

Comunicar la salud en contexto: crítica y praxis educomunicativa.

Communicating health in context: educommunicative critique and praxis.

Comunicar a saúde em contexto: crítica e práxis educomunicativa.

Carlos del Valle Rojas¹, Ester Cofré Soto²

RESUMEN

El presente trabajo se divide en dos ámbitos: (a) cognitivo-epistémico, que asume la discusión paradigmática sobre lo que comprendemos por comunicación, salud, sociedad y cultura, en cuyo caso, una buena teoría de la comunicación se sustenta en una buena teoría y comprensión de la sociedad y la cultura; y (b) praxeológico-organizativo, que asume los desafíos prácticos de la salud en sus contextos culturales y sociales a través del rol mediador de la comunicación. En este sentido, la comunicación es una instancia más de mediación y socialización. No la única.

PALABRAS CLAVE: Comunicación. Salud. Educomunicación.

ABSTRACT

The present paper is divided in two ambits: (a) cognitive-epistemic, that covers the paradigmatic discussion on what we understand by communication, health, society and culture, in which case, a good theory of communication is sustained by a good theory and comprehension of society and culture. And, (b) praxeological-organizing, that addresses practical challenges to health in its socio-cultural contexts through the mediating role of communication. In this sense, communication is one more instance of mediation and socialization; not the only one.

KEY WORDS: Communication; Health; Educommunication.

¹ Periodista. Licenciado, Magister y Doctor en Comunicación. Departamento de Lenguas, Literatura y Comunicación. Facultad de Educación y Humanidades. Universidad de La Frontera. Avenida Francisco Salazar n° 01145. Temuco-Chile. Correo electrónico: delvalle@ufro.cl

² Matrona. Los Quilantos 445, Bloque E, Departamento 203. Temuco-Chile. Correo electrónico: ester_temuco@hotmail.com

RESUMO

O presente trabalho se divide em dois âmbitos: (a) cognitivo-epistémico, que assume a discussão paradigmática sobre o que compreendemos por comunicação, saúde, sociedade e cultura, em cujo caso, uma boa teoria da comunicação se sustenta em uma boa teoria e compreensão da sociedade e da cultura; e (b) praxeológico-organizativo, que assume os desafios práticos da saúde em seus contextos culturais e sociais através do papel mediador da comunicação. Neste sentido, a comunicação é uma instância mais de mediação e socialização. Não a única.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação; Saúde; Educomunicação.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo constituye un esfuerzo transdisciplinario por integrar: los estudios de la comunicación y los estudios interculturales en el contexto de la comunicación de la salud.

Son tres los ejes fundamentales que están en la base de lo desarrollado aquí: (a) una convicción profunda en que debemos asumir una comunicación social y pública, que amplíe la mirada más allá de la estructura del mercado y los contenidos formales de los medios de comunicación; (b) una vocación por la salud pública y comunitaria, con el propósito de aportar a los innumerables esfuerzos de este sector por mejorar las condiciones de vida de las distintas comunidades socioculturales. Y, (c) una inclusión especial de la cultura y la interculturalidad, que constituyen un emplazamiento para que nuestra labor cognitiva mejore la condición humana, en un diseño no sólo de crecimiento en infraestructura y recursos, sino que fuertemente sustentado en los derechos humanos y el enfrentamiento decidido de todo aquello que los vulnere.

De este modo, entenderemos desde la interculturalidad, que debemos esforzarnos por comprender la diversidad de las lógicas y dinámicas de producción y reproducción de las comunidades; y desde la transdisciplinariedad, la necesidad comprender e interpretar los fenómenos de dicho mundo. Asimismo, tenemos dos desafíos en la comunicación de la salud: (a) la equidad, como una demanda a la que debe aspirar cualquier sociedad democrática para alcanzar un desarrollo real y sustentable; y (b) la diferencia, como la base de cualquier aspiración democrática. En este sentido, la diferencia debe ser representada como parte integral del sistema social y comunicacional.

Consideremos aquí la salud como una forma de producción de prácticas y discursos, producto de ciertas condiciones socioculturales de interpretación de saberes, habilidades y competencias. Y el proceso de producción del discurso y las prácticas en salud es legitimado institucionalmente (por el sistema de salud y las entidades formadoras); por lo tanto, ciertas características de estos discursos y prácticas deben ser entendidas en el contexto de las instituciones que los legitiman. Recordemos que la salud es también un hecho económico-político.

Finalmente, desde la perspectiva de la comunicación, la participación y el cambio social, contamos con dos modelos paradigmáticos presentes en los distintos programas y campañas: (a) el modelo de la difusión o comunicación de innovaciones, y (b) el modelo crítico basado

en una comprensión económico-política de la comunicación, con sus distintos énfasis tanto desde la criticidad como desde la complejidad.

LA SALUD COMO FENÓMENO SOCIOHISTÓRICO CRÍTICO: DISCURSO, CRÍTICA Y PRÁCTICA SOCIAL

Como todo proceso productivo, supone procesos de economía productiva (reducción de la complejidad de sus prácticas, economía del lenguaje y el discurso, etc.). En este contexto, los saberes, habilidades y competencias son incorporadas en los procesos de “medicalización” de la sociedad. Desde el punto de vista comunicacional, consideramos la salud como un hecho de lenguaje que se manifiesta concretamente en nuestra sociedad y que, como lenguaje, es un fenómeno eminentemente comunicativo. Y es comunicativo no sólo por su presencia efectiva en la vida cotidiana, sino también porque pone al descubierto ciertas dificultades comunicacionales.

Este trabajo constituye un aporte para comprender la relación entre los profesionales de la salud y los usuarios del sistema, en el marco de un tipo de relaciones muy particulares. Y precisamente en el seno de estas relaciones yace una serie de representaciones sociales y factualidades para describir el mundo.

Naturalmente, éste es un enfoque para analizar, discutir y comprender los fenómenos sanitarios en su dimensión social; por lo tanto, hay una mirada crítica y parcial. No hay neutralidad en este análisis, puesto que la neutralidad no existe en los discursos.

LA “MEDICALIZACIÓN”: EL ESTADO, LA ECONOMÍA Y LA SALUD

Según Foucault (1990), siguiendo un modelo genealógico crítico, la intervención médica es un fenómeno iniciado fuertemente en el siglo XVIII, el cual ha dejado una profunda huella en la historia de la humanidad. En este contexto, el concepto de “medicalización” consiste en una amplia y densa red que desde la intervención médica engloba la existencia, la conducta y el cuerpo humano.

Y dicho fenómeno, está ligado a un proceso de integración del mejoramiento de la salud, los servicios de salud y el consumo de salud al desarrollo económico de las sociedades. Así se conjugan biohistoria, biopolítica, medicalización y economía política de la salud.

Entre los principales factores que caracterizan la medicalización de las sociedades y de la población a partir del siglo XX, FOUCAULT (1990) establece:

La medicina del estado-nación. Siendo fundamental el conocimiento no sólo de los recursos naturales de una sociedad, sino también las condiciones de su población y del funcionamiento general de la maquinaria política. De esta manera, el conocimiento y control de las prácticas médicas se integran a los procedimientos mediante los cuales el estado-nación obtuvo y acumuló conocimientos para garantizar su funcionamiento. Es a partir de fines del siglo XVI y comienzos del XVII, en un clima político, económico y científico característico de la época dominada por el mercantilismo, cuando las naciones del mundo europeo se preocupan por la salud de su población.

La medicina urbana. Aquí no es la estructura del estado-nación el eje articulador, sino que la urbanización, esto es, el desarrollo de la vida urbana. Surge con la necesidad de constituir la

ciudad como unidad, de organizar el cuerpo urbano en forma coherente y homogénea, regido por un poder único y reglamentado.

Así surge una actitud de temor y de angustia que inunda las ciudades: miedo a los talleres y fábricas que se construyen, a la altura de los edificios y a las epidemias urbanas, a los contagios cada vez más frecuentes, etc.

En síntesis, la medicalización de la ciudad permitirá: (a) la conexión entre la profesión médica y otras disciplinas, como la química, (b) el desarrollo de una medicina no del hombre, sino de las cosas, una medicina de las condiciones de vida: la medicina urbana; y (c) aparece la noción de salubridad.

La medicina de la fuerza laboral. La medicina de los pobres, de la fuerza laboral, del obrero, no fue la primera meta de la medicina social, sino la última. Porque el hacinamiento no era aún un problema serio y porque el pobre funcionaba al interior de la ciudad como una condición de la existencia urbana. Surge basada en un control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, para que fueran más aptas para el trabajo y menos peligrosas para las clases adineradas.

INCORPORACIÓN DEL HOSPITAL A LA TECNOLOGÍA MODERNA

Como institución, el hospital, inaugura una nueva práctica: la visita y la observación sistemática y comparada. En principio, el hospital constituía una entidad que recogía a quienes “iban a morir”. Esta representación termina con la medicalización del hospital. Y surge no como una acción positiva del hospital sobre el enfermo o la enfermedad, sino como una reacción a los efectos negativos del hospital. Esta representación aún se mantiene entre las creencias en salud de las/os pacientes.

Lo anterior se conjuga con la revalorización del individuo, pues su capacidad y sus actitudes empiezan a tener un precio para la sociedad. Durante el desarrollo del hospital como tecnología moderna, ocurren dos situaciones fundamentales: (a) La incorporación de la clínica como dimensión esencial del hospital, transformándolo no sólo en un lugar de cura, sino también de formación, capacitación y transmisión del saber (como los hospitales o clínicas docente asistenciales; y (b) La aplicación de la disciplina del espacio médico, donde se aísla el individuo, se le instala en una cama y se le prescribe un régimen. Así se realiza una medicina individualizante. El individuo será observado, vigilado, conocido y curado, surgiendo como objeto del saber y la práctica médica.

En este sentido, es interesante evaluar las transformaciones asociadas a lógicas y dinámicas familiares y comunitarias en la intervención en salud.

LA SALUD COMO FENÓMENO CULTURAL: DISCURSO, CRÍTICA Y PRÁCTICA INTERCULTURAL

Antecedentes

Según los datos del último censo (2002)¹, en Chile hay más de 15 millones de habitantes (15.116.435), de los cuales cerca de 700 mil son indígenas (692.192). De ellos, la gran mayoría son mapuches (604.349) y el resto de la población indígena corresponde a: Alacalufes (Kawashkar), Atacameños, Aymaras, Colla, Quechua, Rapa Nui y Yámana

(Yagán). Respecto de su distribución geográfica, un porcentaje aproximado al 50 por ciento (44,07%) de los indígenas mapuches habita en la Región Metropolitana. Y en el caso de la novena región, los indígenas mapuches representan más del veinte por ciento de la población (26%, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas, INE, 1993). La mayor parte de la población mapuche habita actualmente en las ciudades. De hecho, el 58, 75% habita en la Región Metropolitana y las comunas de Concepción, Talcahuano, Temuco, Valparaíso, Viña del Mar, Valdivia y Osorno.

El proceso de salud-enfermedad en la cultura mapuche

En las distintas culturas del mundo existen personas que dedican sus vidas a preservar la salud y el bienestar de los habitantes. La salud determina la sanidad y prosperidad, permitiendo el desarrollo de la cultura. Es, entonces, evidente que la medicina forma parte de la cultura, como proceso y producto de ésta; pues la medicina está vinculada a la religión, las creencias y las tradiciones. Embargo, el trayecto medicalizador de la cultura y la sociedad nos impide observar en detalle estos aspectos. Una aproximación a los conceptos de salud-enfermedad en la cultura mapuche

Gusinde (1917), nos comenta que los cronistas españoles no dejaron descripción detallada de las enfermedades entre los mapuches. Ello debido al desconocimiento de los españoles que llegaron a América sobre estos tópicos; además de la presión ejercida por la ley de 1559, dictada por Felipe II, y que prohibía bajo pena de perpetuo destierro y confiscación de bienes, estudiar y enseñar en otros países.

Siguiendo los trabajos previos (CARRASCO, 1998; CITARELLA, 1995; OYARCE, 1988, 1997; GREBE, 1971, 1972, 1973, 1974 y 1975; GUSINDE, 1917), debemos señalar que la sociedad mapuche, cuyos pilares y fundamentos conceptuales tienen como sustento una cosmovisión religiosa para explicar la vida, tiene también su propio concepto de salud. Obviamente no corresponde a la definición de la sociedad mayoritaria y mayorizada ni a las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El pueblo mapuche fundamenta su existencia y la armonía de la vida, y por lo tanto también la salud del hombre, sobre dos planos principales:

Un plano originario, que es la relación de los hombres con lo divino y lo sobrenatural, relación de carácter fundacional que se estructura en torno a la noción de reciprocidad. (CITARELLA, 1995).

El sentido de la vida del ser mapuche se afina en la relación con la divinidad que ha dado al pueblo su lengua (mapudungun), su forma de vida y las leyes que lo rigen (ad mapu). Esta donación de la familia ancestral, originaria y rectora de todo lo que existe en el universo, significa necesariamente que los seres humanos deben devolver este don originario cíclica y continuamente, con el objeto de mantener el equilibrio entre ellos y lo creado. En términos normativos esto significa el respeto de las obligaciones rituales y religiosas establecidas por la cultura. La reciprocidad, por otro lado, representa un elemento ordenador y normativo también en el plano de la vida social y económica del grupo. Significa el respeto de leyes, valores morales e ideológicos y las estructuras de poder establecidas por la tradición. En este sentido la reciprocidad sustenta el orden establecido por la cultura tanto en el plano de lo humano como en la relación con lo sagrado-sobrenatural. (íd.)

Un plano fundamental en la cosmología mapuche, que guarda relación con la categorización del mundo. Así como sucede con otras culturas latinoamericanas, los mapuches categorizan el cosmos en términos de unidades conformadas por polos opuestos y complementarios. La naturaleza y los hombres existen en la dualidad y a la vez la contienen. El mapuche como sujeto que estructura su identidad en el plano de lo trascendente está determinado por una serie de fuerzas opuestas y complementarias. (íd.)

En este sentido, un primer paso hacia la comprensión de un modelo de interpretación de la enfermedad parte de este supuesto: salud y enfermedad en el mundo mapuche son en sí una dualidad, pareja de opuestos complementarios en la cual se define la vida de los individuos. Ambas realidades coexisten y no pueden ser separadas. Es desde esta perspectiva de la dualidad que debemos disponernos a mirar el fenómeno de la salud/ enfermedad entre los mapuches. Bien y mal son opuestos complementarios que dinamizan en el cosmos, están siempre presentes en las actitudes de las personas, de la sociedad y en la naturaleza. El concepto de salud-enfermedad se construye entre dos espacios como un orden que tiende a uno de estos opuestos – el bien - pero que supone la permanencia del otro polo complementario, su latencia. De ahí que la enfermedad sea percibida como algo constante, recurrente. La salud, *köna*, representa el estado biológico y psicosocial del ser humano, el adjetivo que simboliza la plenitud, la vida. Pero ese estado está amenazado por la enfermedad, *kütran*, del mismo modo que el bien está permanentemente asolado por la acción del mal, lo que explica que a su vez, la enfermedad y el mal sean combatidos y vencidos por el bien. De esta manera, el bien se corresponde, de algún modo, con la salud y el mal con la enfermedad. (íd.)

Se ha constatado a través de diversos testimonios que la enfermedad se construye como un relato, conformando una historia que la trasciende y que al mismo tiempo la toma como eje. En torno a este eje se irán vertebrando los distintos elementos que se asocian a la enfermedad y hablan de ella. Estos nos remiten no sólo a los signos físicos del cuerpo enfermo, sino también al ámbito de la cultura, al campo de lo social y de lo sagrado. (íd.)

Por lo que se refiere, en cambio, a los síntomas, ellos son la manifestación concreta de la enfermedad y constituyen el punto de partida de la historia que se construye en torno a ésta. Se elaboran al interior del relato y se van superponiendo con la enunciación de las causas de la enfermedad. (íd.)

Los síntomas se construyen como un conjunto de signos físicos y psíquicos que remiten al estado del individuo. Se apelará a ellos para elaborar un “diagnóstico” que dará cuenta del carácter de la enfermedad. Los signos físicos nos remiten a la percepción que el individuo tiene del cuerpo y de los cambios en su organismo. Los signos psíquicos nos señalan la percepción de sus relaciones con la cultura. (íd.)

Es importante destacar los mecanismos de exteriorización de la enfermedad, ya que construyen un proceso que seguirá con la puesta en marcha de la estrategia de curación en la cual este tipo de mecanismo será igualmente utilizado. (íd.)

¿Por qué se hace tan necesario situar el origen de la enfermedad, del “mal”, fuera del afectado? Encontramos la respuesta en la estrecha vinculación entre el individuo como ser simbólico-cultural y ser biológico que funda su identidad, ser mapuche en un haz de relaciones con la naturaleza, lo sagrado y lo social. El cuerpo del individuo se transforma así en una suerte de reflejo de dichas relaciones. (íd.)

En síntesis, el concepto de salud y enfermedad para los mapuches se sustenta en la representación y consecuencias de la lucha permanente entre el bien (Tren-Tren) y el mal (Kai-Kai); donde la machi –cuyo poder proviene de los sueños-, cumple un rol intercesor.

LA SALUD COMO HECHO DE LENGUAJE: DISCURSO Y PRÁCTICA COMUNICATIVA

Semiología de la salud

Naturalmente, en el caso de los discursos y las prácticas médicas, los signos están constituidos por las observaciones “medibles” del médico, a partir de las cuales interpreta y diagnostica en su comunicación con el paciente (DEL VALLE, 2007a, 2007b, 2004, 2002a, 2002b, 2001, 2000, 1999). Pero, semióticamente, también los signos están relacionados con los síntomas que son narrados por el propio paciente. En conjunto constituirán “relaciones de sentido” o “cuadros clínicos” que se caracterizan por “tener un nombre”. Llegar a dicho nombre es, en parte sustancial, la tarea del médico. Diríamos, extremando posturas, que hoy la burocracia de la salud se hace cargo de su propio trabajo de excedente discursivo, pues vivimos en sociedades y culturas de excesiva “denominación” de la enfermedad.

Así, la semiótica, además de estudiar los signos (y síntomas, en el lenguaje médico y de salud), estudia los mecanismos de comunicación existentes en el discurso y práctica médica: las ideas, principios, representaciones globales, gestos colectivos, relaciones, rituales, estrategias, mecanismos de represión, especulaciones, organización del poder, instituciones y constituciones legales. Y en función de la comunicación, la relación de las personas con la naturaleza, lo imaginario, las esperanzas, la vida, la muerte. En síntesis, y siguiendo esta misma lógica, el objeto fundamental de la semiótica son los aspectos verbales y no verbales de las relaciones cotidianas: los gestos, silencios, miradas, frases, etc. que son la base de toda relación. Por último, es a través de esta reflexión que entendemos que la neutralidad es una mentira, no es posible. Y la pretendida objetividad del trabajo en salud es una promesa diferida que enfrenta sus propios fantasmas: el ensayo y la invisibilidad del error, a lo cual podemos agregar el fuerte énfasis en la intervención sintomática y no sociocultural y preventiva.

Es oportuno precisar que podemos distinguir entre: (a) la semiótica teórica, que define los conceptos básicos que exponemos ahora, (b) la semiótica descriptiva, que describe las diferentes situaciones comunicativas, por ejemplo, las etapas básicas de cualquier entrevista médico-paciente; y (c) la semiótica aplicada, que supone la interacción de la semiótica con otras disciplinas.

LAS CONDICIONES DE LA INTERPRETACIÓN: INTERPRETACIÓN, CONJETURA, INTERPRETACIÓN SOSPECHOSA Y PRESUPOSICIONES

La semiótica, decíamos, es un fenómeno eminentemente sociocultural. Por lo tanto, debemos considerar que: (a) una expresión determinada puede ser sustituida por su interpretación (a veces, no sabemos si hablamos de la expresión o su interpretación ya internalizada en la sociedad); (b) el proceso de interpretación es infinito o, al menos, indefinido, y (c) cuando utilizamos un sistema de signos determinado (por ejemplo, cierta teoría de la información inmunológica)², podemos rechazar la interpretación o elegir las interpretaciones más adecuadas según los contextos.

La interpretación siempre tiene relación con el texto (entendemos por texto a la unidad de significado que se analiza y puede ser un testimonio, ciertas informaciones físicas o una persona).

Por otra parte, existe una relación entre interpretación y conjetura, en el sentido que la conjetura es una formulación que se hace sobre la intención atribuida a lo que se analiza. Estamos en el ámbito de la conjetura cuando atribuimos dichas intenciones y, dichas conjeturas, deberán ser probadas sobre la coherencia del texto, donde la coherencia textual desaprobará las conjeturas más aventuradas.

Asimismo podemos hablar de una interpretación sospechosa. Y para leer sospechosamente el mundo y los textos, es necesario haber elaborado algún método obsesivo. Sospechar en sí no es patológico, pero el indicio resultado de dicha sospecha sólo podrá ser considerado bajo las siguientes condiciones: (a) que no haya una explicación más económica, (b) que apunte hacia una sola causa (o hacia un grupo restringido de causas posibles); y (c) que forme parte (sistema) de otros indicios. La sobrevaloración de los indicios nace de un excesivo asombro, es decir, de una propensión a considerar significativos los elementos más vistosos, aún cuando dicha vistosidad debería llevar a considerarlos explicables en términos más económicos.

Si consideramos que hablar (lo hace el médico y el paciente) es crear un relato (una historia); además de interpretaciones, conjeturas, interpretaciones sospechosas, existen presuposiciones, las cuales técnicamente consisten en determinados tipos de inferencias o supuestos estimulados por expresiones que presentan características específicas y que pueden identificarse usando un test de negación.

Finalmente, cabe señalar los principios que sustentan la racionalidad occidental que forman parte de nuestra actividad productiva e interpretativa: (a) el principio de identidad, (b) el principio de no-contradicción y (c) el principio del tercero excluido.

LA SALUD Y LA COMUNICACIÓN EDUCATIVA: MODELOS Y TEORÍAS

Como se señaló inicialmente, podemos observar dos modelos paradigmáticos en los cuales se basan los distintos programas y campañas en salud: (a) el primer modelo es el de la difusión y comunicación de innovaciones, en el cual encontramos, por ejemplo, modelos y teorías de la comunicación en salud, como (a.1.) modelo de etapas del cambio, (a.2.) modelo de creencias en salud, (a.3.) modelo de procesamiento de la información por el consumidor, (a.4.) teoría del aprendizaje social, (a.5.) teoría de la difusión de innovaciones, y (a.6.) modelo preceder-proceder. Y (b) el segundo modelo es el crítico, basado en una comprensión económico-política, en el cual encontramos: (b.1.) el modelo de economía política de la comunicación, y (b.2.) el modelo crítico de la comunicación intercultural.

Entendemos por una comunicación educativa a aquella que:

- a. Tiene como protagonista a los actores implicados.
- b. Refleja las necesidades y demandas de los actores implicados.
- c. Se acerca al contexto sociocultural.
- d. Acompaña al proceso de cambio social.

- e. Ofrece instrumentos para intercambiar información.
- f. Facilita las distintas vías de expresión de los actores, no sólo aquello que responde a los dispositivos diseñados previamente.
- g. Permite la sistematización y devolución de las experiencias.
- h. En general, es consciente de la dimensión económico-política.

Aún desde lo masivo puede hacerse comunicación educativa, ofreciendo recursos para resolver las propias situaciones. Se trata, por lo tanto, de una comunicación orientada al aprendizaje y no a la persuasión. Obstante, es preciso considerar los alcances y limitaciones de los distintos medios.

La comunicación educativa, a través de los conceptos de pedagogía de la comunicación y mediación pedagógica (SIERRA, 2001a, 2001b, 1996), aporta a:

- a. Fortalecer la relación, donde el paciente es una relación.
- b. Generar materiales pertinentes.
- c. Crear espacios de enseñanza y aprendizaje.
- d. Lograr un seguimiento del proceso.
- e. Fortalecer la memoria cognitiva y organizativa.

ECONOMÍA POLÍTICA Y CRÍTICA DE LA COMUNICACIÓN EN SALUD

Considerando el modelo de economía política y crítica de la salud, nos interesa observar cómo los programas y campañas de salud no escapan a los intereses económico-políticos promovidos por las élites. Veamos algunas imágenes que corresponden a un afiche utilizado por el Ministerio de Salud de Chile en una campaña para enfrentar el Virus Hanta:

Utiliza un lenguaje que nos habla de un destinatario de relevancia e interés económico: turistas, de tal modo de evitar un daño a la economía nacional.

- b. margina a sectores importantes de la población, como trabajadoras/es y habitantes de las zonas rurales.

La campaña se reorientó sustancialmente cuando las muertes correspondían, principalmente, a trabajadoras/es de las zonas rurales. La comunicación, a diferencia de lo que usualmente se dice, puede llegar a tener impactos insospechados sobre la población.

CONSIDERACIONES FINALES: NECESIDAD DE UNA PRAXIS EDUCOMUNICATIVA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Las prácticas educomunicativas no se basan en un modelo unidireccional y fijo; pues el receptor no es considerado como “blanco”, como sujeto pasivo. Si pretendemos lograr nuestros propósitos, debemos sustentarnos en el aprendizaje, la interculturalidad, la construcción del conocimiento y el fortalecimiento de espacios sociales y culturales que permitan la capacitación permanente.

Las condiciones sociales, históricas y económico-políticas tienen un efecto importante en la relación entre la salud y la enfermedad, por lo cual debe promoverse acciones integrales. Por ejemplo, las estrategias más apropiadas no son las que se concentran en las conductas individuales, sino las que se basan en la comprensión de las redes de los sujetos. Consideremos, por ejemplo, al menos, cuatro redes claves: familiares, laborales, vecinales y de amistad.

Del mismo modo, la experiencia también indica que los medios masivos son eficientes para socializar y visibilizar, pero no para la toma de decisiones. En este caso, son más eficientes los líderes locales; por lo tanto, el desafío es doble:

- a. Romper con la lógica instrumentalizadora y meramente difusionista de los medios.
- b. Romper con la hegemonía de una estructura de medios altamente concentrada en lo económico e ideológico, como es el caso chileno.

Finalmente, un estudio riguroso y pertinente de la incidencia de la estructura de medios en los programas y campañas, considera las relaciones entre los relatos incluidos en los medios y los relatos sociales, además de los campos de interlocución y formas de expresión generados. En efecto, es interesante observar la interrelación entre ciertos modelos de sociedad y ciertos contenidos de los medios de comunicación: gestionista, tecnocrático, populista y ciudadanista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARRASCO, N. **¿Cómo la gente previene enfermarse? Un acercamiento para comprender la forma en que la gente de una comunidad mapuche protege su salud.** In: Revista CUHSO, Cultura, Hombre y Sociedad. Temuco: Centro de Estudios Socioculturales de la Universidad Católica de Temuco, 1998.

CITARELLA, L. **Medicinas y culturas en La Araucanía.** Santiago de Chile: Sudamericana, 1995.

DEL VALLE, C. **Matriz Tetralémica, Cosmovisión y Salud/Enfermedad en la Cultura Mapuche (Chile): Complejidad, Ecología, Equidad/Diferencia y Comunicación.** In: CONTRERAS, F. R. (Dirección). *Cultura Verde: Ecología, Medio Ambiente y Comunicación.* Dirección General de Participación e Información Medioambiental, Consejería de Medioambiente. Junta de Andalucía/SirandaEditorial/Publidisa, 2007. p. 141-153.

DEL VALLE, C. y MATUS, E. **Comunicación para la salud: necesidad de una praxis educomunicativa participativa en campañas de prevención y promoción de la salud.** In: *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, vol. 3, n.1, p. 38-48, jan./mar. 2009.

RODRÍGUEZ, C.; BROWNE, R.; DEL VALLE, C. y FIGUEROA, S. (Compiladores). **Sociedad y Cultura: Reflexiones Transdisciplinarias**. Valdivia: Universidad de La Frontera/MECESUP/Universidad Austral de Chile, 2007. p. 43-48.

DEL VALLE, C. **Conflicto y síntesis en un sistema de salud público inserto en comunidades mapuches. Hospital Makewe**. In: ARRIAGA, FLÓREZ, et al. (Eds.). *Sociedades y Culturas. Nuevas Formas de Aproximación Literaria y Cultural*. Sociedad Española de Literatura y Cultura Popular. SELICUP/Universidad de Sevilla/Arcibel Editores. [CD ROM]. 2004.

_____. **Comunicar la Salud. Entre la Equidad y la Diferencia**. Temuco: Ediciones Universidad de La Frontera, 2002a.

_____. **Comunicación y semiótica en la entrevista médico-paciente**. Temuco: Universidad de La Frontera. [Apuntes utilizados por el autor en la asignatura de semiología de la carrera de medicina de la Universidad de La Frontera]. 2002b.

_____. **Fundamentos y estrategias comunicativas para su aplicación en contextos de salud**. Temuco: Centro de Capacitación Paramédica. [Apuntes utilizados por el autor en cursos de capacitación para profesionales de la salud en Temuco]. 2001.

_____. **Bases y estrategias comunicacionales para enfrentar el trauma en situaciones de accidente**. In: II Seminario Latinoamericano Actualización y Conocimientos en el Manejo del Paciente con Trauma. Temuco: Escuela de Capacitación Paramédica y Hospital Regional de Temuco, 2000.

_____. **Taller de comunicación sobre la organización: comités tripartitos de salud de Temuco y Padre Las Casas**. Temuco: Universidad de La Frontera y Proyecto Uni-Kellog. [Apuntes utilizados por el autor en el curso de capacitación dirigido a profesionales de la salud, académicos del ámbito de la salud y a la comunidad organizada]. 1999.

FOUCAULT, M. **La vida de los hombres infames**. Madrid: Altamira, 1990.

GREBE, E. **Taxonomía de enfermedades mapuches**. In: *Antropología*, Santiago de Chile. Departamento de Ciencias Antropológicas y Arqueológicas. Universidad de Chile, 1975.

_____. **Presencia del dualismo en la cultura y música mapuche**. In: *Revista Musical Chilena*. Santiago de Chile, 1974.

_____. **El kultrún mapuche: un microcosmo simbólico**. In: *Revista Musical Chilena*. Santiago de Chile, 1973.

_____. **Cosmovisión mapuche**. In: *Cuadernos de la Realidad Nacional*. N° 14, Santiago de Chile, 1972.

_____. **Mitos, creencias y concepto de enfermedad en la cultura mapuche**. In: *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. Argentina, 1971.

GUSINDE, M. **Medicina e higiene entre los antiguos araucanos**. In: *Revista Chilena de Historia y Geografía*. Santiago de Chile: Sociedad de Historia y Geografía, 1917.

Tempus - Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, n.1, p. 38-48, jan./mar. 2009.

OYARCE, A.M.; IBACACHE, J. **Reflexiones para una política intercultural**. In: Salud. Primer encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas. Temuco: Instituto Estudios Indígenas y Universidad de La Frontera, 1996.

OYARCE, A.M. **La salud entre los mapuches**. In: Experiencias. N° 3. Santiago de Chile, 1988.

SIERRA, F. **Comunicación, educación y desarrollo. Apuntes para una historia de la comunicación educativa**. Sevilla: Comunicación Social Ediciones y Publicaciones, 2001a.

SIERRA, F. **Privatizar el conocimiento. La comunicación y la educación objeto de mercadeo en Europa**. In: QUIRÓS, F. y SIERRA, F. (Dirs.). Comunicación, globalización y democracia. Crítica de la Economía Política de la Comunicación y la Cultura. Sevilla: Comunicación Social Ediciones y Publicaciones, 2001b. p.153-178.

_____. **Pedagogía de la comunicación y formación de comunicadores**. In: Cuadernos de Información y Comunicación. número 2. Madrid: Universidad Complutense, 1996. p.141-157.

1 Ver http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/home.php

2 Cfr. Lucca (1986) en “The semiotics of cellular communication”, un esfuerzo por elaborar una inmunosemiótica.