

Estudio de la comunicación educativa para la salud en dos áreas de salud cubanas.

Autores: Tania del Pino Más, Facultad de Comunicación, Universidad de La Habana, Cuba, taniadpm@gmail.com & Rayza Portal Moreno, Facultad de Comunicación, Universidad de La Habana, Cuba rayza.portal@infomed.sld.cu

Resumen: El artículo recoge un estudio de la comunicación educativa para la salud en espacios locales. Se trata de una investigación cualitativa cuyo principal objetivo fue caracterizar la coherencia que existe entre la comunicación educativa para la salud y la Atención Primaria de Salud (APS) en las áreas de salud de los policlínicos Doctor Tomás Romay y Presidente Salvador Allende, de los municipios Habana Vieja y Boyeros, respectivamente. Se pudo determinar que en ambas áreas, de manera general, existe correspondencia entre la comunicación educativa para la salud y la APS, aunque un grupo de factores internos y externos influyen negativamente en este sentido. Todas las bases de la APS se articulan en los procesos comunicativos, aun cuando no se logra cumplir cabalmente con ninguna. Los programas más beneficiados con esta comunicación son el Materno Infantil, el del Adulto Mayor, el de Enfermedades Transmisibles y el de Enfermedades no Transmisibles.

Palabras clave: Comunicación, Educación, Promoción, Atención Primaria, Salud

Tabla de contenidos:

1. Introducción
2. Metodología
 - 2.2 Diseño de la investigación
 - 2.2 Técnicas de investigación

- 2.3 Procedimientos en el trabajo de campo
- 3. Desarrollo
 - 3.1. Los actores que planifican e implementan la comunicación educativa para la salud
 - 3.2. La planeación y la implementación de la comunicación educativa para la salud. Los actores que la reciben
 - 3.3 La participación y la comunicación educativa para la salud
- 4. Conclusiones
- 5. Referencias bibliográficas

1. Introducción

El presente trabajo recoge una investigación sobre comunicación para la salud, tema de gran actualidad que de manera creciente ha despertado el interés de profesionales de las Ciencias Médicas y de la Comunicación en todo el mundo. La importancia otorgada a esta problemática inicialmente se manifestó en la práctica, posteriormente también comenzó a cobrar fuerza como objeto de estudio y así proliferó la producción científica al respecto.

La actividad académica e investigativa en materia de comunicación para la salud ha tenido mayor tradición en países desarrollados. En el caso de América Latina es posible encontrar antecedentes a partir de los años ochenta principalmente. Luego de revisar las referencias de investigaciones recogidas en bases de datos internacionales,¹ se puede decir que en Latinoamérica han predominado aquellas que tratan el papel de los medios masivos ante las demandas de salud. Por otra parte, en Norteamérica, aunque en los últimos tiempos prevalecen los estudios que vinculan la salud y las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs), se observa un mayor equilibrio con trabajos que abordan la comunicación con pacientes y las prácticas comunicativas en centros de salud y/o con personal del ramo.

En Cuba, un análisis de la labor de investigación relativa al tema, arroja que además de los vínculos entre medios y salud, se le ha prestado atención a otros tópicos como: competencias comunicativas en profesionales de salud, comunicación educativa –como proceso o contenido– en la formación de estos profesionales, y estrategias de comunicación para enfrentar problemas sanitarios. En menor medida se han llevado a cabo investigaciones dedicadas al análisis de la relación entre comunicación y Atención Primaria de Salud.

La anterior peculiaridad se destaca debido a que el estudio que ahora se presenta se plantea como objetivo principal caracterizar la correspondencia que existe entre la comunicación educativa para la salud que tiene lugar en las áreas de los policlínicos Doctor Tomás Romay y Presidente Salvador Allende, y las bases y los programas de salud priorizados de la Atención Primaria de Salud en Cubaⁱⁱ (Ver Esquema No.1.). Valga acotar que en este trabajo se habla de comunicación educativa para la salud atendiendo a dos razones básicamente: la primera, que en la investigación se consideran esencialmente las prácticas comunicativas que sustentan la actividad de promoción y educación para la salud en las áreas seleccionadas; y la segunda, que se asume que la comunicación para la salud, si se plantea objetivos instructivos y educativos, puede clasificarse como un proceso de comunicación educativa.

Otros objetivos del estudio:

- Describir la relación entre las bases de la Atención Primaria de Salud y la comunicación educativa para la salud en las áreas seleccionadas.
- Identificar los públicos, y los objetivos, contenidos y canales de comunicación de los programas de salud priorizados, que se manifiestan en la comunicación educativa para la salud en las áreas referidas.
- Diferenciar los procesos de comunicación educativa para la salud que tienen lugar en cada una de las áreas en estudio.

Las premisas de las cuales parte la investigación refieren:

- La comunicación educativa constituye un proceso complejo, cuyos límites no se reducen a las actividades de los centros escolares y los usos didácticos de los medios de comunicación, sino que los ámbitos de educación no formal e informal forman parte de su campo de acción, lo cual la convierte en un proceso social importante para el fomento de la salud colectiva en el espacio local, pues se encuentra en la esencia de los procesos de promoción, educación y participación para la salud.
- El desarrollo de la salud de las poblaciones se asocia a la Atención Primaria de Salud sistemática e integral, que promueve la intervención temprana en el proceso de salud-enfermedad, mediante el apoyo en la educación y la participación de las personas que conviven en un espacio local. Ello demanda la organización e implementación de procesos comunicativos integrados a la estrategia de Atención Primaria, la cual establece las pautas y prioridades que deben orientar las acciones con vista al mejoramiento de la salud en la localidad.
- En Cuba, como la APS asume el enfoque anteriormente mencionado, es fundamental que la comunicación educativa para la salud en el espacio local se corresponda con aspectos esenciales de la Atención Primaria, tales como sus bases y programas priorizados. Pero en las áreas de salud cubanas este tipo de comunicación generalmente no cumple a plenitud con esas peculiaridades, a pesar que la organización del sistema de salud pública en los territorios reúne un conjunto de condiciones que favorecen la consecución de tal correspondencia.

De acuerdo con todo lo anterior, la categoría de análisis con la que se trabaja es: *coherencia de la comunicación educativa para la salud con la Atención Primaria de Salud en áreas de salud*, la cual se define como la correspondencia de las características de la comunicación educativa para la salud que se organiza y realiza en determinada área de salud con las bases que rigen la Atención Primaria en estos espacios locales; así como con los públicos y los objetivos, contenidos y canales de comunicación para la promoción recogidos en los programas de salud priorizados, en

virtud de lo cual se garantiza la contribución de los procesos comunicativos al desarrollo de la salud colectiva del área.

Dentro de esta categoría se analizan cinco subcategorías: actores de la comunicación educativa para la salud, planeación de la comunicación educativa para la salud, implementación de la comunicación educativa para la salud, y participación asociada a la comunicación educativa para la salud.

Se entiende que la investigación que sustenta esta ponencia resulta pertinente porque, además de constituir una primera mirada sobre la problemática mencionada, aporta un conjunto de resultados de los cuales es posible obtener directrices de trabajo que coadyuven al mejoramiento de esta comunicación en las áreas investigadas. Por otro lado, desde el punto de vista teórico-metodológico, el estudio resulta relevante en la medida que contribuye con la sistematización de los presupuestos teórico-conceptuales sobre comunicación para la salud y brinda una propuesta metodológica para el estudio de dicha cuestión en los territorios. La investigación también ayuda al fortalecimiento del trabajo interdisciplinar en el sector de la salud y, más específicamente, contribuye con la disciplina Comunicación y Desarrollo, la cual promueve el estudio de los procesos comunicativos en el espacio comunitario.

2. Metodología

2.1. Diseño de la investigación

La investigación se enmarca en la perspectiva cualitativa y constituye un estudio de casos múltiples. Se desarrolló en dos áreas de salud diferentes con la intención de lograr una visión más integral del fenómeno investigado, a partir de la valoración de la incidencia que tienen diversos factores en contextos distintos. Las áreas que se eligieron son las de los policlínicos Doctor Tomás Romay y Presidente Salvador Allende. La primera cuenta con una amplia tradición en las actividades de promoción, educación y comunicación para la salud; la segunda también tiene una

labor destacada en esos ámbitos, pero mucho más reciente. Dada la amplitud de ambas áreas solamente fueron analizados dos consultorios en cada una, los cuales se seleccionaron teniendo en cuenta el desempeño en el trabajo sanitario.

2.2. Técnicas de investigación

- Investigación bibliográfica: Se aplicó durante la búsqueda, consulta y sistematización de fuentes bibliográficas escritas, tanto de tipo primaria como secundaria.
- Análisis documental: Se realizó a varios documentos normativos generales del sistema de salud.
- Entrevista en profundidad: Se implementó con especialistas del sistema de Atención Primaria de Salud de las áreas investigadas; con otros actores locales que tienen responsabilidad en el cuidado de la salud colectiva; y con personas de la localidad que sobresalen por impulsar acciones educativas y comunicativas para el fomento de la salud.
- Entrevista semiestructurada: Permitió el acercamiento a especialistas y expertos del Sistema Nacional de Salud Pública vinculados al tema de la comunicación para la salud.
- Grupos de discusión: Se buscó la participación de personas que forman parte de los grupos destinatarios de los programas de salud priorizados en la Atención Primaria de Salud, y que, por tanto, deben constituir públicos de importancia para la comunicación educativa para la salud que tiene lugar en las áreas investigadas.
- Observación no participante: Constituyeron objeto de observación algunos espacios de los policlínicos de las áreas seleccionadas y de los consultorios elegidos para la investigación; además de otros espacios – no necesariamente organizados por instituciones sanitarias– que tenían entre sus propósitos el desarrollo de acciones de comunicación educativa para el mejoramiento de la salud (se priorizaron los realizados por estructuras locales como los Comités de Defensa de la Revolución -CDR- y la Federación de Mujeres Cubanas -FMC).

-Análisis cualitativo de contenido: Se utilizó para examinar los productos comunicativos que se usan en cada una de las áreas en apoyo a la comunicación educativa para la salud que se dirige a la población. Fue posible interpretar tres unidades diferentes: los murales de corte educativo de los policlínicos y los consultorios investigados; los afiches y las hojas sueltas distribuidas en estos mismos centros y en algunos lugares públicos de las áreas.

2.3. Procedimientos en el trabajo de campo

Antes de comenzar el trabajo de campo se realizó el pilotaje de las técnicas de investigación en el policlínico Héroes del Moncada del municipio Plaza de la Revolución. Luego de esto se empezó a trabajar por el área de salud del policlínico Presidente Salvador Allende. Allí el proceso de recogida de información se realizó de la siguiente manera:

- Se entrevistaron a los especialistas del policlínico y se cumplió con la observación de varias consultas de este centro. Allí mismo, se examinó el documento que recogía el último Análisis de la Situación de Salud (ASS) del área, así como los murales y los afiches expuestos.
- Se realizaron entrevistas a personas de la población escogidas y al personal de los consultorios. En estos centros, se analizaron los murales, los afiches y las hojas sueltas mostradas.
- Se cumplió con la observación de actividades comunitarias que encerraban procesos de comunicación educativa para la salud.
- Se realizaron los grupos de discusión en locales de los consultorios.

En el área de salud del policlínico Doctor Tomás Romay se inició el trabajo de campo inmediatamente después que se concluyó con el área anterior, y los pasos que se siguieron fueron muy similares teniendo en cuenta los buenos resultados de la experiencia preliminar.

Mientras se efectuaba toda esta aplicación en las áreas de salud, se ejecutaron las entrevistas semiestructuradas a los especialistas del Sistema Nacional de Salud Pública.

3. Desarrollo

3.1 Los actores que planifican e implementan la comunicación educativa para la salud

Son varios los actores sociales que en las áreas estudiadas intervienen en la articulación de la comunicación educativa en salud. De modo coherente con la estrategia de Atención Primaria instituida en el país y el modelo asistencial de Medicina Familiar que la acompaña, el Equipo Básico de Salud (EBS)ⁱⁱⁱ tiene un rol protagónico en estas labores. No obstante, a las acciones de educación y comunicación en salud que lleva a cabo este equipo aún les falta calidad y sistematicidad, lo cual está determinado, en gran medida, por las difíciles condiciones que median el trabajo de este personal. Por ejemplo, representan serias limitantes la inestabilidad de estos especialistas en sus puestos, el incremento de la cantidad de familias que deben atender y las adversas circunstancias materiales.

En ambas áreas las asistentes de enfermería también han sido clave para las labores comunicativa y educativa. De hecho, la función primordial de las asistentes es comunicar, siempre con el fin de fomentar el (auto) cuidado de la salud; pero, lamentablemente, se trata de una figura que tiende a desaparecer. Los promotores de los policlínicos igualmente se encuentran entre los actores que más se dedican a proyectar iniciativas de comunicación para la salud en las dos áreas. Asimismo las Unidades Organizativas Estomatológicas de los dos policlínicos cuentan con un departamento que se ocupa de la educación en salud, destinado a transmitir conocimientos sobre higiene bucal.

Las secretarías y otras representantes de la FMC igual forman parte de los actores que contribuyen con la labor comunicativa dirigida al fomento de la salud. Ello guarda correspondencia con lo planteado en el Programa Materno Infantil, donde las actividades de esta organización aparecen como un canal de importancia debido a las potencialidades que posee la

Federación para incidir en el público femenino. Lamentablemente el desempeño de este órgano no es muy bien valorado. De modo general, la población de las dos áreas considera que la FMC ha perdido activismo en cuestiones de comunicación para la salud. Lo mismo sucede con los brigadistas sanitarios de los CDR; estas figuras han ido desapareciendo y sus obligaciones han recaído, fundamentalmente, en los líderes formales de la comunidad.

A propósito de mencionar a los líderes comunitarios formales, se debe apuntar que en ambas áreas los dirigentes locales constituyen un grupo con destacado protagonismo en lo relacionado con comunicación educativa para la salud. Los presidentes de CDR, los delegados de circunscripción y los integrantes de la Comisión de Prevención habitualmente ejecutan intervenciones con vista a evitar, o disminuir, conductas dañinas al bienestar humano. Contrariamente, otros actores formales, como los directivos de importantes centros de trabajo ubicados en las comunidades, no desempeñan un papel muy relevante; a pesar de que muchas de esas instituciones encierran riesgos para el medio ambiente y para la salud colectiva.

El amplio conjunto de actores provenientes de diferentes esferas sociales que colabora con la comunicación educativa para la salud en las localidades estudiadas, demuestra que la Participación intersectorial constituye una de las bases de la estrategia de Atención Primaria que se articula en los procesos comunicativos desarrollados con el fin de fomentar la salud pública. No obstante, hay que apuntar que la labor de este grupo de actores se encuentra afectada por varios aspectos, como son: la poca preparación en comunicación que posee la inmensa mayoría, y, por tanto, el escaso dominio que tienen de habilidades comunicativas clave.

Por otro lado se debe señalar que en las dos áreas los líderes formales intentan utilizar su poder ejecutivo para contribuir con los procesos comunicativos locales en salud. Ello, sin dudas, es una manifestación de

que la Descentralización constituye otra base de la estrategia de Atención Primaria que logra cierta articulación desde la comunicación educativa para la salud, aunque las gestiones de los dirigentes no priorizan los procesos comunicativos, pues los múltiples problemas materiales que afectan a las localidades demandan casi toda la atención y los esfuerzos.

3.2 La planeación y la implementación de la comunicación educativa para la salud. Los actores que la reciben

En ambas áreas hay una clara comprensión de la importancia de la comunicación educativa para la salud; mas, a pesar de ello, la planeación de esta presenta serias dificultades. De hecho, la planeación estratégica de este tipo de comunicación habitualmente no forma parte de los procesos que se gestionan dentro de las áreas estudiadas. Lo que mayormente se hace son reuniones u otros encuentros que sirven para colegiar algunos planes de acción y que muchas veces surgen para ofrecer indicaciones a propósito de una situación de crisis sanitaria. Paradójicamente, un aspecto que también afecta es la Descentralización que sustenta la Atención Primaria, pues permite que se promuevan iniciativas que no han sido propuestas desde una estrategia de comunicación. Tampoco está bien identificada en ninguna de las dos áreas la figura a la cual le corresponde ocuparse de la planeación de manera sistemática e integral.

Las reuniones que con mayor frecuencia se utilizan para coordinar acciones comunicativas dirigidas a informar o a educar en salud son: las convocadas desde los policlínicos y los consultorios para que asistan los dirigentes locales; algunas de las que regularmente efectúa el personal de salud, como varias desarrolladas por el EBS; las destinadas al promotor de salud del área desde el nivel municipal y aquellas que esta misma figura organiza en la comunidad; la reunión de la Comisión de prevención y las reuniones de los factores de la circunscripción.

Además de los anteriores espacios, en ambas áreas tienen lugar encuentros informales entre líderes comunitarios y el EBS que también se

utilizan para organizar iniciativas de información y de comunicación educativa en salud. Por otra parte, cuando el cuadro epidemiológico lo amerita, se hacen reuniones extraordinarias en los policlínicos y los consultorios y/o se activan puestos de mando desde donde se dictan y monitorean los pasos a seguir. Un aspecto que caracteriza a la mayoría de estas experiencias es el rol directivo que asume el personal de salud, lo cual otorga un enfoque vertical al proceso comunicativo.

Debido a esta especie de "improvisación" en torno a los procesos de comunicación sanitaria, en los territorios estudiados hay muy poco documentado al respecto. Los planes de acción recogidos en los ASS son los únicos documentos que contienen alguna planificación en relación con la comunicación, y no constituyen propuestas muy amplias. Tales planes guardan correspondencia con varios de los aspectos de comunicación planteados en el Programa de Enfermedades Transmisibles y en el de Enfermedades no Transmisibles, los dos son coherentes con las cuatro bases de la estrategia cubana de Atención Primaria y, además, según se explica en los propios ASS, la elaboración de ambos contó con la ayuda de representantes de diversos sectores y de vecinos de la localidad, aunque se constató que la participación de estos sujetos básicamente radica en el ofrecimiento de información.

En el marco del contexto descrito hasta aquí, entre las acciones de comunicación que mayormente se implementan en las dos áreas se hallan, en primer lugar, las charlas que sostienen personalmente con los pacientes los colectivos médico y de enfermería que laboran en los policlínicos y los consultorios. Estas conversaciones tienen lugar, sobre todo, en las consultas y en las visitas a los domicilios; espacios que están establecidos en los programas de salud como un canal fundamental para la comunicación educativa. En esos encuentros predominan los flujos de comunicación horizontal y descendente, y casi siempre el primer objetivo que se persigue es informativo. En ambas áreas este tipo de charlas educativas normalmente se lleva a cabo sin el auxilio de instrumentos de

comunicación; ni siquiera es frecuente el uso de los carteles o los murales que se localizan en las consultas. Los contenidos que con mayor frecuencia se tocan se corresponden con los de los programas Materno Infantil, Adulto Mayor, Enfermedades no Transmisibles y Enfermedades Transmisibles.

Las charlas educativas destinadas a grupos de personas que se encuentran en las salas de espera de los policlínicos y los consultorios, y las audiencias sanitarias en la comunidad, son otras de las acciones de comunicación que tienen lugar en las dos localidades. Estas actividades son utilizadas con el objetivo de informar e instruir a los pobladores en cuestiones de salud y de promover conductas que ayuden a prevenir o a controlar enfermedades, sobre todo cuando está reportada alguna epidemia. Tanto en unas como en otras predomina el flujo de comunicación descendente, y los contenidos en los cuales se enfatiza están determinados por la situación epidemiológica del territorio o el país; aunque en las audiencias también es común que se aborde el tema de los accidentes y el de la higiene.

Con las charlas educativas se benefician de manera especial los públicos de los programas Materno Infantil, Adulto Mayor y Enfermedades no Transmisibles; y en las audiencias sanitarias, además de esos sectores poblacionales, se favorecen la población adulta sana y la familia como grupo, públicos que de modo general reciben poca atención a pesar de que en ambas áreas presentan factores de riesgo como el hábito de fumar, la adicción al alcohol y el hacinamiento. Es importante asimismo acotar que en las charlas educativas se utilizan algunos instrumentos para la comunicación, como plegables y medios audiovisuales, lo cual, lamentablemente, no ocurre en las audiencias sanitarias.

Entre los productos comunicativos que normalmente se utilizan hacia el interior de las dos localidades con el propósito de apoyar los procesos de información y educación en salud se encuentran los murales, los afiches y las hojas sueltas, los cuales, habitualmente, se exhiben en los espacios de

mayor concurrencia de los policlínicos y los consultorios. En el caso de los murales se debe decir que su diseño y elaboración muchas veces obstaculizan los propósitos de llamar la atención e incidir en la población: algunos no son muy creativos, otros no son fácilmente legibles, y varios abusan del uso de los plegables, estos últimos concebidos para ser manipulados personalmente. Por supuesto, es posible encontrar murales que poseen buena calidad, dado que son atractivos desde el punto de vista visual y, además, poseen un tratamiento apropiado de las temáticas. Los contenidos abordados a través de los murales son múltiples, aunque sobresalen los relativos a los programas Materno Infantil, Enfermedades Transmisibles, Enfermedades no Transmisibles y Adulto Sano. De ahí que sea precisamente a los grupos destinatarios de estos programas de salud a los que se dedican los mensajes. Los temas de esos programas también son tratados en las hojas sueltas y en los afiches, los cuales, además, suelen hacer hincapié en los principales problemas de salud que afectan el cuadro epidemiológico del país. Hay que decir que un valor añadido de estos dos tipos de productos comunicativos –afiches y hojas sueltas– radica en que pueden ser expuestos en diversas partes de la comunidad, cualidad que en el área del policlínico Doctor Tomás Romay ha sido aprovechada.

Por último se debe mencionar que en el área del policlínico Presidente Salvador Allende algunos afiches hacen referencia a temas que no forman parte de los programas de salud priorizados en la Atención Primaria, pero cuyo abordaje con la población igual resulta de gran importancia. Es posible citar, en este sentido, el caso de la problemática de las situaciones de desastre –ciclones, incendios, sismos.

3.3 La participación y la comunicación educativa para la salud

La calidad de la Participación comunitaria y de la Participación intersectorial que tienen lugar en las localidades estudiadas con vista a la comunicación educativa para la salud aún no es la idónea. Ante todo llama la atención el deficiente aprovechamiento de los escenarios de

participación locales para ejecutar acciones comunicativas en salud, pues a pesar de que las reuniones de los CDR y las asambleas de rendición de cuentas constituyen el marco en el cual tiene lugar la mayoría de las audiencias sanitarias, no es frecuente que se utilicen al máximo otros espacios que puedan existir –culturales, recreativos.

Por otro lado, una debilidad que en ambas áreas posee la Participación intersectorial en la comunicación educativa para la salud es la escasa asistencia de miembros del personal sanitario de la localidad a las actividades de comunicación que los presidentes de CDR o los delegados de circunscripción realizan para informar y educar a los vecinos. En estas actividades tampoco es común la participación de representantes de organizaciones del área que pueden tener una incidencia directa en las labores de promoción y educación en salud, tales como dirigentes de escuelas o miembros de centros culturales y deportivos, ni la presencia de representantes de instituciones que son fundamentales para la resolución de los principales problemas de salud de los territorios, como son, por ejemplo, miembros de la dirección de las empresas que se dedican a la retirada de desechos sólidos y líquidos.

También hay que señalar que en escenarios como los anteriores los cederistas y los electores integrantes de determinadas organizaciones políticas y de masas –FMC, Asociación de Combatientes, Unión de Jóvenes Comunistas (UJC)– no suelen asumir un rol protagónico. Por lo general la participación de estos es poco destacada, a pesar de que a veces se discuten problemas para cuya solución pueden resultar de gran ayuda sus comentarios.

En relación con la participación de la población en general hay que señalar que de manera global las personas muestran interés por las temáticas que tienen que ver con la salud, lo cual resulta más notable en épocas de epidemias. Sin embargo, los niveles de participación de la población habitualmente no son los mejores, pues casi siempre las demandas exceden a las propuestas de soluciones y, además, es común encontrar

poca disposición para implicarse en el enfrentamiento de los conflictos. En las asambleas de rendición de cuentas apenas existen intervenciones relativas a los temas que los delegados preparan para las audiencias sanitarias y casi nunca se toman acuerdos ni se proponen iniciativas que requirieran la colaboración de los vecinos.

Dos factores que en ambas áreas entorpecen sobremanera el interés por participar en actividades de comunicación, educación y promoción de salud son: la pérdida de valores que ha tenido lugar entre muchas personas y el descontento de la población con la capacidad de respuesta de las estructuras a diferentes niveles. Otros aspectos que entorpecen esta participación son: el verticalismo que caracteriza las acciones de este sector; la perspectiva paternalista que se ha seguido en el país para gestionar el cuidado del bienestar del pueblo; la todavía insuficiente consolidación de la autorresponsabilidad de la población, y el mal aprovechamiento del ASS como un instrumento participativo.

4. Conclusiones

- 1.** En las áreas estudiadas la comunicación educativa para la salud se vincula con las cuatro bases de la estrategia de Atención Primaria, aunque se detectan algunas dificultades que afectan la calidad de esta relación: la Participación intersectorial y la participación comunitaria todavía se caracterizan por ser reactivas; en el uso apropiado de la Tecnología influye negativamente el poco aprovechamiento de los instrumentos de comunicación que están disponibles en las áreas; y a la articulación de la Descentralización desde la comunicación educativa para la salud le hace falta más coherencia y sistematicidad.
- 2.** Las acciones de comunicación que más se implementan son: charlas educativas en los policlínicos, los consultorios y las visitas a los hogares; y las audiencias sanitarias en el marco de las reuniones de CDR y de las asambleas de rendición de cuentas. Los objetivos que generalmente se persiguen con estas acciones tienen un enfoque

transmisivo: instruir en determinados aspectos de los padecimientos, informar sobre la situación sanitaria, y orientar medidas necesarias a adoptar. El abordaje de los temas tiende a estar muy determinado por el cuadro epidemiológico. Las temáticas que se tratan con mayor frecuencia guardan coherencia con contenidos de los programas Materno Infantil, Adulto Mayor y Enfermedades no Transmisibles. Coherentemente, entre los públicos más beneficiados se encuentran las gestantes, los adultos mayores y sus familiares, y los enfermos crónicos. Aún resultan insuficientes las acciones dirigidas a los adultos sanos, los adolescentes, los jóvenes y la familia en su conjunto.

3. Entre los procesos de comunicación educativa para la salud que tienen lugar en las áreas estudiadas no se establecen grandes diferencias. Entre los aspectos que más favorecen este tipo de comunicación se encuentran: la organización del nivel primario del sistema de salud; las perspectivas que promueven las propias bases de la estrategia de Atención Primaria, y el marco organizativo que proporcionan los programas de salud. Particularmente, en el área del policlínico Doctor Tomás Romay, existe una mayor disposición de diferentes organizaciones de la localidad para contribuir con estos procesos comunicativos; la urbanidad favorece la publicación de productos de comunicación sobre salud y es más común que se realicen actividades de interés para el público sano. Mientras tanto, en el área del policlínico Presidente Salvador Allende representan fortalezas la preocupación del personal de salud por la calidad del proceso de comunicación con los pacientes y la sistematicidad en la realización de las charlas educativas.
4. Los factores sobre los cuales se puede volcar la discusión para comenzar una labor de perfeccionamiento de los procesos comunicativos en salud dentro de estas áreas son: la creación de una estructura que con rigor metodológico proyecte estratégica e integralmente el trabajo de comunicación; la preparación en este campo de los actores que se responsabilizan con esta actividad comunicativa; y

el crecimiento del compromiso de órganos e instituciones clave, así como de la población.

5. Referencias bibliográficas

1. Aguilar, MJ 2007, *La Participación comunitaria en salud: ¿mito o realidad? Evaluación de experiencias en Atención Primaria*, Ediciones Díaz Santos, Madrid.
2. Beltrán, LR 1995, "Salud Pública y Comunicación Social", revisado 7 marzo 2007, <http://www.comunica.org/chasqui/coe.htm>
3. Castell-Florit, P 2003, "Intersectorialidad y sistemas de salud. La experiencia cubana", revisado 4 junio 2007, <http://www.sld.cu/sitios/infodir/temas.php?idv=7591>
4. Huergo, J 2005, "Comunicación, cultura y educación: una genealogía", tesis de Maestría, Universidad Nacional de La Plata.
5. Martín, L et al, 2007, DC-ROM, "Categorías vinculadas a la promoción de salud".
6. Obregón, R 2009, "Comunicación, desarrollo y cambio social", revisado 17 julio 2009, http://www.portalcomunicacion.com/eps/n_aab_lec_pdf.asp?id_llico=49
7. Portal, R, 2003, "Por los caminos de la utopía. Un estudio de las prácticas comunicativas de los Talleres de Transformación Integral del Barrio en la Ciudad de La Habana", tesis de doctorado, Universidad de La Habana.
8. Rodríguez, A & Sanabria, G, s.f., "Conceptos básicos en la promoción de salud". En Sanabria, G, Rodríguez, A & Rojo, N, *Promoción y educación para la salud sexual y reproductiva. Conceptos básicos y estudio de casos* (pp.6-13), s.e., s.l.
9. Sierra, F. 2000, *Introducción a la Teoría de la Comunicación Educativa*, Editorial MAD, Sevilla.

- 10.-----, 1997, "Pedagogía de la comunicación y desarrollo local: una propuesta metodológica cualitativa", tesis de doctorado, Universidad Complutense, Madrid.
- 11.Uranga, W et al, 2006, "Acerca de la práctica social de los comunicadores. Consideraciones teóricas, metodológicas y políticas: una mirada sobre comunicación y salud". En González, B. *Comunicación Social y Salud* (pp. 22-34), Imprenta MINAZ, Ciudad de La Habana.

6. Anexos

Esquema No. 1. Estructura del Sistema Nacional de Salud Pública cubano.



Fuente: Ramírez, A., Castell-Florit, P., & Mesa, G. (2003). El sistema nacional de salud de Cuba. Revisado junio 4, 2010, en <http://www.sld.cu/sitios/infodir/temas.php?idv=7591>

Notas

i Se consultaron las siguientes bases de datos: Catálogo de Documentación en Ciencias de la Comunicación (CC-DOC) del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), disponible en <http://ccdoc.iteso.mx/> y el Editor Internacional Sage, disponible en <http://www.sagepub.com/home.nav>

ii Bases de la APS: Participación comunitaria, Participación intersectorial, Uso apropiado de la tecnología y Descentralización. Programas de salud priorizados de la APS: Materno Infantil, Atención al Adulto Mayor, Enfermedades Transmisibles, Enfermedades no Transmisibles y Programa del Adulto Sano.

iii El Equipo Básico de Salud es la estructura organizativa y funcional sobre la que debe descansar esencialmente la APS. No debe faltar entre sus miembros el personal médico y de enfermería que atiende a las familias.