco del paradigma de la dependencia. Comienzan así a aparecer programas de comunicación en los que los profesionales de la salud dialogan con las poblaciones desfavorecidas, con el fin de que estas últimas adquieran poder sobre sus vidas por medio del fortalecimiento de las capacidades individuales y comunitarias. Es el caso del programa: *Nacer iguales, crecer sanos* (ver recuadro) implantado en todo Québec para las mujeres embarazadas de escasos recursos, apoyado por la red del sistema de salud (Brodeur, 2004; Colin, 2004).

#### **NACER IGUALES, CRECER SANOS** (Brodeur, 2004; Colin, 2004)

El programa quebequense « Nacer iguales, crecer sanos » es un programa que se dirige a las mujeres embarazadas con bajo nivel educativo y cuyos ingresos familiares están por debajo del umbral de pobreza. El programa iniciado en 1994 fue concebido con el fin de mejorar la salud y la calidad de vida de los recién nacidos y de sus padres. Los objetivos aspiraban particularmente a: 1- el aumento de los índices de natalidad en los que el peso del bebé fuera superior a 2.500 gramos; 2- la disminución de los niños que presentan retrasos de crecimiento intrauterino; 3- la disminución del número de nacimientos prematuros; 4- la reducción de la incidencia de los abusos y de la negligencia sobre los niños.

El programa preconiza un enfoque de empoderamiento (*empowerment*) y tres estrategias de intervención: el refuerzo del potencial individual de las personas, el refuerzo del medio y la influencia mediática y política.

La articulación de estas tres estrategias pasa por un seguimiento profesional individual, integrado al acompañamiento comunitario y a un enfoque local de acción intersectorial. Luego de las etapas individuales, los profesionales de la salud siguen ciertos pasos para comprender de forma colectiva las dificultades de estas familias, determinar sus puntos fuertes y encontrar soluciones con el medio. Diversos acuerdos de colaboración son definidos con el fin de que estas familias sean acompañadas hacia grupos comunitarios diversos (cocinas colectivas, guarderías infantiles, etc.); estos recursos ocupan un papel determinante en materia de integración social. Los actores de los recursos comunitarios, de los centros locales de servicios comunitarios (CLSC) las guarderías infantiles, de ciertos organismos municipales como los centros de recreación o la policía, de la Dirección de Salud Pública, etc. se implican en asociaciones locales de acción intersectorial. Éstas permiten coordinar los esfuerzos de todos estos actores para crear o consolidar recursos comunitarios, llegar a las familias más aisladas, mejorar sus condiciones de vida, hacer más accesibles los recursos de apoyo a los padres o de estimulación infantil y hacer el *lobby* mediático o político correspondiente.

La evaluación del programa basada en los datos recogidos entre 1994 y 1998, de 1340 mujeres desfavorecidas y seleccionadas al azar entre un grupo de control que recibió solamente suplementos dietéticos y el grupo experimental de las mujeres bajo seguimiento personalizado como ha sido precisado anteriormente, muestra que los resultados no permiten constatar ninguna diferencia significativa entre el grupo experimental y el grupo de control, tanto en lo que se refiere a la insuficiencia del peso al nacer, al retraso de crecimiento intrauterino o a la prematuridad. En cambio, el programa tuvo un efecto positivo y significativo sobre el nivel medio de síntomas depresivos perinatales de las nuevas madres. También se señaló una fuerte tendencia a padecer menos anemia perinatal en las mujeres que beneficiaron del programa así como una mayor frecuencia de lactancia materna después del parto entre las madres de origen canadiense. Finalmente, desde el punto de vista del apoyo social, las mujeres del grupo experimental recibieron más ayuda material y tuvieron más posibilidades para confiarse a alguien. Sin embargo otros estudios muestran que el reparto de poder entre los profesionales de la salud y las mujeres es un auténtico desafío.

El conjunto de resultados de este programa interpela directamente a la red de salud y servicios sociales para que la reducción de las desigualdades sea considerada un verdadero desafío de salud pública. Sin ninguna duda, hay que actuar primero de forma preventiva, antes de que las mujeres en situación de desigualdad social queden embarazadas.

El enfoque preconizado es del tipo autonomización o responsabilización como parte del empoderamiento. El profesional de la salud, al crear una relación de confianza, acompaña a la mujer encinta de escasos recursos con el fin de que ella retome el control de su vida. Si bien la evaluación de este programa muestra una incidencia positiva sobre la salud de las madres, particularmente respecto a la reducción de los síntomas depresivos perinatales, no se registran mejoras en el peso del recién nacido. Además, la

evaluación muestra que la voluntad política está presente pero que la aplicación de una distribución real de poder entre los profesionales de la salud y los sectores desfavorecidos todavía no se ha puesto totalmente en práctica, es decir, que no se aplica ni en todas partes ni en todas las instancias de trabajo.

### ***3.3. El enfoque del Nuevo Desarrollo: la participación y el co-desarrollo.***

Por último, en lugar del modelo centrado en los cambios de comportamiento, el paradigma del nuevo desarrollo se preocupa por la recepción de los programas por parte las poblaciones locales y de la toma en consideración de las cuestiones en juego en perspectivas más holísticas. Este paradigma apela a una participación activa de las poblaciones y pone a la persona en el centro del dispositivo comunicacional, para que el cambio se vuelva permanente. Ello implica superar la concepción de la salud omnipresente en los modelos de difusión y en el del cambio de comportamientos/IEC, etc, para llegar a entender la salud como el conjunto de procesos y de relaciones que se tejen entre las personas, como participación, acuerdo, negociación de conocimientos y de prácticas. En resumen, se pasa de una posición individual (yo-tú) a un enfoque relacional (nosotros). Esta perspectiva dinámica renovada es la resultante de las reflexiones e investigaciones sobre los procesos de comunicación en salud, donde se constató que los productos comunicacionales se habían convertido en el núcleo de las estrategias en detrimento del público al que iban dirigidos, es decir, una estrategia centrada exclusivamente en el **producto comunicacional**. Se privilegiaban así la logística y los recursos comunicacionales para dejar en segundo plano los **procesos** que apoyan los cambios individuales y colectivos. Éste es el caso del programa de *Comunicación participativa de los jóvenes de un municipio desfavorecido de Cali* (ver recuadro) que, para combatir la violencia, promulgaba los principios de ciudadanía con la colaboración de los jóvenes de un barrio empobrecido (Gutiérrez, 2003).

#### **Comunicación participativa entre los jóvenes de un municipio desfavorecido de Cali (Gutiérrez, 2003)**

Para superar los problemas de violencia y promover los principios de ciudadanía con la colaboración de los jóvenes de un barrio empobrecido de Cali en Colombia (comuna 18), el proyecto de la « Corporación El Parche » fue implantado en 1999 y finalizó en 2002. Se trata de una organización de jóvenes, que agrupa alrededor de 30 niños y adolescentes y se propone como objetivo principal la promoción del desarrollo social, dirigiendo sus esfuerzos a la integración comunitaria a través de actividades artísticas y culturales. Las actividades organizadas por el grupo El Parche abordaban los cuatro campos siguientes: la educación, la cultura, la comunicación y la formación de redes sociales. Beneficiaron a los niños, a los preadolescentes y a los adolescentes de NSE bajo, de la comuna 18.

Las actividades de comunicación incluyen talleres de producción fotográfica, de elaboración de videos y de documentales sobre la comuna 18, con el fin de promover la participación social de los jóvenes. Para el grupo de

niños, el grupo El Parche aspiraba a la promoción de la « concordia ciudadana » así como al trabajo en equipo por medio de juegos, de talleres de artes plásticas y de teatro, y de la presentación de películas seguidas de grupos de debate. Por otro lado, el proceso de participación social se extendió hacia otras comunas por medio de actividades musicales. El grupo *El Parche* ofreció numerosos talleres de *rap* a los jóvenes afrocolombianos provenientes de otros barrios desfavorecidos. Varias grabaciones de trabajos musicales fueron producidas integrando así a más de 15 grupos de *rap* de la ciudad de Cali. La demo fue presentada a varias cadenas de radio de la ciudad. Además, el grupo El Parche organizó festivales de arte en el seno de la comuna 18 con el fin de reunir niños, adolescentes y adultos.

Un estudio exploratorio y evaluativo fue llevado a cabo en 2002 con el propósito de examinar, en los jóvenes, las repercusiones de su participación en una organización juvenil. Los resultados de la evaluación muestran que los puntos fuertes del proyecto fueron las repercusiones positivas en la salud y el bienestar de los jóvenes que participaban, así como la adquisición de competencias útiles para la vida (*life skills*). En cambio, las insuficiencias del proyecto atañen a la escasa participación social de los miembros del grupo *El Parche* en los consejos locales de la comuna 18. En efecto, el medio comunitario no era muy receptivo a los nuevos interlocutores (los jóvenes) y los consejos consultivos locales acordaban más bien pocos votos a los jóvenes participantes del grupo *El Parche*.

Los resultados más visibles del proyecto fueron las repercusiones positivas sobre la salud y el bienestar de los jóvenes participantes, así como la adquisición de competencias útiles para la vida (*life skills*); en cambio, se deplora la falta de participación social de los miembros del grupo en los consejos locales de la comuna. En efecto, el medio comunitario no era muy receptivo a los nuevos interlocutores (los jóvenes) y los consejos consultivos locales acordaban pocos votos a los jóvenes participantes.

Este cambio cualitativo es de talla considerable: en el marco teórico actual sería el del paso progresivo del estatus de paciente al de usuario y de éste al de ciudadano.

El Proyecto del Consorcio de las Universidades de América Latina (2005) se incluye en esta perspectiva y definió así una hoja de ruta en comunicación para la salud que prioriza los puntos siguientes:

- la descentralización que privilegia los espacios locales (barrio, ciudad, plaza pública, etc.);
- la utilización de nuevas estrategias comunicativas : debate público, animación cultural, *lobby*, etc.;
- la comunicación como un proceso y no como un mero conjunto de materiales de promoción;
- la construcción de indicadores de comunicación basados en los aspectos culturales y de promoción de la salud



#### 4. Conclusión

Hemos identificado aquí los grandes enfoques que han influido sobre la comunicación en el campo de la salud: el enfoque de la modernización (comunicación lineal para el cambio de comportamiento, y la IEC), el enfoque de la dependencia (empoderamiento y conscientización) y el del nuevo desarrollo (comunicación participativa o co-desarrollo). Aunque estos enfoques coexistan, y las organizaciones hayan constatado los límites del enfoque basado en el cambio de comportamiento, este último sigue siendo sin embargo el paradigma aún dominante en materia de salud pública. Este enfoque exhibe campañas de salud con una fuerte tendencia a la homogeneización en sus definiciones estratégicas y en espera *cuasi* mágica de resultados unidos a los cambios de comportamientos, como si fuera una operación sencilla. ¿Por qué los planes de comunicación en salud se parecen tanto, mientras que las poblaciones, los problemas, la cultura y las experiencias de vida concreta son tan diferentes? ¿Por qué se realizan las mismas campañas cuando se dirigen a una población rural o urbana, a jóvenes o a personas mayores, a mujeres autónomas o dependientes, en sectores de pobreza extrema o media, a etnias con modelos culturales diferentes? Es evidente que el modelo así seguido está basado en una intervención de campaña publicitaria estereotipada. Este modelo de campaña predeterminada es particularmente identificable en los enfoques difusionistas, pero subsiste también en ciertas variantes de la IEC. La comunicación se concentra así, de forma errónea, en la relación anunciantes/consumidores, concepto extraído de las leyes del mercado que se aplican mecánicamente en todo lugar y momento. Por esta razón se niegan las diferencias y las complejidades. Desde esta perspectiva, la comunicación es un conjunto de recetas de las etapas a atravesar; con la evaluación del impacto alcanzado. Así "el otro" no constituye un enigma a descifrar o descubrir, sino un desconocido al que hay que convencer para que modifique o cambie su actitud. No se le considera tampoco como un sujeto social o comunitario, imbricado en una espesura social, cultural, económica y psicológica.

El proyecto del Consorcio de las Universidades Latinoamericanas, como mencionado, muestra los esfuerzos de reflexión y de intervención que cuestionan la concepción de la comunicación vertical, prescriptible y descendente desde los agentes de las instituciones de salud y de los medios de comunicación hacia la población considerada homogénea, o cuando no, intercambiable. Por el contrario, en el enfoque comunicacional basado en la participación y el codesarrollo, el individuo es considerado como el actor principal, en posición de diálogo con el Estado y sus representantes a través de un proceso de comunicación cívica que permite reconocer problemas identificados conjuntamente por la población y por las autoridades. Este enfoque parece prometedor pero es necesario que todos los actores se ofrezcan mutuamente un espacio de diálogo; en efecto, deben darse ciertas condiciones para que exista esta reciprocidad: democracia, paz, distribución equitativa de la riqueza, implicación de las organizaciones en favor de las condiciones sociales, posicionamiento igualitario de los profesionales de la salud, etc.

Ahora bien, no es suficiente formular proyectos y elaborar campañas de salud, es aún más necesaria una voluntad política real para la puesta en marcha efectiva de los diversos programas desarrollados con una perspectiva de participación y de implicación ciudadana. En Canadá y en Quebec, los ministerios de la salud tienen ahora departamentos de comunicación especializados en salud pública. Esta voluntad política permite trabajar de común acuerdo con todas las instancias y grupos interpelados por diversas temáticas de salud, así como desarrollar programas que tienen en cuenta diversas realidades económicas, étnicas o religiosas.

Sin embargo, existe todavía cierta distancia entre esta voluntad política y la puesta en práctica de los programas sobre el terreno. En los países de América Latina o de África especialmente, donde la falta de vigor de la economía está sometida a un cierto control de las políticas de salud pública por las agencias internacionales como la OMS, el mayor desafío es el de desarrollar iniciativas conjuntas de comunicación y de salud que estén realmente adaptadas a los múltiples contextos de la región. Para llevarlas a cabo, los responsables locales de diversos países tanto del sector de la salud como de las comunicaciones deberían comprender el interés de comunicar sobre el tema de la salud y de reforzar las iniciativas de participación en curso.

### **Bibliografía**

Brodeur J-M., Boyer, G. Séguin, L., Perreault M., Colin C., Théorêt B., Xu Q., Beaugregard D. & De Blois S. (2004). Le programme Québécois Naitre égaux – Grandir en santé. Étude des effets sur la santé des mères et des nouveau-nés. *Santé Société et Solidarité*, 1, 119-127.

Caron-Bouchard, M. & Renaud L. (2001). *Pour mieux réussir vos communications médiatiques*, Montreal: Instituto Nacional de Salud Pública de Québec.

Colin, C. (2004). Naitre égaux-Grandir en santé : un exemple de la contribution des infirmières en prévention et en promotion de la santé en périnatalité. *Santé Publique*, 16 (2), 287-290.

*CONFERENCIA DE ALMA ATA SOBRE LA ASISTENCIA SANITARIA PRIMARIA*, del 6 al 12 de septiembre de 1978, disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)

Gómez Zamudio, M. (1998). *Teoría y Guía Práctica para la Promoción de la Salud*, Universidad de Montreal, Unidad de Salud Internacional.

Gutiérrez, N. (2003). *Étude exploratoire et évaluative des répercussions du projet El Parche sur le développement optimal des jeunes participants, Cali, Colombie*, tesina de licenciatura, Universidad de Montreal.

Hogue, M. (2004). Cadre de référence en matière de communication pour le développement, *Communication et Développement International*, 1 (1).

LaFrance, J-P, Laulan, A-M, Rico de Sotelo, C (dir.)(2006). *Place et Rôle de la communication dans le développement international*. PUQ.

OMS (2005) La Carta de Bangkok fue adoptada el 11 de agosto del 2005 por los participantes en la sexta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Disponible en: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_fr.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf) Consultada 21 diciembre 2005.

OMS (1987). Informe de la Conferencia-Taller Medios de Comunicación y Salud en Saly-Sénegal, África. Disponible en: [http://www.who.AFR.IEH\\_6](http://www.who.AFR.IEH_6) Consultado en junio 2005.

PROYECTO DEL CONSORCIO DE LAS UNIVERSIDADES. (2005). La Iniciativa de Comunicación. Proyecto de Fortalecimiento de las Capacidades Nacionales en Comunicación en Salud.

Disponible en: [www.comunit.com/la/teoriasdecambio/Consortio-Universidades/lasId-2689.html](http://www.comunit.com/la/teoriasdecambio/Consortio-Universidades/lasId-2689.html)

Renaud, L, Rico, C. & Kane O. (2006). *Communication et Santé : Évolution des Approches in Communication : horizons de pratiques et de recherche*, Volumen II, Mongeau, P. y Saint-Charles, J. (dirigidos por): PUQ

Renaud, L, Rico de Sotelo, C. (2006). *Communication pour la santé : de multiples approches théoriques*, in *Place et Rôle de la communication dans le développement international*, Lafrance J-P, Laulan A-M, Rico de Sotelo C. (dir): PUQ.

Servaes, J. & Patchanee, M. (2004). *Communication et développement durable*. Documento de trabajo de la 9ª mesa redonda sobre la comunicación para el desarrollo, Organización de las Naciones Unidas (ONU), del 6 al 9 de septiembre del 2004, Roma, Italia.

Waisbord, S. y COE, G. (2004). Comunicación, periodismo, salud y desafíos para el nuevo milenio, en *Iniciativa de la Comunicación*, p. 23/184. Disponible en: <http://puncakpass.net/>

Waisbord, S. (2001). Nuevas Tendencias y Escenarios Futuros en el Periodismo: Oportunidades para el Periodismo en Salud, *Revista Diálogos de la Comunicación*, 6, FELAFACS, Lima, Perú.