

## **"La Comunicación Social en Salud": Un Programa para la Formación de Comunicadores Sociales en Venezuela**

**Alicia Pineda**

*Profesora Titular de la Facultad Experimental de Ciencias,  
Coordinadora de la Cátedra de Comunicación y Salud de la  
Universidad del Zulia. Convenio: Organización Panamericana de la Salud.  
Escuela de Comunicación Social.*

### **Resumen**

Este artículo contiene la fundamentación filosófica, objetivos, contenidos y estrategias que orientan un programa académico para la formación de comunicadores sociales aptos para el tratamiento de contenidos vinculados con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como también con la generación de opinión favorable para el desarrollo de políticas dentro del Sector Salud.

**Palabras claves:** Promoción de Salud y Comunicación, Salud y Comunicación, Salud, Comunicación.

### *"Health Communication": A program for the preparation of media specialists in Venezuela*

### **Abstract**

This paper presents the philosophical foundations, the objectives, contents and strategies of an academic program for the formation of social communicators in the area of health and disease prevention as well as the generation of public opinion favourable to the development of Health policies.

**Key words:** Health and communication promotion, Health and communication, Health, Communication.

## Introducción

La Comunicación Social en el área de la salud se perfila como un ingrediente importante para desarrollar el nuevo modelo de promoción asistencial basado en la promoción de la salud antes que en la cura y rehabilitación.

La anterior demanda no sólo implica cambios en la conceptualización del proceso de la comunicación, en el uso de los medios de información de masas, sino también en los procesos de formación y capacitación de los recursos humanos que hacen de intermediarios entre el personal sanitario y el usuario común y corriente que recibe información de los medios masivos (prensa, cine, radio y televisión).

La tarea de informar y comunicar sobre los alcances del nuevo modelo asistencial que se pretende implantar no debe ser exclusiva del personal de salud, sino debe ser planificada interdisciplinariamente, y en esto los comunicadores sociales y las Escuelas de Comunicación Social tienen su corresponsabilidad.

Se trata de formar desde las Escuelas de Comunicación Social de las universidades el personal idóneo para informar y comunicar en el área de la salud.

Es pues dentro de toda esta filosofía que en 1993, conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Universidad del Zulia creó la primera cátedra venezolana y latinoamericana en "Comunicación Social y Salud".

Las expectativas generadas con la producción de este Programa Académico y su dictado han sido en parte cubiertas, no sólo porque para 1996 todas las Escuelas de Comunicación Social del país, adscritas a universidades públicas cuen-

tan ya con cátedras similares (Universidad de Los Andes, Núcleo Táchira, Universidad Central de Venezuela), sino también porque la Escuela de Comunicación Social de LUZ fue seleccionada por la UNESCO y la OPS como una de las seis universidades latinoamericanas que desarrollarán un Proyecto Piloto que busca fortalecer la formación de pre y posgrado en el área mencionada.

Por considerar que sólo el conocimiento de esta experiencia docente puede abrir el diálogo que permita mejorar el diseño y alcances del proyecto, sometemos a consideración de los interesados:

1. **Fundamentación Filosófica del Programa:** Describe los basamentos que soportan la inclusión de la Comunicación Social como ingrediente básico para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
2. **Latinoamérica:** un espacio abierto para la Comunicación Social en Salud. Se hace un breve recorrido por la situación de la Comunicación Social en el área de la salud.
3. **En Venezuela:** los productos de la crisis esperan...  
Se reseña la situación de salud en el país con cifras que muestran los efectos de la crisis sobre la salud del venezolano.
4. **Presentación del Programa de Comunicación Social y Salud:** contenidos, objetivos y estrategias.
5. **Conclusiones.**

### 1. Fundamentación filosófica

La década de los años 80, bautizada por algunos como la "década perdida" para los países en vías de desarrollo pues está vinculada con la más profunda crisis económica y social jamás vista, fue para-

dómicamente el período en que mundialmente surgen ideas novedosas sobre salud pública y sobre el necesario vínculo que debe existir entre ésta, la comunicación, la información y el proceso educativo.

Bastaría citar documentos tales como la **Carta de Otawa**, producto de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, patrocinada en 1988 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con las principales instituciones de Salud Pública de Canadá, para demostrar que una nueva filosofía que intenta la interacción entre nuestras decisiones personales sobre salud y la responsabilidad social de lograr una mayor calidad de vida estaba en la antesala del proceso de promoción de la salud, el cual -según señala el documento citado- no sólo debería limitarse al fomento de los estilos de vida saludables, sino que requería traspasar esos límites incluyendo otras condiciones fundamentales: la paz, la educación, la justicia social, la equidad, el alimento, el ingreso, entre otros.

Características también de la "década perdida" fue el abandono de los tradicionales conceptos de salud curativa y el de privilegiar a ciertos sectores de la sociedad como gestores de la misma (médicos, enfermeras, biólogos, etc.). Esto sin duda empezó a abrir espacios para el necesario **vínculo entre profesionales de la comunicación e Información** y los del sector salud, quienes no están académicamente formados para la tarea de promover la participación y la movilización ciudadana mediante la emisión de mensajes que lleguen a las grandes mayorías a través de los medios masivos, y cuya función sea orientar a los

ciudadanos sobre la toma de decisiones favorables para el alcance y mantenimiento de la salud.

La década de los 90 llega a Latinoamérica con sorpresas: acogiendo postulados contenidos en la declaración de Alma Ata (Rusia, 1978) e identificados en la carta de Otawa, (Canadá, 1988), la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana formula en el documento "Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas para la Organización Panamericana de la Salud (OPS)" en el período 1991-1994 que "las acciones en materia de salud deberían volcarse hacia la promoción de la salud e incluye a la **Información, la Comunicación Social y la Educación** como una de sus nueve estrategias básicas.

Paradójicamente, al término del vencimiento del período 91-95, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha comunicado recientemente al mundo la imposibilidad de cumplir con uno de los principales lineamientos de la Declaración **Alma Ata**, comprometida con "**Salud para todos en el año 2.000**", pues las condiciones de marginalidad, pobreza crítica, desajuste social e injusticia no han permitido que esto se haga realidad. Esto es un duro golpe para los que confiaron en que la vigencia de un nuevo modelo asistencial basado en la promoción y prevención de la salud cambiaría las condiciones de salud, sobre todo en los países del tercer mundo agobiados por problemas sociales, económicos, políticos y **Comunicacionales**. Valdría la pena preguntarse también: ¿Cuál ha sido el impacto de la "incomunicación" en la imposibilidad de lograr la salud para todos en el año 2.000?.

## 2. **Latinoamérica: Un espacio abierto para la Comunicación Social en Salud**

Los escenarios en que se mueve actualmente la realidad latinoamericana en el área de la comunicación (privatización y concentración de los medios masivos en pocas manos, reforzamiento del control sobre el funcionamiento de los mismos, entrada de nuevas tecnologías de la información) nos lleva a afirmar que al vincular la misma con la promoción de la salud es necesario pasar "del discurso a la acción", sobre todo en los siguientes aspectos:

1. Capacitación de recursos humanos tanto del sector de la comunicación como del sector de la salud con el fin de garantizar el uso eficiente de los medios de información, el desarrollo de los procesos de codificación y decodificación de los mensajes y el conocimiento de los procesos de significación que conlleva la formulación de los mismos.
2. Establecer políticas de comunicación que vayan más allá de la mera declaración de principios y que se formulen estrechamente vinculadas a políticas nacionales de comunicación y educación.
3. Redefinir la comunicación y todo el proceso que ella involucra, tanto desde el punto de vista teórico como práctico. Redefinir los modelos y estructuras de comunicación con la finalidad de promover el flujo de información opuesto a la difusión verticalizada de los mensajes.
4. Introducir procesos de planificación

y modelos de gestión de información en el área de la salud.

Los aspectos anteriores con mayor o menos extensión han sido ya objetos de muchos análisis desde mediados de la década del 70 en Latinoamérica; pero en esta última, la del 90, han recobrado vigor: la agudización de la crisis económica-social debida al marcado avance del neoliberalismo ha "hecho que se promueva la articulación de un amplio movimiento en favor de la democratización de la comunidad como parte de la democratización global de la sociedad" (Alerta, 1993, p.13).

Se reconoce así también la importancia de la comunicación en el proceso de facilitar el derecho que tienen los ciudadanos a la salud, que está -por supuesto- implícitamente ligado al derecho de la información, que no es otra cosa que la posibilidad que debe tener cada individuo de pasar de objeto de la información a sujeto activo que desea intervenir en todas las etapas del proceso informativo o comunicativo: selección, producción, transmisión, recepción, interpretación, distribución de los mensajes. Igualmente en la toma de decisiones referente a políticas, procesos de planificación, de gestión y capacitación en el área mencionada.

La democratización de la comunidad es teóricamente la gran búsqueda en nuestros países, pero los mecanismos para hacerla efectiva se mueven muy lentamente, hecho éste, demostrado en un Seminario sobre promoción de la Salud (Bolivia, 1994), al cual asistieron un total de 16 países latinoamericanos. Allí pude observar situaciones que dan fe que en Latinoamérica hay que establecer profundos cambios en nuestras prácticas co-

municacionales, si es que queremos que ellos irrumpen en los nuevos espacios comunitarios que se están abriendo y que satisfagan las necesidades cotidianas de la gente, relacionadas con su calidad de vida, salud, subsistencia y necesidades básicas.

En el evento a que he hecho alusión pude comprobar -por ejemplo- que:

1. En cuanto a políticas comunicacionales en el área de salud a nivel latinoamericano, hay sólo declaración de principios en países tales como Ecuador, Perú, Venezuela; pues la formulación de las mismas -pese a los esfuerzos de la UNESCO y CIESPAL y de otras organizaciones- no ha corrido pareja con el establecimiento de políticas nacionales de comunicación y lucen -además- desligadas del proceso educativo. Sólo Brasil exhibe en este sentido una experiencia interesante.
2. El conocimiento del proceso comunicativo es prácticamente nulo en los profesionales del sector salud (sobre todo en los profesionales medios), a pesar de que en las escuelas de salud pública existen áreas vinculadas con **Promoción de la Salud**, que por su propio carácter deberían incluir a la comunicación como uno de sus componentes básicos.
3. Las estructuras comunicacionales que soportan actividades de información y comunicación en la mayoría de los países son caducas, promueven relaciones verticalizadas, son funcionales y no contemplan -entre otros- formas de gestión de marketing -por ejemplo- que sería

un buen aliado para promover intra y externamente al nuevo modelo asistencial que se pretende implantar.

4. La relación del sector salud con los medios de información masiva y entes vinculados al sector de las comunicaciones es casi inexistente tanto por las propias características de los medios en nuestros países (propiedad privada) como por el desenvolvimiento de este sector salud que marcha aislado del contexto social en el cual se mueve. Al no existir tampoco procesos de planificación de la comunicación no se dan nexos con el sector de las comunicaciones. Casos excepcionales son los de México, que ha generado alianzas importantes con la Cámara de Radio y Televisión; y el de Colombia, que a través de una política agresiva de penetración a los medios masivos compite por la atención de la audiencia con mensajes sobre salud insertados en tradicionales temáticas de los medios masivos latinoamericanos (telenovelas -por ejemplo-).
5. En cuanto a la capacitación de recursos humanos para comunicar e informar en el área de salud, salvo en Venezuela y Bolivia, no hay en Latinoamérica otros planes concretos: estas actividades generalmente son realizadas por profesionales de la salud y en ocasiones por profesionales de la comunicación, en este último caso se da prioridad al contrato de egresados de relaciones públicas y publicidad. Esta situación nos lleva a plantear que la capacitación en Comunicación representa un reto en Latinoamérica; no sólo en el área

de la salud, ella debe abarcar todos los niveles de formación de los individuos e incluir procesos de educación formal e informal.

En el caso de la formación universitaria el modelo de atención en salud abre espacios nuevos radicalmente distintos a los que había venido cubriendo el modelo curativista, así a las tradicionales labores del periodista, relacionista público, publicista; se agregarían ahora los de un profesional que pueda ser formado en áreas de gestión de comunicación, planificación, especialistas en marketing social, evaluadores de impacto de la comunicación. Los nuevos currículos universitarios deben satisfacer en un futuro próximo estas necesidades vinculadas al desarrollo de la comunicación social en salud.

Todas las anteriores reflexiones pueden ser -entre otras- el punto de partida para insertar un programa de Comunicación Social en Salud en un currículo universitario, nuestras universidades están ganadas para ello. Una muestra de ello es que en Venezuela se acaba de incluir la materia ambiental como parte del currículo integral que rige desde 1995, lo que significa que los universitarios venezolanos, a través de una cátedra formal, tendrán acceso al conocimiento de la materia ambiental.

Igual camino le corresponde recorrer a nuestra cátedra de Comunicación Social en Salud; ella apenas comienza a desarrollarse, pues sólo se ha dictado durante siete semestres, tiempo suficiente para que egresados de la misma se hayan incorporado ya a los medios de comunicación impresa.

Evidentemente, la inserción de una cátedra de Comunicación Social y Salud

dentro del currículo de las Escuelas de Comunicación Social parte de la necesidad de garantizar la formación que contribuya con un mayor conocimiento del proceso de desarrollo y de mejoramiento de la calidad de vida. No se trata aquí de hacer del comunicador social un especialista en temas de salud, ni tampoco de hacer del profesional de la salud un comunicador, sólo de hallar el punto de interacción que permita a los profesionales de la comunicación ser voceros adecuados de la implantación del nuevo modelo asistencial, aliado permanente del sector salud en la tarea de promocionar políticas públicas y los servicios novedosos que el nuevo sistema de salud ofrece como opción válida.

Por su parte, los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, bioanalistas, odontólogos, nutricionistas) que puedan formarse con un conocimiento sobre el proceso de la comunicación, no sólo podrían eliminar las barreras comunicacionales que afectan la relación médico-paciente, sino también liderizar la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, participar de manera adecuada en los medios de comunicación masiva, gerenciar adecuadamente procesos comunicacionales y de información, entre otros.

### **3. Los productos de la crisis venezolana, esperan...**

Valdría la pena hacer mención resumida del escenario en que se mueve el sector salud en Venezuela para comprender como "estos productos de la crisis" están esperando por un más democrático flujo de información que sea capaz de develar el entorno; descubrirlo a través de estrategias que vayan más allá de sim-

ples y costosas campañas de salud y de publicidad orientadas en modelos verticalizantes, para adentrarse en el conocimiento del hombre dialogante, su cultura y su entorno. Esto lógicamente lleva a la construcción de mensajes sin obviar "las costumbres, modelos de comportamiento, creencias, valores, tecnologías y otras formas de expresión" (OCIC, 1994).

Según cifras aportadas por el Ministerio de Asistencia Social (MAS) de Venezuela, las diez primeras causas de mortalidad registradas en 1992 se han mantenido estables y el orden que presentan es el siguiente: enfermedades del corazón, cáncer, accidentes de todo tipo, accidentes de vehículos de motor, afecciones originadas en el período perinatal, enfermedades cerebrovasculares, homicidios, neumonías, diabetes, enteritis, y otras enfermedades diarreicas, anomalías congénitas.

Se resalta que el panorama está dominado por enfermedades crónicas y no infecciosas.

Entre las causas de muerte de menores de un año se presenta que seis de las primeras causas tienen que ver con el **proceso de parto o los eventos del embarazo** y tres son debidas a problemas infecciosos (septicemia, meningitis y afecciones del aparato respiratorio que incluyen un importante componente de infecciones). Así en 1991 murieron un total de **15.050 niños menores de un año** por diversas causas, con una tasa de 24,8, calculada por 1.000 nacidos vivos registrados, pertenecientes a ambos sexos.

Especial atención merece la mortalidad por cáncer: en los hombres la primera causa de muerte por esta enfermedad se debe al cáncer del estómago, seguida

de la de pulmón, de próstata; este último ocupa el primer lugar en morbilidad registrada por esta patología en este sexo. En mujeres predomina el cáncer de cuello uterino y el de mama, seguido del cáncer de estómago.

En cuanto a la morbilidad se establece que las cinco primeras causas de consulta son enfermedades infecciosas. Con referencia a las enfermedades objeto del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), se observa que la difteria y la polio representan problemas mínimos tanto en mortalidad como en morbilidad. La tosferina presenta fluctuaciones cíclicas con baja mortalidad.

Con referencia al tétano se asegura, que a pesar de haber descendido sigue siendo relativamente elevada su frecuencia y mortalidad, especialmente con **tétanos neonatorum**; el sarampión sigue causando mortalidad al igual que las diarreas que mostraron tendencia ascendente hasta 1990 y descenso en 1992. La tuberculosis presenta tendencia estable en los últimos años, quizá como consecuencia de la crisis económica.

El dengue y la malaria constituyen problemas de magnitud importante de morbilidad, especialmente la última, de la cual se diagnosticaron **46.910 casos en 1990 y 43.452 en 1991**, con tasas de 242, 74, 219, 69 por 100 mil habitantes, respectivamente.

En relación con la fiebre amarilla no se presentan casos humanos desde 1980, y de la peste desde 1962; la lepra y la leishmaniasis presentan fluctuaciones pero con estabilidad relativa. Con respecto al cólera, el mismo fue diagnosticado en 1991 y desde esta fecha se presentaron 1.351 casos y 37 muertes

registradas en las quince entidades federales del país.

Las enfermedades de transmisión sexual han ido en ascenso, al igual que las causadas por el consumo de tabaco.

Actualmente se empiezan a considerar problemas derivados de la degradación ambiental con el registro de casos de anencefalia, problema de cáncer de piel y enfermedades respiratorias.

El anterior es someramente el cuadro del estado de la salud en Venezuela, en lo que se refiere a morbilidad y mortalidad.

Los indicadores que tienen que ver con la nutrición muestran que los datos antropométricos revelados por el sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional confirman que para 1990 los porcentajes de insuficiente peso para la talla alcanzó en menores de 10 años el 18 por ciento (0.9%: grave).

Con respecto a las condiciones de vida y salud en Venezuela, un estudio realizado por un grupo de investigadores del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad Central de Venezuela (UCV y la OPS), muestra que en nuestro país existe un 80 por ciento de hogares con necesidades insatisfechas: hay viviendas inadecuadas, inexistencia de servicios básicos (agua y excretas), hacinamiento crítico, inasistencia a la escuela, de niños en edad escolar.

En cuanto a los recursos en salud, vale la pena anotar que para el año 1990 el país cuenta con 608 hospitales, de los cuales sólo 264 pertenecen al sector público. Existe un total de 52.010 camas de hospitalización, de las cuales 39.790 son de acceso público. Esto da un valor de

2.69 camas por cada 1.000 habitantes; las demás son del sector privado.

Para 1991 hay 3.722 servicios ambulatorios dependientes del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y un número no precisado de ambulatorios pertenecientes a otros organismos públicos y privados. De estos ambulatorios, 552 son urbanos y 3.1170 son rurales, y de ellos 1913 son dispensarios de medicina simplificada (sin médico permanente pero con personal adiestrado).

No se traen acá estos indicadores para exhibirlos como "lamento y crítica a las acciones que el neoliberalismo y otros factores causan en Latinoamérica", sino más bien, como "insumos" para una reflexión sobre la realidad comunicacional nuestra, que no es de manera alguna ajena a estos "productos de la crisis".

En medio de toda esta situación el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, que es el organismo rector de la salud pública y privada en Venezuela, intenta rescatar su liderazgo, aplicar una política racional, técnica y financiera de todos los servicios de atención médica en el país, fortalecer la acción preventiva, combatir las desigualdades sociales con relación a salud y enfermedad humana y agilizar procesos de descentralización, pero para ello debe -entre otros-:

1. Discutir políticas de Comunicación Social y Salud.
2. Redefinir los procesos de información y comunicación que servirán de soporte a la instrumentación de las mencionadas políticas de salud.
3. Establecer alianzas con las universidades, otros sectores públicos y privados, medios de comunicación social etc.; con la finalidad de capacitar

interdisciplinariamente a los recursos humanos especializados que requiere el desarrollo del área de la Comunicación Social y la Salud.

4. Planificar cursos de actualización y perfeccionamiento para el personal que en el MSAS realiza actividades de información y comunicación, entre otras.

#### **4. Programa para "Comunicación Social y Salud"**

A instancias de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y con base a lineamientos formulados en su Plan quinquenal 91-95, se creó en la Universidad del Zulia (Maracaibo) la primera cátedra venezolana y latinoamericana sobre "**Comunicación Social y Salud**", adscrita formalmente a un programa de formación universitaria para comunicadores sociales.

El programa en referencia se dicta en el noveno semestre de esa carrera y abarca las especializaciones de impreso, audiovisual, relaciones públicas y publicidad. El pasado año el programa se extendió a otras tres universidades autónomas del país y a una de las universidades privadas.

Actualmente se planifica crear un área de Comunicación Social y Salud en el Posgrado de Ciencias de la Comunicación que se dicta en la propia Universidad del Zulia.

Con estos proyectos académicos los universitarios venezolanos hemos empezado a abordar la incomunicación que existe entre el ciudadano común y corriente y los oferentes de "estrategias para mejorar la salud", a través de un camino difícil, pero seguro: la educación,

entendiendo a la misma, en este caso, como posibilidad de generar conocimiento, adiestrar, capacitar formalmente a comunicadores sociales que a su vez participarán en procesos de comunicación informal (a través de los medios), formal, como gestores de unidades de información, como planificadores, etc.

Para dar respuestas a estas preocupaciones fue que se creó la cátedra "Comunicación Social y Salud", la cual está conformada de la manera siguiente:

- a) **Unidad I:** La Comunicación y la Salud.

Abarca aspectos referentes a las nuevas conceptualizaciones de la salud y comunicación, el proceso de información, estudio de nuevos modelos para estudiar la comunicación y la salud, incidencia de los factores de efectividad en el tratamiento y transmisión de mensajes relativos a la salud, la información sobre la salud en los medios masivos, manejo del lenguaje, géneros periodísticos adecuados para informar sobre salud, organización de campañas masivas y comunitarias para promocionar la salud, estrategias para medir los efectos de los mensajes sobre salud, plan de comunicación e información sobre salud.

- b) **Unidad II:** La salud en el contexto del Zulia (Maracaibo).

Contiene aspectos relacionados con salud y enfermedad en el subdesarrollo (factores políticos, económicos, sociales, culturales, individuales que inciden en el proceso salud-enfermedad), sobre los modelos que explican cómo se genera la enfermedad, referencias sobre la investigación epidemiológica, sus modelos, problemas de codificación y de codificación de la información epidemio-

lógica, manejo de conceptos básicos relacionados con el proceso salud-enfermedad, referencia a los sistemas locales de salud como una propuesta de la atención primaria en salud. Referencia a las "enfermedades de la pobreza", infecto-contagiosas, farmacodependencia, enfermedades crónicas, la salud reproductiva y la incidencia de anomalías producto del proceso de parto o los eventos del embarazo, etc., etc.

c) **Unidad III:** Salud y ambiente en el Zulia.

Estudio de las fuentes de contaminación ambiental en el Zulia (petrolera, agroindustria, carbonífera, plantas industriales), la contaminación sónica, hídrica, de los ambientes de trabajo. Estudio de los principales efectos sobre la salud derivados de la contaminación ambiental: enfermedades renales, anencefalia, enfermedades respiratorias, alergias, cólera, hepatitis, diarrea, mercurialismo, o contaminación por mercurio, efectos de la contaminación por plomo, etc.

Los objetivos generales que se plantearon para el desarrollo de este programa fueron los siguientes:

**Unidad I:** Reflexionar sobre la importancia de la comunicación para la promoción de la salud, ejercitar procedimientos básicos y destrezas para producir contenidos informativos decodificables por la gran masa.

**Unidad II:** Identificar factores contextuales que afectan al proceso salud-enfermedad en el Estado Zulia, mostrar a través de datos epidemiológicos la situación de la salud en la región, aportar información sobre lo que se está haciendo para promocionar la salud y prevenir

la enfermedad, desde sectores científicos (investigación) y gestores la salud.

**Unidad III:** Identificar a partir de datos epidemiológicos la incidencia de la degradación ambiental sobre la salud del zuliano.

Las estrategias que se han seguido para desarrollar el programa son las siguientes:

**Unidad I:** Exposición teórica conceptual, análisis de mensajes, lectura dirigida de textos referentes a aspectos vinculados con el proceso de salud-enfermedad, dictado de un taller sobre terminología básica utilizada en el campo de la salud, tratamiento permanente de temas de salud, los cuales se publican en medios impresos y radiofónicos intra y extra universitarios.

**Unidad II:** Dictado de talleres y conferencias sobre diversos tópicos relacionados con el proceso salud-enfermedad, promoción de la salud, aspectos vinculados con organización y funcionamiento mismo del sector salud. Estos temas son dictados por especialistas.

**Unidad III:** Observación de videos, dictado de conferencias y realización de trabajos periodísticos (reseñas, reportajes, entrevistas, artículos de opinión) sobre investigaciones relativas a los problemas ambientales, realizadas intra y extra universidad.

Finalmente, es bueno resaltar que este programa extrapola contenidos de la teoría de la comunicación y los aplica al campo de la Comunicación Social en Salud. Segundo, que afina el conocimiento de los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en las regiones, y esto para estar acorde con el proceso

de regionalización de la salud que empezó en Venezuela a hacerse efectivo desde 1989 con la elección directa de gobernadores. Tercero, que se privilegia el conocimiento de los problemas ambientales porque el Zulia es región de explotación petrolera (desde 1920) y los efectos de tal proceso se están viviendo ahora con la proliferación de numerosas enfermedades que se atribuyen a la contaminación derivada de la explotación del petróleo e Industria Petroquímica.

## **Conclusión**

La experiencia durante siete semestres de aplicación de este programa docente nos permite establecer las siguientes conclusiones.

1. El programa es una opción válida para reforzar el establecimiento del nuevo modelo de salud basado en la promoción, antes que en la cura y rehabilitación, pues incorpora definitivamente a los Comunicadores Sociales a la tarea de crear una conciencia pública sobre la necesidad de cuidar la salud y prevenir las enfermedades.

2. La estrategia que se desarrolla actualmente a nivel de pre-grado en las universidades nacionales debe complementarse con: la creación de cursos de especialización que involucren tanto a las universidades como a la Escuela de Salud Pública y el dictado de cursos de actualización cuyos receptores deben ser los profesionales de la comunicación que trabajen en los medios masivos, líderes comunitarios, profesionales de la comu-

nicación que trabajen en organismos vinculados con el sector salud.

3. Esta estrategia debe además complementarse con el desarrollo de líneas de investigación en el área de Salud y Comunicación no existentes aún en el país, con la finalidad de obtener información novedosa sobre la forma cómo la información contribuye a promocionar la salud y a prevenir las enfermedades.

## **Referencias Bibliográficas**

1. Alfonso Alejandro (1994). **Propuesta de un Marco Legal para la Formulación de una Política de Comunicación para la Promoción de la Salud en el Ecuador.** UNESCO, Quito. Mimeo-grafiado.
2. Asociación Brasileira de post-graduados en salud colectiva (1992). **Diagnóstico Preliminar de las Prácticas Institucionales en Salud y Contribuciones para el Delineamiento de una política.** Río de Janeiro. Mimeo-grafiado.
3. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) (1992). **Políticas de Salud en Venezuela.** Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Caracas-Venezuela.
4. Servicio Conjunto de Comunicación de las Organizaciones Católicas Internacionales de Comunicación (OCIC, Unda - AL y UCLAP) (1994). **Los Nuevos Rostros para una Comunicación Solidaria.** Ecuador.
5. Programa de Promoción de la Salud de OPS-OMS (1992). **Implementación de la Estrategia de Promoción de la Salud en la Organización Panamericana de la Salud.** Washington, D.C..