

LA COMUNICACIÓN SOCIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

*Por: Jorge Alberto Forero Santos**

Resumen

Las teorías de la comunicación social se convirtieron en las dos últimas décadas en herramienta de primera mano para los profesionales de la salud que laboran en las áreas de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, ya que les permite desarrollar un trabajo y una comunicación más estratégica y eficaz en su propósito de inducir ideas, hábitos y conductas saludables en la sociedad. El presente artículo hace una descripción de la teoría de la comunicación social como estrategia para la promoción de la salud, para lo cual se aborda la comunicación como proceso y factor de persuasión en las personas; de la misma manera, se examinan cuatro modelos de comunicación interpersonal y masiva, básicos para desarrollar el trabajo de promoción de forma interpersonal, en comunidad y en la sociedad, y, por último, se reflexiona frente a cómo funciona la comunicación persuasiva.

Palabras clave: salud pública, promoción de la salud, comunicación social en salud, mercadeo social, *mix* de las comunicaciones.

Summary

The theories of the social communication became the last two decades first hand in tool for the professionals of the health that work in the areas of the promotion of the health and the prevention of the illness, since it allows them to develop a work and a more strategic and more effective communication in their purpose of inducing ideas, habits and healthy behaviors in the society. The present article makes a description of the theory of the social communication as strategy for the promotion of the health, for that which is approached the communication like process and factor of persuasion in people; in the same way, four basic models of interpersonal

* Comunicador Social y Periodista – Candidato a Magíster en Comunicación Educativa – Docente del Área de Comunicación del Programa de Publicidad de la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Educación de la Universidad Católica de Manizales – Catedrático del Área de Comunicación y Mercadeo Social de la Especialización en Promoción en Salud de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas.

jorfos@epm.net.co
joralfos@hotmail.com

and massive communication are examined to develop the work of promotion in an interpersonal way, in community and in the society, and, lastly, it is meditated in front of how the persuasive communication works.

Keys words: public health, promotion of health, social communication in health, social marketing, mix of communications.

La comunicación social como estrategia para la promoción de la salud

La comunicación social en salud es un campo especializado que ha irrumpido con mucha fuerza en las últimas dos décadas, aunque viene siendo utilizado desde mucho tiempo atrás por los organismos nacionales e internacionales en campañas de salubridad y de mejoramiento de la calidad de vida. Su acogida definitiva como una de las alternativas principales para brindar mejor calidad de vida a la población mundial, parte del objetivo de la promoción de la salud consignado en la Carta de Ottawa *“mediar en la puesta en marcha de políticas públicas saludables, utilizando herramientas aceptables en democracia y adecuadas a la sociedad de la información como son la defensa de la salud y el trabajo por un mayor grado de autonomía de grupos e individuos”*¹.

Para el propósito de la presente exposición, se asume a la comunicación social como al universo de estrategias y técnicas que tienen que ver con la comunicación, cuyo objeto de estudio es el compartir o el enviarle mensajes al interlocutor con fines persuasivos para influenciarlo a que adopte hábitos y rutinas de vida saludable y a que conciba su salud como el capital humano más importante y el cual le permite ser, hacer, actuar y realizarse en el campo que lo desee. Definición que está en consonancia con la expresada por la OMS y la OPS, quienes la concretan como

*‘un proceso de planeación, creación, presentación, control y evaluación de información educativa persuasiva, interesante y atractiva que dé por resultado comportamientos individuales y sociales sanos... (o como) la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño’*².

¹ COE, Gloria. Comunicación en salud: comunicación y promoción de la salud. En: Chasqui. No. 63. Quito (Sept., 1998). P. 37.

² Ibid. P. 37.

Los elementos fundamentales de un programa de comunicación en salud o, más exactamente, de promoción de la salud, son el uso de la teoría de la persuasión, la investigación y segmentación de la audiencia, y un proceso sistemático de desarrollo de programas que incluye, con base en los objetivos y metas propuestos a alcanzar con el programa y el análisis de la investigación y segmentación: la selección y los objetivos de las formas de comunicar (*mix* de las comunicaciones), la creación y producción del material educativo, los *pretests* y *postests* del material educativo, su puesta en circulación o al aire por los diferentes medios, y el control y evaluación del impacto para hacer los ajustes necesarios; todo bajo los paradigmas del trabajo comunitario, las teorías de la comunicación humana y masiva, y el mercadeo social.

Para poder comprender cuales son las motivaciones que impulsan a las personas o los grupos a adoptar o rechazar actitudes, costumbres, hábitos, comportamientos y conductas saludables que mejoran su calidad de vida, se ha recurrido a otras disciplinas de las ciencias sociales como la antropología, la sociología, la psicología y la historia. Las teorías más utilizadas para ese análisis son las relacionadas con los modelos de las etapas de cambio de comportamiento y las teorías de la persuasión, que permiten comprender a las diferentes culturas y a las distintas formas de comportamiento, especialmente las relacionadas con la salud.

Las teorías y modelos de cambios de comportamiento indican que la adopción de hábitos, costumbres y conductas sanas se lleva a cabo mediante un proceso en el que los individuos avanzan hasta que esas nuevas formas de vida se convierten en parte de su cotidianidad y forma de ser. Los programas adelantados hasta ahora recalcan que los mensajes emitidos a través de los medios de comunicación son más eficaces en las etapas iniciales, y que las comunicaciones interpersonales y el trabajo comunitario son más útiles en las etapas posteriores.

La investigación del grupo objetivo a intervenir es fundamental para adelantar programas exitosos de comunicación en promoción de la salud. Esta se realiza con el ánimo de conocer la idiosincracia de las personas, sus hábitos, costumbres, rutinas, aficiones, gustos y debe hacerse extensiva no sólo a conocer lo concerniente a su salud, sino también en lo que tiene que ver con la comunicación, los medios y el lenguaje, pues ella provee información que es soporte esencial para realizar la estrategia de medios o *mix* de las comunicaciones, para producir las piezas o

materiales comunicativos. Entre tanto, los grupos y los individuos objetivo se segmentan por estereotipos o arquetipos para “identificar grupos más amplios de personas que comparten valores similares, tienen las mismas creencias o tienen en común otros atributos claves que repercutirán en su atención y en su respuesta a la información sanitaria”³.

Referente a la educación formal y no formal, y la información y la comunicación, son agentes clave para la adopción de formas de vida saludable

‘... dado que el comportamiento humano es un factor primordial en los resultados de salud, las inversiones sanitarias deben centrarse tanto en los comportamientos como en los establecimientos de salud y la prestación de servicios. La solución de los problemas de salud requiere que las personas comprendan y estén motivadas para adoptar o cambiar ciertos comportamientos. Por lo tanto, la comunicación eficaz debe formar parte de cualquier estrategia de inversión sanitaria’⁴.

Desarrollados de esta manera, los programas de promoción de la salud han tenido una alta eficacia, la cual demuestran las cifras de la OPS con la reducción del 50% de la mortalidad por cardiopatía isquémica, lograda mediante extensas actividades de comunicación en Karelia del Norte, Finlandia, y el aumento del uso de las sales de rehidratación oral en Honduras y otros países⁵. En Colombia, se ha aplicado con éxito la comunicación para la salud para lograr una cobertura elevada de vacunación, disminuir el consumo de alcohol y la accidentalidad en el tránsito vehicular. Por el impacto logrado con esta forma de promocionar la salud y bajar las tasas de morbi-mortalidad,

‘el 80% de los préstamos del Banco Mundial en la esfera sanitaria incluyen un componente de comunicación para la salud; por ejemplo, un préstamo por 500 millones de dólares, concedido recientemente a Argentina, incluía 50 millones para este componente; un proyecto similar en el Perú incluyó cerca de 12 millones de dólares. Todas las subvenciones de salud y nutrición otorgadas por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) incluyen fondos destinados a

³ Ibid. P. 38.

⁴ BANCO MUNDIAL. Comunicando alternativas de comportamiento: caja de herramientas para la labor del salubrista, Nueva York: Idem. 1998. P. 11.

⁵ Ibid. P. 16.

*la comunicación para la salud equivalentes a aproximadamente 20 millones de dólares para América Latina y el Caribe*⁶.

Por estas razones, los programas de comunicación en salud ya no se aprueban, ni se les asigna presupuesto, ni se realizan si no tienen una planeación estratégica rigurosa, si no tienen objetivos y metas claras, pues no se trata de cubrir amplias coberturas geográficas y humanas con mensajes masivos que no impactan y que en nada reflejan la idiosincrasia del segmento objetivo o la población a intervenir; ya que desde la Conferencia y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, la educación en salud viene siendo planeada, diseñada, controlada y evaluada con base en el mercadeo social y las demás herramientas que provee la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad que demanda este trabajo, que además está basado en la labor comunitaria con pequeños segmentos de la población, tendencia que ha brindado mayores posibilidades de éxito, por cuanto permite a individuos y grupos la autorreflexión, autodeterminación, autoafirmación y empoderamiento de su salud y calidad de vida de manera individual y particular.

Así mismo, con base en el mercadeo social y la estrategia publicitaria de medios, se afirma que la comunicación social en salud es estratégica por las siguientes razones:

1. Está diseñada teniendo en cuenta grupos objetivos y audiencias específicas.
2. Los contenidos son diseñados para satisfacer las necesidades de información, educación, motivación, persuasión y expectativas identificadas en el grupo al que van dirigidas.
3. La comunicación convence desde lo emocional e intelectual, puesto que está creada con base en los postulados persuasivos y la neuro-psicología de las audiencias.
4. Presenta la realidad con argumentos de peso demostrables e irrefutables, para ello se emplean todo tipo de soportes comunicativos: visuales, auditivos y audiovisuales.
5. Combina los intereses de las personas o comunidades con los intereses del programa, lo que se puede lograr gracias a la intervención comunitaria y a las investigaciones de mercado con que se inicia la planeación con mercadeo social.

⁶ Ibid. P. 16.

6. Está orientada a convertir las actitudes negativas y resistencias en actitudes positivas y apoya los procesos de cambio, por la facilidad que brinda el *mix* de las comunicaciones de utilizar varios medios, a diferentes horas, en diferentes lugares y con una alta frecuencia de mensajes y recordación para reforzar esas actitudes positivas y apoyar esos procesos de cambio.
7. Diseña estrategias de medios diferenciales para cada grupo diana, lo cual permite adaptar el trabajo de los salubristas y cubrir las expectativas de cada individuo o comunidad en particular.
8. Adapta los contenidos de información, utilizando el lenguaje propio de cada grupo a quien va dirigida, teniendo en cuenta su cultura y valores, así ese segmento se ve más cercano e involucrado con lo que le plantea la educomunicación.
9. Ha sido diseñada para superar todas las dificultades que se presenten con el grupo objetivo, puesto que parte del análisis concienzudo del individuo y la comunidad, pero también porque se hacen *pretest* y *postets* que permiten refinamientos o ajustes al material educativo planeado, o en el peor de los casos diseñar planes alternativos de contingencia, lo cual garantiza el impacto positivo de la inversión.
10. Su objetivo es posicionar las ideas nuevas en la mente del grupo seleccionado y desplazar las viejas, este propósito se consigue mediante la formulación de metas claras en el programa de promoción de la salud, las cuales están sustentadas con un análisis DOFA o alguna otra matriz y en unos objetivos específicos de mercadeo y comunicación reales y no ideales.
11. Está orientada a demostrar que lo que antes era válido, ahora ya no lo es. Esto se logra con mensajes que se caracterizan por la fuerza creativa, el orden y la exhaustividad de las argumentaciones y su poder de persuasión.
12. Combina apropiadamente mensajes y medios para cada segmento al que va dirigida la intervención, dando la alternativa de verlos o escucharlos en diferentes lugares y a diferentes horas, lo que provoca aumento de la concienciación y la persuasión; y además, se logra una mayor efectividad y eficacia de la inversión, pues sólo se utilizan los medios que cada grupo o individuo acostumbra usar para informarse o recrearse, y a las horas justas en que siempre lo hace o tiene una mejor disposición.

También, es oportuno reconocer que la noción de capacitación en promoción de la salud con educomunicación surgió en Ottawa como apoyo a la autoayuda, los autocuidados, las redes

sociales y el reforzamiento comunitario, las cuales son actividades claramente vinculadas con la función de la educación sanitaria y también como una forma de buscar alternativas de solución a los viejos esquemas paternalistas que pocos o ningún efecto y resultado habían producido; después del compromiso de Ottawa ya no se trata de culpabilizar a la población de su baja condición de salud por sus malos hábitos y de hacerlos sentir víctimas de su baja calidad de vida por sus creencias, mitos, costumbres y conductas, sino por el contrario, de reafirmarle el derecho al control de su salud; *“no se trata de decir a la gente y a los grupos lo que deben o no deben hacer, sino de capacitarlos para una gestión más autónoma de su salud y de la pérdida de la misma, incluyendo un uso más autónomo de los servicios sanitarios y de la tecnología médica”*⁷. Esta forma de enseñanza-aprendizaje y persuasión está emparentada con el pensamiento educomunicativo de Paulo Freire e Yvan Illich, de autoformación y autocontrol de los individuos y los grupos para alcanzar su independencia y desarrollo.

Las teorías de la comunicación social en salud

LA TEORÍA DE LA PERSUASIÓN

Es la corriente psicológico-experimental que propuso, en 1940, el psicólogo Carl Hovland, educado en Yale, Estados Unidos, cuando a través de microinvestigaciones analizó la influencia de los medios masivos de comunicación (MMC) sobre las facultades mentales y los cambios de actitud, y que representó con el modelo Estímulo—Organismo—Respuesta (E—O—R).

*‘El método de Hovland era un método cuidadoso, hermético, experimental, en el cual variaba un solo elemento cada vez, controlando los otros, y probando hipótesis tras hipótesis, estructurando lenta pero seguramente una teoría sistemática de la comunicación. Lo que, en efecto estaba haciendo, era construir una retórica científica moderna. Muchos de los problemas que estudió eran tan viejos como la retórica de Aristóteles. Estudiaba, por ejemplo, el efecto de tener un comunicador digno de crédito o prestigioso, un mensaje con un sentido o un doble sentido, exhortaciones de temor intenso contra exhortaciones de temor débil, métodos de "vacunación" de la gente contra la propaganda, y otros fenómenos por el estilo’*⁸.

⁷ COE, Gloria. Op. Cit. P. 37.

⁸ SCHRAMM, Wilbur. La ciencia de la comunicación humana. México: Paidós, 1972. P. 76.

Con sus investigaciones, Hovland concluyó que la persuasión de los destinatarios de la comunicación es un objetivo posible y para lograrlo es necesario seriarle y repetirle los mensajes con el propósito de provocarle respuestas, lo cual se puede lograr con las más diversas formas de contenido y hace posible pensar en posibilidades infinitas de persuasión. Así mismo, formuló la presencia de algunos factores relativos a la audiencia y algunos factores vinculados al mensaje en el proceso de comunicación, los cuales hay que tener en cuenta para aumentar la eficacia de la persuasión.

En relación con los factores relativos a la audiencia, estos son:

a) *El interés por adquirir información*, es decir, que cada persona manifiesta o no la pretensión particular de informarse; cuando esa aspiración va acorde con obtener nuevas ideas, el individuo busca en donde encontrarlas y pasa a convertirse en audiencia, y a una segunda fase.

b) *La exposición selectiva*, que es leer o sintonizar el medio o la programación que va de acuerdo con sus gustos; una vez el receptor está en sintonía pasa a la tercera fase.

c) *La percepción selectiva*, en ella la audiencia sólo fija sus cinco sentidos en lo que más le llama la atención o le atrae, lo demás lo ve como intrascendente o como ocio improductivo, vio o escuchó algo que nada le dejó. Cuando el receptor hace una percepción selectiva de mensajes pasa a la cuarta etapa.

d) *La memorización selectiva*, el destinatario graba en su mente el mensaje, y sólo lo hace con aquellos que son creativos, originales, impactantes, que son afines con sus ideas y su cultura, con los que le llaman la atención y lo “marcan”, pero también los que cumplen con ciertos aspectos fundamentales para él como audiencia, y que Hovland describió como los factores vinculados al mensaje. Estos son:

a) *La credibilidad del comunicador*, ya que no todos los interlocutores o emisores tienen el mismo prestigio, creencia y poder de persuasión en la audiencia, sino que su injerencia y convicción van acordes con el reconocimiento y la escala de valores de cada receptor.

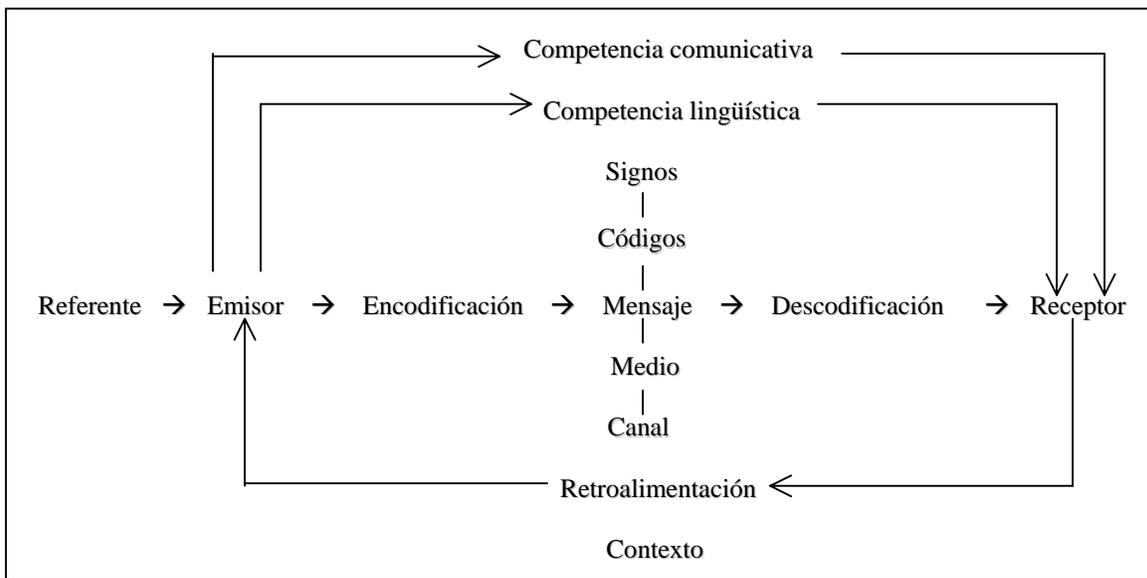
b) *El orden de las argumentaciones*, equivale a que cada mensaje debe ser construido atendiendo a una serie de sintaxis —la de los objetivos comunicacionales, la que atiende a la neuropsicología del oyente y la gramatical—.

c) *La exhaustividad de las argumentaciones*, quiere decir que la comunicación debe ser estratégica, es decir, planeada con base en resultados investigativos previos de la audiencia y su contexto social, de lo que se está ofreciendo en los mensajes y de la competencia. Mensaje que no sea sólido en razonamientos y pruebas o en el que existan vacíos o contradicciones, es inmediatamente rechazado por los receptores.

d) *La explicitación de las conclusiones*, vale decir que cada razonamiento o cada prueba debe ser demostrable. La mediación comunicacional está obligada a mostrar resultados tangibles, verosímiles y creíbles a la audiencia para poder persuadirla de forma contundente y efectiva; lo que deja dudas, atrae y persuade de momento, pero a la larga no impacta, ni lleva al cambio; por eso mismo, es necesaria la reiteración con la seriación de los mensajes y la utilización de varios medios y a distintas horas, para producir recordación.

MODELOS DE COMUNICACIÓN PERSUASIVA

a) *El modelo de la comunicación oral humana basado en la teoría matemática y cibernética de la información.*



Tomado de PÉREZ GRAJALES, Héctor. Comunicación escrita: la comprensión de textos. Bogotá: Aula Abierta, Magisterio, 1994.

Para unos, la comunicación oral es un proceso dinámico de cara a cara, de aquí y ahora, mediante el cual dos o más interlocutores se envían o intercambian mensajes con el fin de estimular algún

tipo de respuesta; es decir, influir y ser influidos mutuamente; para otros, comunicarse es expresarse mediante la utilización de un tipo concreto de lenguaje —verbal, escrito, sonoro, gestual, visual, animado— para exteriorizar lo que se piensa y lo que se siente; y definida de forma más sencilla, la comunicación es un proceso por medio del cual emisores y receptores interactúan en un contexto social dado.

Vista desde el paradigma del modelo matemático y cibernético que Claude Shannon y Warren Weaver publicaron en 1948, y el cual ajustó a la comunicación humana el pedagogo Héctor Pérez Grajales, se pueden abstraer y describir los siguientes elementos conformantes, para que ésta exista y se dé de una manera dialógica y democrática:

El referente: es el tema, tópico, hecho, situación, circunstancia de la realidad o la ficción de la que se habla.

El emisor: es quien elabora y emite un mensaje, y el destinatario de la retroalimentación.

La encodificación: es el acto de elaboración del mensaje a partir de la selección y el agrupamiento de signos que forman códigos, de códigos que forman sintagmas y de sintagmas que forman discursos o textos bajo el conjunto de reglas que rigen un idioma.

El mensaje: es el discurso o texto que transmite o expresa el emisor.

El código: es la unión de varios signos que forman una unidad o un sintagma idiomático.

El signo: es la unidad simbólica mínima de un idioma con la cual se elaboran textos o discursos mediante uniones entre sí para formar códigos, éstos entre sí para formar sintagmas y la unión de sintagmas en sistemas-códigos o textos.

El medio: es el medio físico por el cual se transmiten los mensajes (amplificadores de voz o imágenes, radio, televisión, multimedia, etc.).

El canal: es o son los órganos de los sentidos que permiten percibir los mensajes (auditivos, visuales, olfativos, táctiles, gustativos o su combinación).

La descodificación: es la descomposición que el receptor hace del mensaje recibido para resignificarlo y darle sentido de acuerdo con sus conocimientos, experiencias y la influencia que sobre él ejercen las reglas del idioma, la lengua, la cultura y la comunicación.

El receptor: es el destinatario del mensaje, quien lo descodifica, interpreta y resignifica. Contrario a lo que se pensaba anteriormente, que el receptor era un ser pasivo con respecto a los mensajes recibidos, los cuales se dedicaba a interpretar y obedecer, hoy el receptor de la comunicación es asumido como un sujeto activo y a quien además le gusta la interactividad, es decir, le gusta recibir mensajes a los cuales él mismo pueda darle su propia interpretación.

La retroalimentación: es la respuesta expresiva oral, escrita, gestual, etc. que el receptor de la comunicación realiza cuando recibe el mensaje, convirtiéndolo a su vez en emisor, y que debe servirle al emisor, convertido en receptor, para determinar de qué manera su interlocutor está recibiendo e interpretando sus mensajes.

La competencia lingüística: es el conocimiento idóneo que deben tener emisor y receptor acerca del conjunto de reglas que rigen el idioma, la lengua y la cultura particular en la que se lleva a cabo el acto comunicativo, para que a través de la comunicación exista un mutuo entendimiento en cuanto a los signos, significantes y significados utilizados.

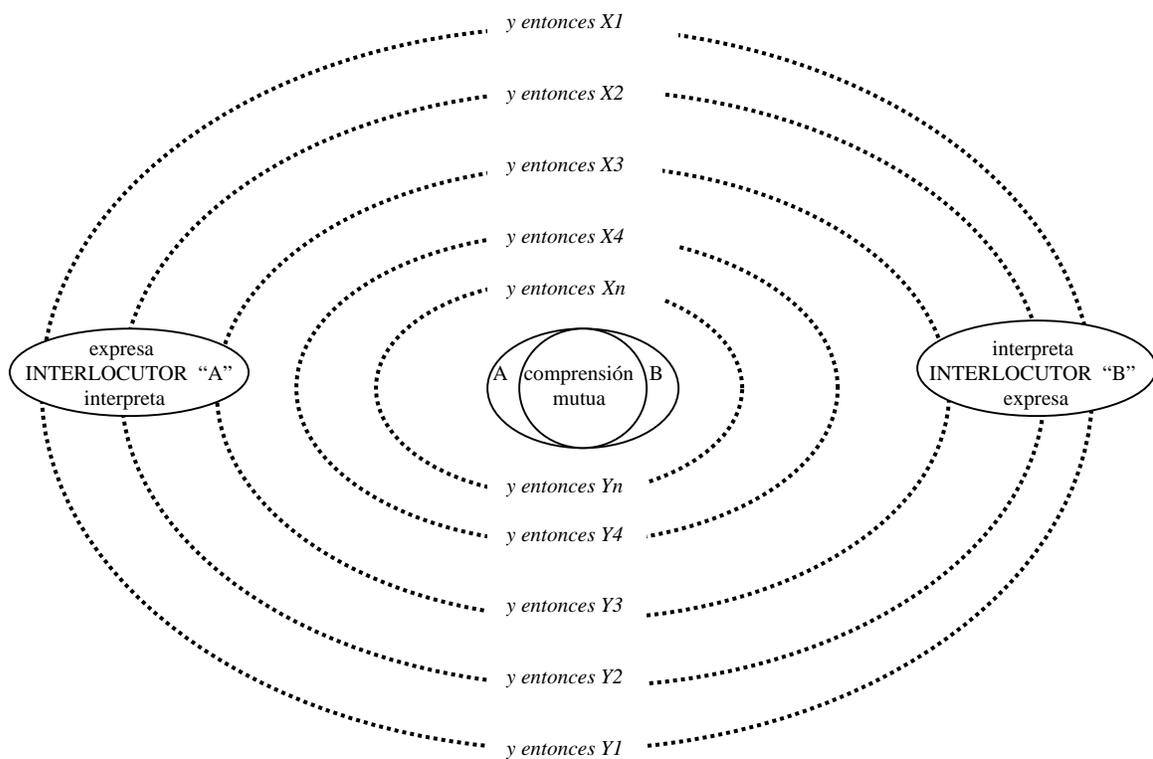
La competencia comunicativa: es el conocimiento del conjunto de reglas y la actitud que rigen *el acto de habla* y el comportamiento que los interlocutores deben asumir en una comunicación para poderse entender, y que dice que la comunicación se realiza por turnos, es decir, mientras un interlocutor habla, el otro lo escucha y espera a que le cedan el turno para intervenir, sólo así se logra una buena comunicación e interacción.

El contexto: es el medio ambiente que rodea o que circunscribe a la comunicación, como: la ideología, el rol, el estatus, los intereses, los valores, la motivación, la actitud, la cultura, etc. de

cada interlocutor. El contexto juega un papel fundamental en la comunicación porque es uno de los principales factores de recepción e interpretación de los mensajes.

El acto de habla: es el proceso de interacción comunicativa *intencional* entre dos interlocutores o más, y el cual se fragmenta en tres fases: *ilocución, locución y perlocución*. Se entiende por acto *ilocutivo* o *proposicional* al acto de expresar o proponer, un mensaje, con el cual el interlocutor que lo emite trata de conseguir un propósito; así mismo, la *locución* es descrita como la intencionalidad o el sentido con el cual va cargado el mensaje una vez es pronunciado, para lograr el fin que persigue quien lo emitió; y la *perlocución* es el efecto producido o la conducta adoptada por el interlocutor que recibe el mensaje cuando lo percibe. Como ya se mencionó, todo acto de habla está mediado por el contexto en el que se enmarca la comunicación y que rodea a los interlocutores: roles, valores, intereses, motivaciones, cultura, ideología, etc.

b) *El modelo convergente de comunicación humana.*



Tomado de MECINKHIM, Lim. *¿Qué es la comunicación?* En: ENCALADA, Marco. Curso de diseño de programas de comunicación en salud. Nueva York: UNESCO, 1986.

Este modelo inicia la comunicación con los saludos de rigor de los interlocutores, y a continuación el interlocutor A, que es quien propicia el diálogo, expresa la intencionalidad del mismo con la proposición inicial (*X-I*), el participante B descodifica e interpreta la información que A ha codificado para expresar sus ideas y B responde codificando y creando a su vez información (*Y-I*); en los turnos sucesivos los interlocutores se conectan con la expresión “y entonces”, para recordar que algo ha ocurrido antes de empezar a considerar lo que está pasando y sobre la base de lo que cada uno interpreta de lo que el otro dice. Los diálogos se dan alternamente entre (*Xn...*) y (*Yn...*) “hasta el punto en que se sienten satisfechos de haber llegado a una comprensión mutua de la posición de cada uno, en relación con la materia bajo discusión”⁹. Es posible que en este caso introduzcan un nuevo tópico o den por terminado el acto de habla o comunicación.

Este modelo permite ver con mayor claridad la forma en que dos individuos consiguen confluir en un punto de acuerdo mutuo sobre lo que la fuente está tratando de comunicar, en este caso el programa de promoción de la salud, la institución que lo avala y los salubristas que lo gestionan. “Por supuesto, ya se sabe que es difícil lograr una comprensión total, dadas las características especiales de cada individuo. Se debe recordar que una comprensión total no representa necesariamente un acuerdo total”¹⁰.

c) *El modelo semiótico de Charles Peirce.*

Antes de hacer la entrada al estudio del modelo de Charles Sanders Peirce, que en la actualidad es el más reconocido de los modelos del campo semiótico de la comunicación, es necesario precisar algunos conceptos básicos sobre este campo.

En primer lugar hay que precisar que existe una discusión entre lo que es semiología y lo que es semiótica, como tal, esta discusión traspasa las fronteras de este artículo, simplemente se presentarán algunas definiciones de las mismas con el fin de tener un panorama claro. Para Ferdinand de Saussure, lingüista suizo, “la semiología es la ciencia que enseña en que consisten

⁹ MECINKHIM, Lim. ¿Qué es la comunicación? En: ENCALADA, Marco. Curso de diseño de programas de comunicación en salud. Nueva York: UNESCO, 1986. P. 15.

¹⁰ *Ibid.* P. 15.

*los signos y cuales son las leyes que los gobiernan*¹¹; es decir, Saussure se refiere exclusivamente a la disciplina investigativa y teórica. Entre tanto, el norteamericano Charles Peirce la define como *“semiótica, disciplina translingüística que examina todos los sistemas de signos como reductibles a las leyes del lenguaje”*¹²; mirada más praxiológica que la saussureana, y que está en consonancia con otros lingüistas y comunicólogos pragmáticos de la actualidad.

El francés Roland Barthes, quien inauguró la aplicación del estudio de los signos a las diferentes formas de comunicación contemporánea, entre ellas la publicidad, la considera como semiótica y le da el rótulo de una disciplina particular que estudia los signos y contempla los signos lingüísticos como un reducto particular. A su vez, Umberto Eco, semiólogo y novelista italiano, también la define como semiótica y la entiende como *“el principio de una disciplina que se encarga del estudio de la cultura como comunicación y la comunicación como cultura e intenta explicar la gran variedad de lenguajes a través de los cuales se construye la cultura”*¹³. Etimológicamente, semiología viene de los términos griegos *semeion*, que significa signo y *logos*, que quiere decir estudio. De lo anterior se puede concluir, que para quienes la estudian como ciencia y filosofía de la lingüística (*use*) es semiología, y para quienes la estudian como su aplicación práctica en los discursos y relaciones sociales (*usage*) es semiótica.

Los teóricos actuales han propuesto que la semiótica posee dos umbrales, uno inferior y uno superior, para separar las ‘cosas’ de los signos y separar los signos naturales de los artificiales. El umbral inferior estudia todos los procesos culturales, que sirven de convenciones sociales para originar procesos de comunicación, los sistemas de signos y códigos y los sistemas de comunicación; y el umbral superior señala que si se acepta a la cultura con un sentido antropológico, la fabricación y empleo de objetos de uso, el intercambio como núcleo de las relaciones sociales, entonces, la cultura es comunicación y existe humanidad y sociabilidad sólo si hay relaciones comunicativas, de ahí que se plantean dos hipótesis: toda cultura ha de estudiarse como un fenómeno comunicativo y todos los aspectos de una cultura pueden estudiarse como contenidos de comunicación; de lo cual se puede colegir que en la cultura cada entidad

¹¹ SAUSSURE, Ferdinand. Tratado de lingüística general. Buenos Aires. Amorrorto, 1953. P. 32.

¹² PEIRCE, Charles. Citado por: ECO, Umberto. El signo. Buenos Aires. Lumen. 1995, P. 18.

¹³ ECO, Umberto. La estructura Ausente. Buenos Aires. Lumen, 1993. P. 23.

puede convertirse en un fenómeno semiótico, las leyes de la comunicación son las leyes de la cultura, la cultura puede estudiarse desde un punto de vista semiótico y la semiótica es una disciplina que puede y debe ocuparse de la cultura.

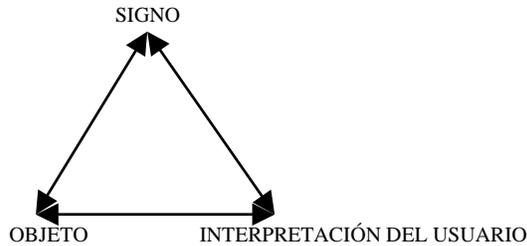
La semiótica estudia los signos, y de ellos el tipo de signos, la carga de significación y la relación de los signos con quienes los usan; los códigos, y de ellos el sistema de organización de los signos, el desarrollo y evolución de los signos y los códigos y los canales y medios de comunicación; y las culturas, y de ellas, las costumbres, los comportamientos, las formas de comportamiento, los roles y estatus y las ideologías que practica la sociedad.

Definida la comunicación desde la semiótica —como generación de significado— se dice que es la creación de mensajes con signos (significantes) que estimulan a crear significados al receptor a partir de los creados por el emisor, y que cuanto más se asemejen los significados de emisor y receptor, mayor será la semejanza del mensaje enviado y el recibido. Entre tanto, al signo se le considera como algo físico, perceptible por los sentidos que se refiere a algo distinto de sí mismo, que parte de ser una convención negociada y reconocida por los usuarios, y que consta de uno o varios significantes y una significación.

El significante es la imagen tal cual como la percibimos, ejemplos: la cruz roja pintada en un carro blanco o los sonidos en el aire de una sirena → ambulancia. El significado es el concepto mental al cual se refiere el signo, en otras palabras, el valor, ejemplo: la ambulancia con las luces y la sirena encendidas y a gran velocidad → emergencia, solidaridad, salud/enfermedad. La significación es el resultado de la relación del significante o los significantes con el significado, quiere decir, la realidad física o la ‘realidad real’ a la que hace alusión el signo, la presencia de la ambulancia con las características descritas ante nuestros ojos.

El modelo de Peirce es estructural, no lineal, y se basa en el estudio de la cultura y el lenguaje desde la capacidad expresiva del hombre, ya que Peirce se preocupó por la comprensión que tiene el hombre de su experiencia, la comprensión que tiene del mundo que lo rodea y a través de ellos, comprendió la importancia de la semiótica y el acto de significar. Su interés se centró en la relación: *objeto*, o sea, la realidad exterior a representar; el *signo*, es decir, el símbolo o los

símbolos que representan esa realidad exterior y la persona, que equivale al usuario o quien los utiliza.



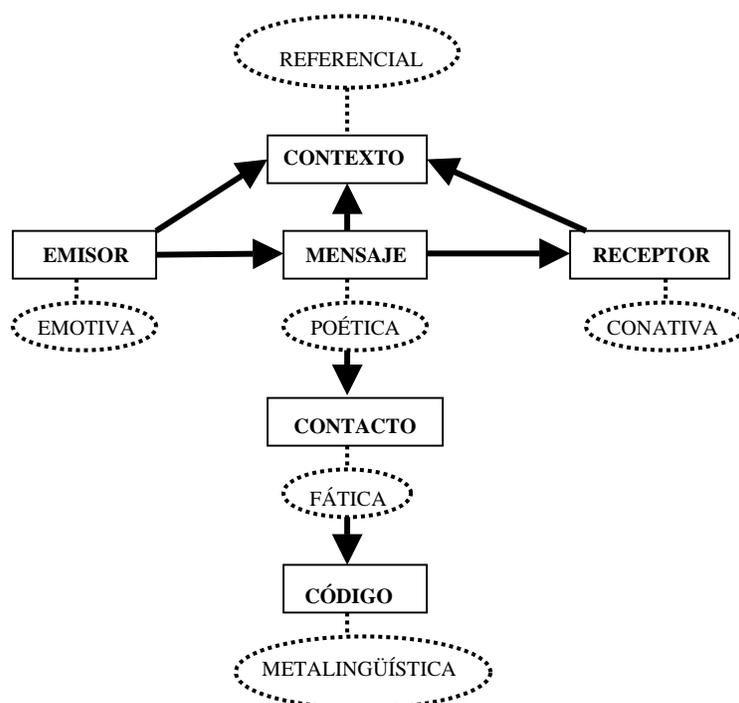
Charles Peirce, al explicar su modelo, conceptuó que *“el signo es algo que representa algo para alguien, que ese alguien crea en la mente un signo equivalente (concepto), que el objeto es representado por el signo y que la interpretación es el significado o concepto mental producido por el signo y la experiencia del usuario sobre el objeto”*¹⁴; por lo tanto, el signo es un estímulo que produce una reacción que ha de estar mediatizada por un tercer elemento: intérprete, sentido, significado o referencia al código; y las ideas son signos —artificiales intencionales o naturales no intencionales— que se traducen en imágenes o palabras orales o escritas cuando pasan de la abstracción a la concreción.

d) *El modelo lingüista.*

Fue creado por el lingüista checo-norteamericano Roman Jakobson hacia mediados de la década de 1950, cuando pertenecía al Círculo de Praga (Checoslovaquia) y divulgado por éste durante su exilio en los Estados Unidos. Como lingüista estructuralista y seguidor de Saussure se interesó en el significado y la estructura interna del mensaje, descubriendo, sistematizando y estableciendo las reglas de funcionamiento del lenguaje. Jakobson articuló su modelo sobre la teoría matemática y cibernética de la información y la teoría lingüista estructuralista que daría paso a la aplicación del discurso semiótico.

Su esquema es doble, pues consta de seis elementos a los que llamó factores y a cada factor le determinó una función:

<u>FACTORES</u>		<u>FUNCIONES</u>
Emisor	→	Emotiva
Receptor	→	Conativa
Mensaje	→	Poética
Contexto	→	Referencial
Contacto	→	Fática
Código	→	Metalingüística



El destinador determina la función expresiva (emotiva o de la emoción); el destinatario cumple la función conativa (que no se puede definir sino de manera tautológica: función del lenguaje en cuanto éste apunta al destinatario); el mensaje, la función poética (que abarca todas las figuras de la retórica); el contexto determina la función referencial, de lo que se habla; el contacto, la función fática que tiende a verificar si la escucha del destinatario sigue establecida; el código, la función metalingüística que trata del lenguaje tomado como objeto (por ella destinador o destinatario verifican el utilizar el mismo léxico, la misma gramática).

¹⁴ PEIRCE, Charles. Citado por: FISKE, Introducción al estudio de la comunicación. Bogotá: Norma, 1986. P. 43.

CÓMO FUNCIONA LA COMUNICACIÓN PERSUASIVA

La comunicación persuasiva funciona con base en la teoría de los efectos, la cual demostró que la audiencia no es pasiva —como se creyó antes de la segunda guerra mundial con la teoría de la “aguja hipodérmica” o de la “bala”—, ahora se sabe que los receptores son participantes activos del proceso de comunicación, seleccionando mensajes, interpretándolos a su manera o ignorándolos totalmente.

a) *La teoría de la selectividad.*

De la teoría de la selectividad ya se habló arriba, sólo falta mencionar lo referente a la *disonancia cognitiva*. Esta teoría fue propuesta por el psicólogo norteamericano Leon Festingerd, y se presenta en la audiencia cuando ésta debe seleccionar entre dos objetos altamente deseables. Dice Festingerd en sus planteamientos, que al receptor siempre lo acompañará el arrepentimiento de la selección final por tener que vivir con los aspectos negativos de la selección y el haber tenido que privarse de los positivos del objeto rechazado. Por lo tanto, para reducir esta incomodidad las personas tienen la tendencia a ser selectivas en sus acciones.

Joseph Klapper, quien trabajó en algunas de las investigaciones al lado Carl Hovland,

‘encontró que las personas se exponen selectivamente a aquellos mensajes que no constituyen una amenaza y que empatizan con sus propias actitudes, pensamientos y creencias; en aquellos casos en los que la percepción selectiva no es posible, se concentran en una percepción selectiva que distorsiona el significado del mensaje, para adaptarlo a su propio punto de vista; y que algunos tienden a ejercer una retención selectiva que recuerda únicamente el material agradable y olvida el material que le es desfavorable’¹⁵.

Aceptación	Lo deseable, lo estético, la similitud de pensamiento y creencias, lo creíble.	Memoria
Rechazo	Amenaza, antipatía, otras concepciones de vida.	Olvido

¹⁵ MECINKHIM, Lim. Op Cit. P. 18.

De ahí, que toda campaña de promoción de la salud requiera de la aplicación del mercadeo social, porque sólo una exhaustiva investigación del consumidor puede hacerle saber al planificador del programa cuáles son los intereses y actitudes de su audiencia y le darán el conocimiento necesario que le permitan saber cómo llegarle con mensajes impactantes y con éxito. Por ejemplo: si la investigación y el análisis hecho a la audiencia demuestran que la credibilidad de la fuente es baja, es necesario cambiarla o presentarla de otra manera que se haga creíble; en el mismo sentido, si es el contenido de los mensajes el que no es bien percibido por la audiencia, se debe cambiar o presentar de otra manera para no dar lugar a que se presente la disonancia.

b) *La afiliación de grupo.*

Esta teoría está basada en las investigaciones adelantadas en el Instituto Tecnológico de Massachussets (MIT) por el psicólogo vienés Kurt Lewin, quien a través de métodos positivistas reconoció el funcionamiento de los grupos humanos, algunos factores referentes a la persuasión y la toma de decisiones.

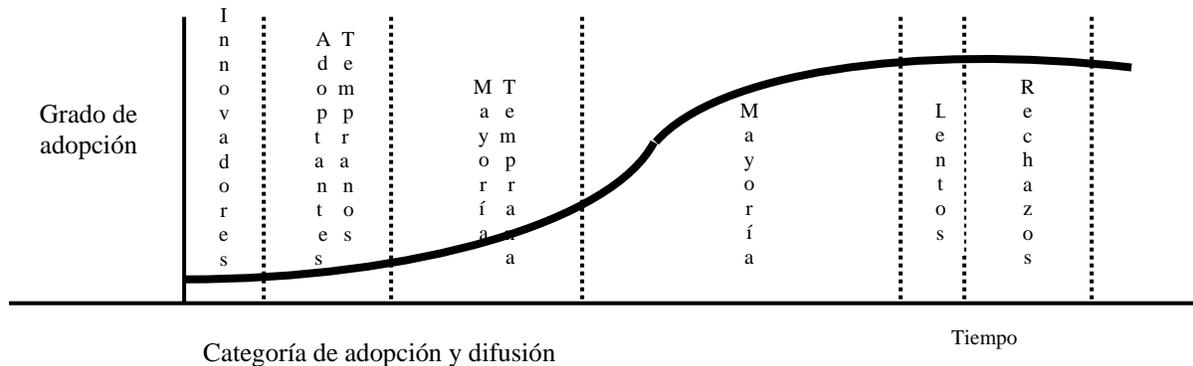
Lewin pudo comprobar que los individuos tienen el instinto de pertenecer a grupos, cultivando y cumpliendo las normas de conducta y los códigos del grupo. *“De esta forma, para que la comunicación sea efectiva, debe estar de acuerdo con el consenso del grupo, especialmente si se observan estrictamente las normas del mismo y la persona se precia de pertenecer a él. Esto, a su vez, se relaciona con la selectividad que los miembros del grupo aplican, para de esta manera exponerse solamente a aquellos puntos de vista que concuerdan con las normas del grupo”*¹⁶.

Los sociólogos en adelante consideraron a este fenómeno como *“legitimidad”*, lo cual quiere decir que los miembros de un grupo tienen la tendencia a aceptar únicamente aquella información que ha sido aceptada por sus iguales o instituciones sociales legítimamente reconocidas por el grupo o la sociedad. Por ejemplo: para asegurar, al menos, un mínimo de legitimidad, los programas de promoción de la salud pueden buscar reconocimiento en los estamentos gubernamentales, en asociaciones o federaciones nacionales o internacionales, o en estamentos civiles y eclesiásticos.

¹⁶ MECINKHIM, Lim. Ibid. P. 18.

c) *La difusión de innovaciones.*

Es el proceso mediante el cual se extiende una nueva idea en la audiencia. Tiene que ver: 1) con la exposición de algo nuevo; 2) a lo largo de un periodo específico de tiempo; 3) a través de unos canales seleccionados de comunicación; y, 4) dentro de una estructura social o de grupo.



Tomado de ROGERS, E. M. *Difusión de innovaciones*. Nueva York: Free Press/J. Walter Thompson, 1983.

*“Al principio las personas perciben la nueva idea, pero no lo hacen con mucho detalle; este grado de conciencia puede conducirlos a un interés por obtener mayor información sobre ella; luego viene la evaluación mental respecto a la factibilidad de adoptarla; por último, si están plenamente convencidos que los beneficios son superiores a las desventajas, proceden a integrarlas en su vida”*¹⁷. Este proceso de difusión/adopción consiste en: conciencia, interés, evaluación, prueba y adopción o rechazo.

Esta teoría muestra visiblemente las dificultades que los planificadores y comunicadores de la promoción de la salud enfrentan al tratar de inducir una idea, hábito o conducta saludable. Es dable que pasen muchos años para la adopción e implementación, pero el éxito no está asegurado. La explicación está en que, aún dentro de una misma comunidad o grupo social, distintas personas exhiben diversas características. Los innovadores y adoptantes tempranos, generalmente son más cosmopolitas, tienen un contacto más directo con ideas y eventos urbanos, disponen de mayor acceso a los medios, tienen una mejor educación y disponen de mayores recursos que les

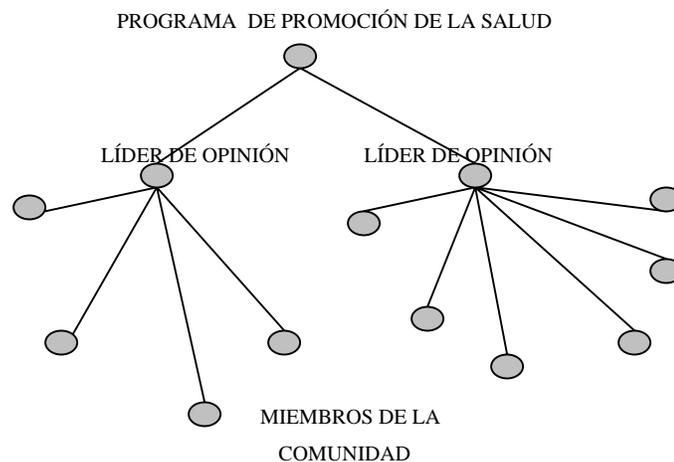
¹⁷ MECINKHIM, Lim. Ibid. P. 19.

permite arriesgarse con innovaciones, y así continúa con los individuos de cada categoría sucesiva.

d) *Redes sociales.*

Teoría propuesta por el politólogo norteamericano Paul Lazarsfeld, quien encontró en sus investigaciones que los efectos sociales que producen los MMC dependen de las fuerzas sociales dominantes en un determinado periodo, y estas fuerzas pueden ser las del grupo al que se está afiliado o las de los líderes de opinión que guían esos grupos. Por supuesto, Lazarsfeld parte de la idea de que cada grupo tiene su red social y su propio líder de opinión.

En cuanto a las redes sociales, estas se forman, como se dijo antes, porque las personas sienten el deseo de filiación, integración y reconocimiento. La unión la realizan por afinidades particulares como la edad, el sexo, la educación, la ocupación, la profesión, los intereses, etc. Con respecto a los líderes de opinión, dentro de cada grupo sobresale uno en relación con cada tema específico. No son ni los más ricos, ni los más educados, ni los más importantes dentro de la jerarquía social, sino que se distinguen porque tienen mayor acceso a los medios de comunicación masiva y porque gozan del respeto y de la confianza de sus iguales, es decir, son confiables.



Tomado y adaptado de MORAGAS SPA, Miguel de. Teoría de la comunicación de masas. México: Gustavo Gili, 1996.

Por ser los más informados, los líderes de opinión, son los que tamizan y diseminan la información a los demás miembros del grupo, que son menos activos en la búsqueda de información. *“...se conoce a este proceso como de flujo en dos etapas o de comunicación en dos niveles. En vista de que existen muchos líderes de opinión y que la información está fluyendo continuamente a través de las redes sociales y a los diversos niveles, es más real considerar que el flujo de información se realiza en un flujo de múltiples etapas”*¹⁸.

Los planificadores de los programas de promoción de la salud deben considerar muy seriamente la idea de que los líderes de opinión son gente respetada por sus comunidades y que, por lo mismo, se encuentran en una situación más ventajosa para lograr que su grupo comprenda y adopte una innovación o cambio; por ello, en sus planes deberían aplicar este concepto localizándolos para que trabajen con el programa en la influencia y diseminación de la información a su grupo social, lo cual haría, presumiblemente, menos dispendiosa la labor a los salubristas.

A modo de conclusión

El propósito de poner al servicio de la salud algunas de las teorías de la comunicación social es el de persuadir hoy a las personas y la sociedad, de una manera más eficiente y eficaz a como se venía haciendo la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades antes de los años 80. De una comunicación intuitiva; a la gran masa; sin ninguna distinción personal, étnica, cultural, de roles, estatus o de intereses, con la adopción del mercadeo social y la comunicación social por parte de los planeadores de la promoción de la salud, se pasa a una comunicación planeada, ordenada, metodológica, proyectada, controlada y con metas y propósitos específicos en la que cada individuo percibe y siente que cada mensaje es particularmente elaborado o dicho para él.

De esta forma también, ante tanto desencanto por los fracasos anteriores o el bajo impacto logrado con programas y campañas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, las teorías de la comunicación social le dan un nuevo impulso a los planeadores mostrándoles que

¹⁸ MECINKHIM, Lim. Ibid. P. 20.

su labor de persuadir a las personas y comunidades a adoptar nuevas ideas, costumbres y conductas saludables por intermedio de la promoción de la salud no es imposible, pero tampoco es un trabajo fácil; y más bien, que se hace necesaria la labor y el apoyo interdisciplinar de los campos que pueden aportar a esta tarea (médicos, odontólogos, enfermeras, nutricionistas, terapeutas... antropólogos, psicólogos, sociólogos, comunicadores sociales, publicistas), ya que los mensajes por sí solos no son capaces de cambiar automáticamente a las personas y las comunidades.

Lo expuesto acerca de la teoría de la comunicación como proceso, entre la que se incluye la teoría de la persuasión, es efectivo para el trabajo de la promoción de la salud, y ha sido validado por estudios realizados por investigadores en salud pública y en comunicación, ya que su aplicación interviene y modifica favorablemente el proceso de comunicación, pero también es necesario e importante tener en cuenta que los mensajes se ajusten a las necesidades, valores, conocimientos, actitudes, afiliaciones de grupo e intereses de las audiencias o grupo a intervenir, con el fin de que la percepción y la aceptación que hagan de dichos mensajes tenga un alto grado de impacto y trascendencia en cambios a hábitos y costumbres saludables.

Además, es importante tener en cuenta, que si bien la transmisión de mensajes de forma colectiva amplía la cobertura de manera muy favorable, que si bien el informe instruccional que se da a través de educación formal y no formal hace énfasis, refuerza y recompensa el aprendizaje de nuevas ideas, conocimientos, valores, costumbres, hábitos y conductas, y que si bien el enfoque de la persuasión contribuye a la modificación de los mismos, es la comunicación interpersonal, dialógica y el trabajo comunitario el que permite inducir de manera más efectiva esas nuevas ideas, que parten más del intercambio mutuo que ambas partes pueden hacer con la consideración de diferentes puntos de vista, incluso alternativos. Y no se trata de desvirtuar lo expuesto hasta ahora, sino de recalcar que un programa de promoción de la salud necesita de trabajo comunicativo a corto, mediano y largo plazo, de comunicación interpersonal y masiva, y no de uno sino de varios medios, pues cada uno tiene su propia especificidad y tiene una función diferente. A su combinación, uso estratégico y acertado es a lo que llamamos el *mix* de las comunicaciones, asunto que trataré en un próximo artículo.

Bibliografía

BANCO MUNDIAL. Comunicando alternativas de comportamiento: caja de herramientas para la labor del salubrista, Nueva York: Idem. 1998.

COE, Gloria. Comunicación en salud: comunicación y promoción de la salud. En: Chasqui. No. 63. Quito (Sept., 1998).

ECO, Umberto. La estructura ausente. Buenos Aires. Lumen, 1993.

FISKE, John. Introducción al estudio de la comunicación. Bogotá: Norma, 1986.

MECINKHIM, Lim. ¿Qué es la comunicación? En: ENCALADA, Marco. Curso de diseño de programas de comunicación en salud. Nueva York: UNESCO, 1986.

PEIRCE, Charles. Citado por: ECO, Umberto. El signo. Buenos Aires. Lumen. 1995.

PÉREZ GRAJALES, Héctor. Comunicación escrita: la comprensión de textos. Bogotá: Aula Abierta, Magisterio, 1994.

ROGERS, E. M. Difusión de innovaciones. Nueva York: Free Press/J. Walter Thompson, 1983.

SAUSSURE, Ferdinand. Tratado de lingüística general. Buenos Aires. Amorrourto, 1953.

SCHRAMM, Wilbur. La ciencia de la comunicación humana. México: Paidós, 1972.