

Revista Española de Comunicación en Salud

Año 2015 • Volumen 6 • Número 2 • Julio – Diciembre • páginas 113-233

Contenidos

Editorial.....113

Originales

Directrices europeas para la gestión de crisis sanitarias: estado de la cuestión.....115

Comunicación educativa a pacientes con diabetes mellitus 2 y adherencia al tratamiento nutricional.....126

Análisis comunicacional de páginas web hospitalarias. El caso de los hospitales sevillanos.....138

Impacto de la aplicación móvil del Plan sobre Drogas del Gobierno de España.....157

Análisis de las fuentes de información, nivel de conocimiento y calidad de vida en diabetes tipo 2.....166

Revisiones

Una mirada desde la comunicación en salud a los planes de promoción de salud en Sudamérica.....180

La comunicación no verbal con el anciano y los profesionales sanitarios.....197

Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante.....204

Conspiración del silencio.....213

Perspectivas

La retórica como herramienta para la gestión y la comunicación del riesgo sanitario.....222

RECS es editada por la Asociación Española de Comunicación Sanitaria y el Departamento de Periodismo y Comunicación Audiovisual de la Universidad Carlos III de Madrid, Getafe, Madrid, España

EISSN 1989-9882



Universidad
Carlos III de Madrid
www.uc3m.es



Hacia la especialización en la Comunicación en Salud

Towards the specialization in Health Communication

Pretender que el ingeniero aeroespacial sea quien capitanee la nave hasta su origen por la razón de que fue el quien creó la máquina y, por tanto, quien mejor pueda hacerlo, es una idea que repele hasta a los más ignorantes. En la mente de todos está que los tripulantes de la nave tienen que reunir especiales características biopsicosociales, amén de bastante conocimiento de la nave, que supongan un compendio de garantías de que la misión va a conseguir su objetivo. De ello podemos deducir que ni el científico nuclear está capacitado para tripular aquello de lo que tanto conoce, ni el astronauta tiene el conocimiento necesario para idear la máquina que conduce.

Esta reflexión, a todas luces, simplista, no es del todo asumida cuando el asunto a debate es la comunicación sanitaria.

En mi ya más que amplia historia, he podido asistir a numerosos encuentros de profesionales de la salud – congresos, jornadas, reuniones, etc. –, en los que, cual los ingenieros aeroespaciales del anterior ejemplo, médicos, enfermeros, fisioterapeutas, etc., se lamentan de su desconocimiento sobre técnicas de comunicación y de las nefastas consecuencias de ese desconocimiento. Por otro lado, las instituciones responsables de la

comunicación a la población sobre temas de salud, suelen valerse de sanitarios –frecuentemente médicos– para la asesoría en esta materia, ampliando su nómina de asesores especializados en materias específicas en situaciones concretas y de inusual riesgo para la población, asesores que, aun sabiendo todo lo posible en esas materias, están absolutamente limitados en su capacidad comunicativa.

Trasladados los mensajes de salud elaborados por los profesionales sanitarios a los representantes de los poderes públicos, éstos, a su vez, elaboran sus mensajes, en la mejor de las ocasiones, bajo el asesoramiento de profesionales de la comunicación –frecuentemente periodistas– de escaso o nulo conocimiento en temas de salud, lo que a la postre nos lleva a ser espectadores de “maravillosos procedimientos comunicativos”, como el caso del aceite de coza, el de la gripe A y, más recientemente, el del Ébola, clarísimos ejemplos de incompetencia de quienes emitieron los mensajes.

Como he insistido en numerosas ocasiones, tratar de que todo el conocimiento actual pueda ser dominado por una sola persona no solo es una pretensión irracional sino un imposible, razón por la que solo los equipos han demostrado poder llevar a cabo las misiones más escabrosas que se haya planteado el ser humano, con independencia de que la idea primigenia fuera de un solo individuo.

Pero tampoco se trata de coleccionar en un ambiente determinado a profesionales sanitarios y de la comunicación para formar un Gabinete de Comunicación en temas de salud, o sea, crear equipos multidisciplinares que, a medida que aumentaran su comunicación interna, se fueran convirtiendo en interdisciplinares. La comunicación en materia de salud es el mejor medio de conservar la propia salud y de prevenir la enfermedad, siendo, además, una medida coadyuvante en la curación de muchas enfermedades y de conseguir la recuperación de las capacidades disminuidas por cualquier proceso mórbido, por lo que su empleo requiere idéntica exquisitez que la del bisturí en manos del cirujano, la del medicamento en manos de médico o la manipulación en las del fisioterapeuta.

En este sentido, el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (por sus siglas inglesas ECDC), agencia de la Unión Europea sita en Estocolmo y encargada de la defensa europea contra las enfermedades infecciosas, integra en su organigrama la figura de Expert Senior in Health Communication, cuyos candidatos deben, entre otras condiciones, poseer un título de estudios sanitarios y un título de estudios de comunicación y una experiencia acorde con la denominación "senior".

En nuestro país..., dado que se denomina comunicación a cualquier emisión de cualquier mensaje, a través de cualquier medio y sin importar mucho la observancia del resto de las condiciones necesarias para que el proceso pueda ser verdaderamente calificado de comunicativo, las consecuencias son las que son y padecemos.

Confiemos en que algún día los responsables se convenzan de lo que decimos y ofrezcan empleo a personas con parecidas condiciones formativas a las del ECDC para sus gabinetes de comunicación.

Miguel Muñoz-Cruzado y Barba
Presidente de la Asociación Española de
Comunicación Sanitaria - AECS
mmunozcb@gmail.com

Directrices europeas para la gestión de crisis sanitarias: estado de la cuestión

European Guidelines for the Management of Health Crisis: the State of the Art

Paula Requeijo-Rey^{1*}, José Carlos Losada-Díaz², Leonarda García-Jiménez²

¹ Universidad Camilo José Cela

² Universidad de Murcia

Fecha de recepción: 22/12/2014 – Fecha de aceptación: 03/04/2015

Resumen

Introducción. La comunicación es uno de los aspectos clave en la gestión de las crisis sanitarias. La preocupación, ansiedad e incertidumbre que generan estas situaciones requieren una comunicación efectiva con los distintos *stakeholders* para que aumente su confianza y voluntad a la hora de cumplir con las medidas planteadas por las autoridades. El Proyecto CriCoRM (Crisis Communication and Risk Management) financiado por la Comisión Europea tiene como objetivo desarrollar un libro blanco para explicar a las autoridades y al resto de *stakeholders* involucrados en una crisis sanitaria cómo comunicarse de la manera más efectiva. **Objetivos.** Uno de los pasos previos a la elaboración del libro blanco, es la revisión de las directrices de comunicación de crisis en alertas sanitarias que maneja la Unión Europea para determinar qué proponen y cuáles son los puntos que han de mejorarse. **Material y método.** Hemos revisado 14 documentos elaborados por la Organización Mundial de la Salud, (OMS), distintas instituciones y organismos europeos y los Ministerios de Sanidad de tres países miembros. Las categorías de análisis que hemos aplicado a los mismos son cuatro: *stakeholders*, mensajes, herramientas/canales y portavoz. **Conclusiones.** Los documentos presentan importantes carencias en relación con las categorías de análisis establecidas: no proporcionan estrategias concretas para comunicarse de forma efectiva con los *stakeholders*, no incluyen acciones de coordinación entre las autoridades a distintos niveles para que intercambien información, no profundizan en el uso de herramientas/canales y apenas mencionan la figura del portavoz.

Palabras clave: Comunicación de crisis, directrices, Unión Europea, salud

Abstract

Background. Communication is one of the key aspects in the management of health crises. Worry, anxiety and uncertainty generated by these situations require effective communication with different stakeholders to increase their confidence and willingness to obey the measures proposed by the authorities. The CriCoRM Project (Crisis Management and Risk Communication) funded by the European Commission aims to develop a white paper to explain the authorities and other stakeholders involved in a health crisis how to communicate more effectively. **Objectives.** One of the previous steps before developing this white paper is the revision of the guidelines in health crisis communication that the European Union handles and determine what they propose and which points need to be improved. **Materials and method.** We have reviewed 14 documents develop by the World Health Organization (WHO), several European institutions and agencies and the Ministries of Health of three countries. The categories of analysis that we have applied to them are four: stakeholders, messages, tools/channels and spokesperson. **Conclusions.** The documents have significant gaps in relation to the analysis categories established: they do not provide concrete strategies to communicate effectively with stakeholders; they do not include coordination actions between authorities at different levels to share information; they do not delve into the use of tools / channels; and they barely mention the spokesperson.

Keywords: Crisis communication, European Union, guidelines, health

*Correspondencia: paularequeijorey@gmail.com

Introducción

La comunicación es una de las variables más decisivas en la gestión de cualquier tipo de alarma sanitaria ya que éstas generan preocupación, ansiedad, incertidumbre y pánico y es necesario transmitir mensajes que mitiguen estas reacciones. Por ello, autores como Seeger, Reynolds y Sellnow (2010a, p. 499) consideran que la comunicación de crisis es como una especie de “Tamiflu social” que ayuda a la gente a manejar situaciones que le provocan miedo.

El tiempo siempre ha sido un elemento fundamental en el manejo de cualquier tipo de crisis pues, dependiendo del momento en que proporcionemos una determinada información, podremos evitar engaños y rumores. Sin embargo, actualmente, el tiempo es todavía más importante ya que “la rapidez y facilidad para comunicarse a través de Internet” ha hecho que las expectativas de la gente sean todavía mayores (Coombs y Holladay, 2012, p. 379).

El segundo elemento clave en la comunicación de crisis en general es la honestidad. Negar la existencia de la crisis o la responsabilidad de nuestra organización en ella puede convertirse en la estrategia más arriesgada ya que, si se demuestra lo contrario, provocará la ira e indignación de los diferentes stakeholders. En cambio, si sabemos manejar la crisis y nos comunicamos con ellos de la forma adecuada, podemos salir reforzados de la misma. No en vano, numerosos manuales de crisis como el de Seeger, Sellnow y Ulmer (2010b) o el de Goldstein (2012), por citar sólo algunos de los más recientes, incluyen esta idea en sus títulos.

El tercer elemento a tener en cuenta es el conocimiento de los distintos públicos a los que nos dirigimos. Si no conocemos qué piensan y sienten y cómo perciben los mensajes es difícil que logremos comunicarnos con ellos de forma efectiva.

Por último, están los canales a través de los que lanzamos nuestro mensaje. Actualmente son muy variados ya que disponemos de medios tradicionales como la prensa y la televisión y de otros recientes como las páginas web o las redes sociales.

Teniendo en cuenta estos componentes, autores como Coombs (2012, p. 20) definen la comunicación de crisis como “la recopilación, procesamiento y difusión de la información necesaria para hacer frente a una crisis” así como el conocimiento sobre a quién le afecta exactamente la crisis y cómo podemos llegar a él.

En el caso de las crisis sanitarias en particular las advertencias, la información sobre riesgos, síntomas, el tratamiento de una enfermedad o las recomendaciones sobre el comportamiento individual son fundamentales a la hora de configurar los mensajes (Reynolds y Seeger, 2005,

p. 44) ya que el principal reto de la comunicación de crisis aquí es “aumentar la conciencia y el interés” de los ciudadanos “sin inducir un comportamiento irracional” (Seeger Reynolds y Sellnow, 2010a, p. 498).

Aunque las autoridades sanitarias difícilmente pueden predecir el momento en el que se va a producir una crisis “sí pueden desarrollar por anticipado un plan e implementar estrategias que preparen a la organización” (Novak y Barrett, 2008, p. 47).

La Comisión Europea, consciente de las ventajas de contar con un plan y con distintas estrategias a la hora de afrontar alarmas sanitarias, ha decidido financiar proyectos como CriCoRM (Crisis Communication and Risk Management) que busca mejorar el proceso de comunicación cuando se producen emergencias sanitarias como las pandemias. El objetivo es elaborar un libro blanco que, a modo de guía, indique a las autoridades y al resto de stakeholders a los que afectan las crisis sanitarias cómo comunicarse de la manera más efectiva. Así, la población aumentará su confianza en los actores que elaboran y difunden los principales mensajes y será más proclive a seguir sus recomendaciones.

Varias instituciones de Italia, Alemania, Portugal y España son las que desarrollan el proyecto: la Azienda Sanitaria Locale di Brescia y la Università degli Studi di Brescia, la Ludwig-Maximilians-Universität, el Inovamais-Serviços de Consultoría em Inovação Tecnológica y la Universidad de Murcia.

Uno de los puntos de partida básicos para elaborar el libro blanco es analizar las actuales directrices sobre comunicación de crisis que maneja la Unión Europea. En este artículo revisamos 14 de ellas aplicando las categorías que distingue el Centro Europeo para las Enfermedades, Prevención y Control, ECDC, para determinar cuáles son sus principales ideas y qué puntos deben mejorarse. Uno de los objetivos principales del libro blanco es plantear propuestas para fortalecer la coordinación de las acciones comunicativas y promover el uso de las nuevas tecnologías.

Material y método

Hemos revisado un total de 14 documentos elaborados por la Organización Mundial de la Salud, (OMS), distintas instituciones y organismos europeos y los Ministerios de Sanidad de tres países miembros: Escocia, Inglaterra y España. A continuación, ofrecemos una lista de los mismos:

1. Centro Europeo para las Enfermedades, Prevención y Control, ECDC, cuatro documentos:
 - “Communication on immunisation – Building trust”.
 - “The 2009 A (H1N1) pandemic in Europe”.
 - “Review of ECDC’s response to the influenza pandemic 2009/10”.

2. Comisión Europea, un documento:
 - “Assessment Report on the EU-wide Response to Pandemic (H1N1) 2009”.
3. Agencia Europea del Medicamento, EMA, un documento:
 - “Pandemic Report and Lessons Learnt”.
4. Autoridad Europea de la Alimentación, un documento:
 - “Risk Communication Guidelines”.
5. Organización Mundial de la Salud, OMS, tres documentos:
 - “WHO Outbreak Communication Guidelines”.
 - “Best practices for communicating with the public during an outbreak”.
 - “WHO global influenza preparedness plan 2005”.
6. Departamento de Salud del Reino Unido, tres documentos:
 - “Pandemic Flu. A national framework for responding to an influenza pandemic”.
 - “Seasonal Flu Plan 2012-2013”.
 - “The Communicable Disease Outbreak Plan: Operational Guidance”.
7. Servicio Nacional de Salud Escocés, un documento:
 - “Guidelines for Excellence in Health Protection Practice”.
8. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias de España, CCAES, un documento:
 - “Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe”.

Hemos tomado como categorías de análisis las que propone el Centro Europeo para las Enfermedades, Prevención y Control, ECDC:

- Stakeholders. Los documentos analizados mencionan stakeholders de distintos sectores: desde organizaciones sanitarias a políticos pasando por ciudadanos y medios de comunicación.
- Mensajes. Deben ser coherentes, constantes y fáciles de comprender.
- Herramientas y canales. Son muy variados y comprenden desde medios tradicionales como la prensa o la radio a otros nuevos como Internet, sin olvidar octavillas y pósters.

Decidimos añadir una cuarta categoría: la del portavoz porque su papel en la comunicación de crisis es fundamental. Es el responsable de la comunicación con distintos stakeholders y los mensajes que difunde pueden llegar a cualquier parte del mundo a través de los medios de comunicación tradicionales, de las plataformas de Internet o de las redes sociales.

Resultados

Stakeholders

Como ya hemos indicado, los documentos analizados han sido elaborados por instituciones como el ECDC, la Comisión Europea o el Departamento de Salud del Reino Unido. Por tanto, es lógico que adquieran el punto de vista propio del emisor en lo que a la consideración de los stakeholders, la elaboración de los mensajes y la selección de canales y herramientas se refiere.

Las directrices coinciden en que el paso previo a la preparación de un programa comunicativo es identificar y establecer relaciones con los stakeholders y sus representantes. Entre los stakeholders que mencionan encontramos: políticos, gobiernos de cada Estado miembro, organizaciones e instituciones sanitarias, asociaciones de profesionales sanitarios (médicos de familia, pediatras o enfermeras), organizaciones de protección a niños, organizaciones no gubernamentales que se ocupan de la salud y los niños, institutos y universidades especializados en inmunización, personas que influyen en las políticas de inmunización o asuntos similares, periodistas, medios de comunicación, público en general y grupos de pacientes. También tienen en cuenta a los grupos de riesgo: personas de 65 años o más, mujeres embarazadas, niños y aquéllos que no hablan la lengua propia de cada Estado.

La relación de las instituciones con los diferentes stakeholders debe basarse en la confianza y la transparencia por lo que hay que identificar sus necesidades, conocimientos y actitudes. Una reunión con ellos es el paso previo a cualquier proceso de comunicación. Por ejemplo, la OMS en sus "Outbreak Communication Guidelines" habla de construir un Triángulo de la Confianza entre los comunicadores, los políticos y el equipo técnico antes de que se produzca cualquier crisis. Los comunicadores han de entender la necesidad de ser precisos en lo que a la información médica y científica se refiere, los políticos deben aceptar la necesidad de informar a los ciudadanos y, por último, el equipo técnico la necesidad de una comunicación clara.

Se presta una atención especial a dos stakeholders: el público y los medios de comunicación. En el primer caso, se insiste en estudiar quién lo compone y cómo piensa antes de elaborar ningún mensaje para poder conectar con las creencias y miedos de los ciudadanos. Las autoridades han de transmitirles un nivel adecuado de confianza y proporcionarles información a tiempo. En el segundo caso, han de estar disponibles en todo momento para los medios y ofrecerles suficiente información empleando un lenguaje coloquial.

Se insiste en el importantísimo papel que juegan los profesionales de la salud en el diálogo entre las instituciones emisoras y el público. La comunicación interpersonal entre estos profesionales sanitarios y los ciudadanos es clave a la hora de ganarse la confianza de los segundos, especialmente en lo que se refiere a vacunas y antivirales.

Por último, las directrices hablan de la necesidad de coordinación entre las autoridades a distintos niveles. Las actividades comunicativas entre las autoridades sanitarias de cada Estado, la Comisión Europea, el ECDC y la OMS deben mejorarse. Lo mismo ha de hacerse con las estrategias de vacunación y los sistemas para la recogida de datos: número de personas vacunadas, eficacia de la vacuna, mujeres embarazadas y tasas de incidencia de antecedentes de enfermedades. El “Pandemic Report and Lessons Learnt” de la Agencia Europea del Medicamento, EMA, reconoce un fallo que nos resulta sorprendente: antes del brote H1N1 de 2009, la EMA no tenía vínculos establecidos con las autoridades sanitarias nacionales. Para coordinarse con la OMS, propone un acuerdo entre ésta y la agencia para compartir información.

Mensajes

La información que se transmite debe ser accesible, precisa, coherente y fácil de entender. Deben cuidarse especialmente los mensajes que se dirigen a los grupos de riesgo.

El manejo de los tiempos a la hora de anunciar las crisis y las medidas que se van a tomar son clave: es importante hacerlo tan pronto como sea posible para evitar la desinformación y los rumores. Si hay que poner límites a la transparencia, debemos esforzarnos en explicar el porqué para prevenir las sospechas de los ciudadanos y los medios.

Hay que difundir mensajes sobre lo que el público puede hacer para que la situación sea más segura, así como promover el debate sobre las ventajas y los riesgos de la vacunación. En el primer caso se hablará de medidas como la higiene personal, medir la temperatura corporal o considerar las restricciones a la hora de visitar a los pacientes que están en el hospital. La información sobre los hábitos de comportamiento puede convertirse en la principal fuente de protección.

Hemos de emplear un lenguaje sencillo, sin tecnicismos ni complejidades. Las “Guidelines for Excellence in Health Protection Practice” del Servicio Nacional de Salud Escocés especifican que el mensaje principal tiene que estar elaborado de tal forma que un niño de unos 12 años pueda comprenderlo.

El proceso de comunicación debe ser doble: no se trata sólo de transmitir información sino de generar conocimiento y soluciones teniendo en cuenta a la audiencia. Sin embargo, parece que

es una de las principales debilidades de la comunicación de crisis a nivel europeo según revela la Comisión en su “Assessment Report on the EU-Wide Response to Pandemic (H1N1) 2009”. En él se explica que la mitad de los Estados (doce) que participaron en una encuesta sobre la información que se proporciona al público, reconocieron no contar con sistemas o no emplear ningún método para comprobar si los mensajes sobre el H1N1 fueron recibidos y comprendidos por los ciudadanos en general.

Los Estados que sí contaban con estos mecanismos solían emplear técnicas de análisis de medios. Tres de ellos utilizaban encuestas públicas y dos focus group. Sólo tres de los doce monitorizaban el tráfico de las páginas web y los e-mails junto a las llamadas de teléfono.

Igual que en el apartado anterior, exponen la necesidad de que las autoridades de diferentes niveles se coordinen a la hora de elaborar mensajes para así ser coherentes.

Herramientas y canales

Detallamos ahora las principales herramientas y canales que recogen los documentos consultados.

- Profesionales sanitarios. Son el principal canal de comunicación con el público porque su acción es fundamental a la hora de reducir el impacto de una pandemia. Es importante contar con su confianza para que respondan preguntas y expliquen los beneficios y los riesgos de vacunarse a los ciudadanos. Han de participar en un curso o entrenamiento previo para conocer las estrategias básicas de la comunicación de crisis.
- Boletines e informes: deben proporcionar datos útiles a los stakeholders y una interpretación adecuada de los mismos. En el caso de los informes elaborados durante la H1N1, la Comisión Europea recogía información de la Agencia Europea del Medicamento y de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos. Sin embargo, tenían carácter interno y no los compartía con los Estados miembros.
- Líneas de teléfono gratuitas.
- Audioconferencias y videoconferencias. El objetivo es coordinar a la Comisión Europea y a los 27 Estados miembros. Hay que establecer una agenda clara del manejo de tiempos en la conferencia para no prolongarla demasiado.
- Posters y octavillas. Es importante dejar claro quiénes son las fuentes de información.
- Conferencias de prensa, notas de prensa, newsletters y briefings.

- Medios de comunicación tradicionales: prensa, radio y televisión. Es importante proporcionarles información con rapidez. Ésta ha de ser relevante, coherente y provenir de fuentes variadas: distintos stakeholders y expertos.
- Página Web. Para asegurar la credibilidad de la página, la información que contenga ha de ser clara, proporcionar contenido cualitativo, ser accesible, contar con un diseño sencillo y protección de datos.
- Redes sociales. Es importante ser activo cuando estamos utilizando las redes. En este sentido, debemos proporcionar feedback a los usuarios casi de forma instantánea por lo que es imprescindible contar con tiempo y personas para hacerlo. Son útiles cuando necesitamos informar o conectar con las partes interesadas rápidamente o transmitir mensajes sencillos a una audiencia numerosa. El análisis de los comentarios de los usuarios nos ayuda a entender su comportamiento.

En el caso de Twitter, éste es especialmente útil a la hora de enviar alertas, actualizaciones y noticias de última hora así como enlazar contenido online que amplíe información sobre un tema. También lo podemos utilizar para probar contenidos con seguidores leales.

- Blogging. Es útil para divulgar piezas reflexivas y de opinión tanto como noticias breves. Debemos atender a las dudas y preguntas de la audiencia y responderlas.
- Organizaciones que proporcionan servicios a grupos vulnerables. A través de ellas nos aseguramos de que personas sin hogar y otros colectivos que no están en contacto con los medios de comunicación tradicionales reciben información.
- Boletines internos e intranet. Según el “Assessment Report on the EU-wide Response to Pandemic (H1N1) 2009” intranet fue la herramienta más utilizada en 19 de los Estados miembros para comunicar mensajes a los profesionales sanitarios.
- Reuniones y workshops. Son útiles para conectar con audiencias clave a las que tenemos que comunicar asuntos sensibles y explicar por qué hemos tomado determinadas decisiones. No son adecuados cuando nos dirigimos a grupos numerosos pero, si necesitamos que lleguen a más gente, podemos grabarlos y colgarlos en la Web.
- Consultas públicas. Son útiles cuando necesitamos recoger diferentes perspectivas de asuntos complejos o probar mensajes con distintas audiencias.

Portavoz

Siempre es necesario tener a un portavoz preparado antes de que la crisis estalle. Los directivos tienen que acordar quién es la persona dentro del equipo de crisis que ha de tomar esa responsabilidad.

El portavoz tiene que ser un buen comunicador para lo que ha de entender la situación, empatizar con el público, proporcionar mensajes coherentes a diferentes audiencias y ser capaz de ejercer liderazgo. Debe evitar actitudes paternalistas, ser honesto y abierto.

Discusión y conclusiones

De los 14 documentos analizados, nos ha parecido que “The Communicable Disease Outbreak Plan: Operational Guidance”, elaborado por las autoridades de Gran Bretaña, es más útil que el resto porque detalla claramente las responsabilidades de las agencias y las autoridades además de especificar qué aspectos ha de incluir un mensaje para ser útil a los ciudadanos.

En el primer caso, propone un Equipo de Control de Epidemias (Outbreak Control Team, OCT), responsable de la toma de decisiones durante la crisis, de la comunicación y de coordinar a las distintas agencias. Los miembros del mismo cambian dependiendo de la naturaleza de cada crisis pero suelen integrarlo: un miembro de la Agencia para la Protección de la Salud (Health Protection Agency), un experto en Salud Ambiental, un consultor en microbiología y un Director de Salud Pública. A ellos se suman otros miembros dependiendo del tipo de crisis y hay también un Oficial de Comunicaciones que se ocupa de planificar todo lo que tiene relación con los medios y de contactar con los responsables de comunicación de cada uno de los stakeholders.

En el segundo, detalla que han de cubrirse seis puntos:

1. Mejorar la comprensión del H1N1 entre la población así como las medidas de higiene.
2. Explicar qué se ha hecho para detectar el virus y prevenir su propagación.
3. Explicar las incertidumbres y qué se puede hacer para reducir el impacto de la pandemia.
4. Favorecer el debate sobre la misma.
5. Comunicar información exacta, a tiempo, consistente y creíble al público. El Departamento de Salud es la principal fuente de información y ha de trabajar cerca de otros departamentos y administraciones.
6. Proporcionar información en varias lenguas sobre cómo acceder a distintos servicios.

Las “Guidelines for Excellence in Health Protection Practice” del Servicio Nacional de Salud Escocés exponen ideas similares en relación con la construcción de los mensajes. Sin embargo, estos dos documentos, al igual que la docena restante, presentan importantes

carencias en lo que a las cuatro categorías de análisis se refiere.

En relación con los stakeholders, únicamente mencionan quiénes son pero no proporcionan estrategias para comunicarse de forma efectiva con ellos. Nos referimos, por ejemplo, a exponer las utilidades del uso de encuestas, focus group o redes sociales, cómo diseñarlas, emplearlas, combinarlas, etc...

Es imprescindible que la OMS, las instituciones europeas y los Departamentos de Salud de los Estados miembros sepan cómo piensan y cómo reciben y entienden los mensajes los distintos grupos a los que se dirigen para que se establezca el proceso de comunicación doble al que las directrices analizadas aluden. Sin ese paso básico parece difícil proporcionarles una información útil y movilizadora.

En el caso de los mensajes, tampoco hay una propuesta concreta de actividades para mejorar la coordinación entre las autoridades a distintos niveles de manera que haya un intercambio constante de información y se generen mensajes coherentes.

Hay algunas directrices como el "Seasonal Flu Plan 2012-2013" elaborado por el Chief Medical Officer (CMO) inglés que desarrollan un poco más que otras el tema de las herramientas y los canales. Sin embargo, todas presentan una falta de profundización en lo que se refiere a cómo usarlos. Ninguna trata de forma adecuada las redes sociales y plataformas de Internet. Algunas ni siquiera las mencionan y, las que lo hacen, dedican unas pocas líneas al asunto. Sólo nueve de los 14 documentos analizados mencionan la última categoría, la del portavoz, y, como hemos expuesto en el análisis, lo hacen de una forma superficial, insistiendo en aspectos como la necesidad de seleccionarlo antes de que la crisis estalle.

Para finalizar, apuntar que algunos de los documentos analizados contenían, a nuestro juicio, otro importante error: el de fijar un día concreto de la semana para enviar boletines o convocar una rueda de prensa. En circunstancias "normales" es adecuado establecer un momento concreto en el que transmitir información a los medios pero no durante una crisis ya que en ella nos enfrentamos a acontecimientos inesperados de forma continua por lo que hemos de ser adaptables y versátiles.

Financiación

Este trabajo es parte del proyecto "CriCoRM", Crisis Communication and Risk Management, financiado por el Programa de Salud Pública de la Comisión Europea en el que participan investigadores de cuatro países europeos: Italia, Portugal, España y Alemania.

Referencias

- Agencia Europea del Medicamento, EMA, "Pandemic Report and Lessons Learnt".
- Autoridad Europea de la Alimentación, "Risk Communication Guidelines".
- Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias de España, CCAES, "Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe".
- Centro Europeo para las Enfermedades, Prevención y Control, ECDC, "Communication on immunisation – Building trust".
- Centro Europeo para las Enfermedades, Prevención y Control, ECDC, "The 2009 A (H1N1) pandemic in Europe".
- Centro Europeo para las Enfermedades, Prevención y Control, ECDC, "Review of ECDC's response to the influenza pandemic 2009/10".
- Comisión Europea, "Assessment Report on the EU-wide Response to Pandemic (H1N1) 2009".
- Coombs, W. T., y Holladay, S. J. (2012). The handbook of crisis communication. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Departamento de Salud del Reino Unido, "Pandemic Flu. A national framework for responding to an influenza pandemic".
- Departamento de Salud del Reino Unido, "Seasonal Flu Plan 2012-2013".
- Departamento de Salud del Reino Unido, "The Communicable Disease Outbreak Plan: Operational Guidance".
- Goldstein, B. E. (2012). Collaborative Resilience: Moving Through Crisis to Opportunity. USA: Massachusetts Institute of Technology.
- Influenza. R. L. Heath, & O'Hair, H.D. (Eds.), Handbook of Risk and Crisis Communication. New York, USA: Routledge, pp. 493-506.
- Novak, J. M., y Barrett, M. S. (2008). Tracking the Anthrax Story. Spokespersons and Effective Risk/Crisis Communication. M. W. Seeger, Sellnow, T. L. y Ulmer, R. R. (Eds.), Crisis Communication and the Public Health, New Jersey, USA: Hampton Press Cresskill, pp. 43-56.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, "Best practices for communicating with the public during an outbreak".
- Organización Mundial de la Salud, OMS, "WHO global influenza preparedness plan 2005".
- Organización Mundial de la Salud, OMS, "WHO Outbreak Communication Guidelines".
- Reynolds, B., y Seeger, M. W. (2005). Crisis and Emergency Risk Communication as an Integrative Model. *Journal of Health Communication*, 10(1), 43-55.
- Seeger, M. W., Reynolds, B., y Sellnow, T. L. (2010a). Crisis and Emergency Risk Communication in Health Contexts: Applying the CDC Model to Pandemic
- Servicio Nacional de Salud Escocés, "Guidelines for Excellence in Health Protection Practice".

Ulmer, Robert R., Sellnow, Timothy L. y Seeger, Matthew W. (2010b). Effective Crisis Communication: Moving From Crisis to Opportunity. USA: Sage Publications.

Originales

Comunicación educativa a pacientes con diabetes mellitus 2 y adherencia al tratamiento nutricional

Educational communication to patients with type 2 diabetes mellitus and adherence to nutritional therapy

Elsa A. Cházaro-Molina¹, Juan M. Muñoz-Cano^{1*}

¹ División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Villahermosa, México

Fecha de recepción: 20/11/14 – Fecha de aceptación: 29/05/2015

Resumen

Las modificaciones en el estilo de vida para adoptar la alimentación saludable son el eje del control metabólico en quienes tienen enfermedades no transmisibles. Así, el objetivo de esta investigación fue analizar la adherencia al tratamiento no farmacológico de los asistentes a un programa de comunicación educativa. Se evaluaron los resultados de 142 pacientes que asistían a una unidad médica a través de sus marcadores bioquímicos y de las respuestas al test KIDMED. Hubo media de 4.1 asistencias mensuales durante el semestre. Sólo 16% de los participantes tuvo el logro de glucosa < a 6.1 mmol/L y 25% con hemoglobina glicosilada < 6.5%. Sólo 2.1% estuvieron en el nivel óptimo de la dieta mientras 45.7% tuvieron baja calidad. El tipo de intervenciones con base en el modelo explicativo no generan modificaciones en el estilo de vida saludable.

Palabras clave: Adherencia, Comunicación en salud, DiabetIMSS, Enfermedades crónicas no transmisibles, Estilo de vida saludable.

Abstract

Changes in lifestyle to adopt healthy eating are the backbone of metabolic control in people with NCDs. Thus, the objective of this research was to analyze adherence to non-pharmacological treatment of those attending a program of educational communication. The results of 142 patients attending a medical unit through its biochemical markers and test responses were evaluated with KIDMED. There were monthly averages of 4.1 assists during the semester. Only 16% of participants achieved <5.5 mmol/L and 25% of them glycosylated hemoglobin <6.5%. Only 2.1% had an optimal diet while 45.7% had low quality. The type of interventions based on the explanatory model does not generate changes in healthy lifestyle.

keywords: Non communicable diseases, health Communications, healthy lifestyle, DiabetIMSS, adherence

*Correspondencia: juan.munoz@ujat.mx

Introducción

La diabetes mellitus de tipo 2 es una de las enfermedades con mayor prevalencia a nivel nacional; deteriora la calidad de vida. La diabetes, que en 1931 causó 1% de los fallecimientos en México, pasó a 5.8% en 2001 (Sánchez et al., 2004), de allí rápidamente a 11.85% en 2007 (Federación Mexicana de Diabetes, 2013) y en 2012 se consideró la primera causa de muerte. En México 6.4 millones de adultos (9.2% de la población) tienen diagnóstico de diabetes y esa la cifra se incrementó súbitamente en el último decenio, 59.6% de 2006 a 2012) (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2012a; 2012b).

Asociada al sobrepeso y la obesidad, aunque no condicionantes, el aumento de la prevalencia de la diabetes se encuentra en concordancia con ellas. Esto representa una de las áreas de oportunidad más importantes en la prevención de la diabetes en particular y de las enfermedades asociadas a la nutrición pues en las modificaciones del estilo de vida se centra el control ambulatorio de los pacientes (Salud, 2010a). Para ello se han diseñado diversas estrategias⁽¹⁾ tanto de promoción de la salud como de prevención de la enfermedad. La promoción de la salud es "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla", tal como se explicita en la Carta de Ottawa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), elaborada en 1986. Las áreas de acción de la promoción de la salud se orientan al desarrollo de políticas públicas para el bienestar, la creación de entornos saludables, el empoderamiento de la gente para el desarrollo de habilidades y la apropiación de procesos de gestión, el fomento de acciones en las comunidades así como la reorientación de los servicios de salud tradicionales (Arboix, 2014).

Desde estas precisiones la promoción de la salud tiene una mayor amplitud de áreas de trabajo que las de la medicina preventiva, por lo que jerárquicamente la segunda forma parte de la primera. Tanto la promoción de la salud, entendida en el sentido positivo como estado de bienestar, como la prevención, que conlleva una carga negativa ya que se refiere a enfermedades que son problemas de salud, se apoyan en la comunicación educativa. Ésta se define en las Normas Oficiales Mexicanas como el "proceso de aprendizaje que permite al profesional de la salud ponerse en contacto con las diferentes culturas, idiomas y costumbres del usuario de los servicios de salud, en un ámbito interpersonal que trasciende los enfoques cognitivo, afectivo, psicomotor y de salud" (Salud, 2010b). Las técnicas para llevar a efecto este proceso son las de comunicación en salud pues "abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud" (U.S. National Institute of Health [USNIH], 2010: p. 2), y son la base para la elaboración de guías metodológicas y manuales.

Con base en este concepto se han diseñado en México guías de comunicación en salud con el objetivo de promover el tratamiento no farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Estos son el Programa de Acción Diabetes Mellitus de la Secretaría de Salud, el PrevenIMSS y el DiabetIMSS (Gil et al., 2013) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Ya que este artículo analizó los efectos del último, se describe su desarrollo el cual consiste en sesiones mensuales para grupos de hasta 20 personas. En las unidades médicas pequeñas al comienzo de la sesión se presenta el grupo interdisciplinario encabezado por el médico, y que incluye a la enfermera, la trabajadora social. En las unidades más grandes también se incluye al nutricionista-dietista, el estomatólogo y el psicólogo. Las sesiones tienen una duración de 2 ½ horas. Durante la primera hora se expone el tema que correspondiente al mes en curso. La siguiente hora es para la participación y reflexión de los pacientes y los últimos minutos son para la asignación de tareas, discusión de las posibles barreras o problemas con los que se enfrentan y una introducción al tema del siguiente mes.⁽²⁾ Estos programas se diseñaron desde la perspectiva de la educación tradicional,⁽³⁾ por lo que carecen de una estructura que considere las ideas previas de los participantes (Granados & Roales, 2007), la evaluación de la reconfiguración de los conceptos acerca de alimentos, bebidas, actividad física, manejo del tiempo libre, entre otros, así como la apropiación de los mismos como sustento de modificaciones en el estilo de vida.

La educación para la salud significa no sólo “comunicación de información” sino también el “desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud” (Urrutia et al., 2004). En consecuencia las solas prácticas de información acerca del tratamiento nutricional no significan que los pacientes realicen cambios positivos en su alimentación. Ya que se trata de modificar hábitos de vida, para validar estos procesos más que resolver preguntas en exámenes de tipo test es necesario evaluar la adherencia a las recomendaciones que brinda el equipo de salud.⁽⁴⁾ De acuerdo con esto, el objetivo de esta investigación fue evaluar de adherencia al tratamiento nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una unidad médica familiar del IMSS a partir de marcadores bioquímicos y patrones de consumo de alimentos.

Material y método

Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo.

Participantes

Se estudio una muestra no probabilística por conveniencia en la que se incluyó a los pacientes que acudieron a la Unidad Médica Familiar 43, del IMSS, turno vespertino, a causa de diabetes mellitus 2 de

enero a julio del 2013. Los pacientes tenían al menos 6 meses de acudir a DiabetIMSS. Se excluyó a los que presentaron retinopatía, úlceras en miembros inferiores o claudicación intermitente, ya que quienes tienen estas son excluidos del programa DiabetIMSS y son controlados por otros servicios de especialidades (IMSS, 2009).

Evaluación antropométrica

Esta evaluación incluyó la toma de peso en kilogramos y talla en centímetros y el índice de masa corporal (IMC kg/m^2), que se llevó a cabo mediante el uso de una báscula digital con estadímetro marca Trancell (Trancell Technology Inc., Canadá) calibrada diario de acuerdo a las instrucciones del fabricante de forma previa a su uso. Los participantes fueron pesados descalzos y sólo con ropa ligera.

Evaluación de la adherencia al tratamiento nutricional

Se utilizó el Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED) del estudio endKid (Serra et al, 2001; 2004). Aunque diseñado para evaluar la adherencia a la dieta mediterránea en general, analiza adherencia a consumo de alimentos saludables para lo cual es necesario cambiar palabras como bollería por repostería, por ejemplo. Consta de 16 reactivos, constituido por preguntas dicotómicas, con la que se obtiene puntuación de 0 a 12. Las preguntas que comportan aspecto positivo (1 a 5, 7 a 11, 13, 15) valen 1 punto. Las de connotación negativa en relación con la dieta (6, 12, 14 y 16) valen -1 punto. La suma de los valores del test permite clasificar la calidad de la dieta en tres niveles: de baja calidad (puntuación ≤ 3), de calidad regular (puntuación 4 a 7) y óptima (puntuación 8 a 12).

Parámetros bioquímicos

Se revisaron en los expedientes los resultados de los análisis de química sanguínea que se le realizaron a los pacientes durante el periodo mayo-diciembre de 2013, de los cuales se colectaron los de las determinaciones de glucosa en ayunas, hemoglobina glicosilada, triglicéridos y colesterol.

Análisis estadístico

Para el procesamiento de datos se utilizó la versión 20.0 del Statistics Package for the Social Sciences (SPSS, Chicago, IL, USA). Para el análisis de los datos se utilizaron estadísticas descriptivas de tendencia central, así como tablas de contingencia. Se usó la prueba de muestras relacionadas para comparar las variables de los grupos de acuerdo a los marcadores bioquímicos y el género. Se hizo también la prueba de correlación de Pearson para comparar variables entre grupos y géneros. Se consideró estadísticamente significativo cuanto $p \leq 0.01$.

Consideraciones éticas

El estudio contó con el aval de la directora de la Unidad Médica. El estudio cumplió con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México. Se registró en la Secretaría de Investigación de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco con clave TAB-2010-C19-144012UJAT-CA-195. Aunque la investigación se clasifica como “sin riesgo” a cada participante se le solicitó su consentimiento por escrito. A cada participante en el estudio se le informó acerca de los objetivos del mismo y de la posibilidad de no responder el cuestionario.

Resultados

Se analizó el estado nutricional de 142 pacientes de diabetes mellitus de tipo 2 con \bar{X} 59.21 (13.57) años de edad, 92 (65%) mujeres y 50 (35%) hombres, que acudían a la consulta vespertina de nutrición en una clínica familiar. En el tiempo de la investigación se encontró asistencia de 4.02 ± 1.5 veces de las seis posibles. Sólo 26 (18.3%) tuvieron el IMC deseable, ≤ 24.9 . Se calificó en sobrepeso a 56 (37.3%), obesidad 1 a 42 (29.6%), en obesidad 2 a 19 (13.4%) y 2 (1.4%) en obesidad extrema.

Los valores medios de glucosa y de HbA1c se encontraron arriba del valor esperado para los pacientes bajo control de acuerdo a los valores modificados en 2012 (Tabla 1). Al analizar los resultados individuales se encontraron 24 (16%) participantes con glucosa en ayunas ≤ 5.55 mmol/L al mismo que (25%) tuvieron HbA1c $\leq 6.5\%$. Las coincidencias entre ambos valores en niveles deseables se encontró sólo en 8.9%. Al correlacionar los valores de los marcadores bioquímicos se encontró estadístico de Pearson de 0.297 para glucosa y triglicéridos con $p = 0.000$; valor de 0.212 con $p = 0.01$ para glucosa y colesterol; valor de 0.313 con $p = 0.000$ para triglicéridos y colesterol.

Parámetro	\bar{X} (DE)	Valor PrevenIMSS	Valor GPC
Glucosa en ayuno	7.84 (3.3)	3.88-7.21	≤ 6.1
Triglicéridos	10.1 (0.6)	≤ 8.33	≤ 7.2
Colesterol total	9.8 (2.2)	≤ 11.11	≤ 7.2
HbA1c	8.8 (2.6)	≤ 7	≤ 6.5
Diastólica	72.3 (7.8)	≤ 80	≤ 80
Sistólica	113.3 (10.7)	≤ 130	≤ 130

Tabla 1. Valores medios de los participantes. Valores de referencia para los indicadores. Los valores de glucosa, triglicéridos y colesterol en mmol/L, HbA1c en porcentaje, presión diastólica y sistólica en mm Hg. Las nuevas metas para el control metabólico se describen en las Guías de la Práctica Clínica (GPC) para prediabetes y diabetes (CSG, 2012a,b)

Al revisar las calificaciones de los cuestionarios se encontró que 65 (45.7 %) tuvieron ≤ 3 , e incluso en 4 se encontró valor de -1. En nivel intermedio, 4 a 7, se encontraron 74 (52.1 %) y sólo 3 (2.1%) tuvieron al menos el nivel 8 (Tabla 2). Al hacer la prueba de correlación de Pearson se encontró que no la hubo entre las calificaciones del cuestionario y los valores de glucosa ($p = 0.940$) ni con los de HbA1c.

Tampoco hubo correlación entre las calificaciones y los otros marcadores ni con los valores de presión arterial.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
-1	4	2.8
0	6	4.2
1	10	7.0
2	22	15.5
3	23	16.2
4	30	21.1
5	15	10.6
6	26	18.3
7	3	2.1
8	3	2.1

Tabla 2. Frecuencia de calificaciones de los cuestionarios

Discusión

Como estudio descriptivo con el objetivo de evaluar aspectos de calidad a partir de adherencia al tratamiento nutricional de pacientes con diabetes mellitus de tipo 2, los resultados muestran áreas de oportunidad para el desarrollo de futuras investigaciones. Por otra parte, muestran también la necesidad de la reconfiguración de los procesos educativos hacia la modificación del estilo de vida en pacientes aquejados de una enfermedad no transmisible muy extendida en la población en general y que se ha conformado como primera causa de muerte.

Aunque en el estudio no se preguntó acerca de las percepciones de los pacientes y sus familias acerca de las recomendaciones que se prescriben en relación a la adopción del estilo de vida saludable, se analizaron indicadores de la brecha que existe entre los propósitos de los programas de comunicación educativa y los resultados en el control metabólico de los pacientes.

Si bien se encontró alta frecuencia de asistencia a las pláticas que hace el personal de la unidad de atención (\bar{X} 4.1 de 6), los resultados no son positivos posiblemente porque los conceptos acerca de nutrición sólo son uno en la secuencia de temas (Nota 2). No se encontró mejora en los niveles de glucemia en ayunas, pues el promedio fue mayor que el límite de corte esperado para este tipo de pacientes (Tabla 1), fuera de las expectativas de las actualizaciones en las guías que proponen metas

más estrictas. Antes bien, lo que se observó fue concentración en las elevaciones de los valores de glucosa, triglicéridos y colesterol. Tampoco se encontró modificación en los patrones de consumo de alimentos saludables, ya que sólo 3 (2.1%), estuvieron en el nivel óptimo (Tabla 2).

El manejo de la diabetes mellitus explícito en Guías de la Práctica Clínica (Consejo de Salubridad General [CSG], 2012a, b), si bien no es sencillo, no debería representar retos terapéuticos especiales sobre todo al ser problemas de salud pública cuyo aprendizaje debería ser prioritario tanto en los procesos escolarizados como en los dirigidos a trabajadores de salud en servicio. Sin embargo esta dificultad se encuentra presente en forma de falta de control metabólico, característica compartida con otras enfermedades no transmisibles como hipertensión (Granados & Roales, 2007).

Las respuestas de los pacientes de este estudio, junto con los valores de glucosa, hemoglobina glicosilada y el perfil de lípidos, refleja la falta de adherencia a un manejo que se considera fundamental para evitar la progresión de la enfermedad y evitar las consecuencias deletéreas de la diabetes mellitus. Los resultados contribuyen a explicar la alta mortalidad por esta enfermedad para derechohabientes la cual es semejante para los que carecen de este tipo de apoyo (Fernández, 2010). Lo más preocupante es que los mismos trabajadores de la salud son tan sensibles a la enfermedad y sus consecuencias como quienes no tienen experticia en el tratamiento y control de la diabetes (Villalpando et al., 2010).

Sea a causa de ideas previas no modificadas (Tambo et al., 2013), desinterés del trabajador de la salud o de los pacientes (Ávalos et al., 2013), o por el uso de enfoques rebasados en educación, como fue el resultado de esta evaluación, no se encontraron mejoras significativas en los niveles de glucosa o hemoglobina glicosilada. En la literatura se mencionan mejoras en las respuestas a las preguntas de tipo test (Pedraza et al., 2007) o en los marcadores bioquímicos a mediano plazo (Figuroa et al., 2014; Gil et al., 2013), los resultados de esos estudios se encuentran analizados de acuerdo a parámetros cuya amplitud fue modificada de acuerdo a las necesidades más estrictas en el control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 (CSG, 2012a, b).

Ya que no se trata de un estudio aleatorizado los resultados no se pueden extrapolar a la población en general, lo cual constituye una limitación del estudio. Sin embargo, los resultados contribuyen a explicar las dificultades en revertir el empeoramiento de la evolución de los pacientes con diabetes de tipo 2. Por ejemplo, aunque no se cuenta con datos nacionales para México, en algunas regiones esa enfermedad es el primer antecedente para la aparición de la enfermedad renal crónica (CSG, 2009).

Conclusiones

No son recientes las observaciones acerca de la necesidad modificar los enfoques con que se han de desarrollar los procesos educativos (González et al., 1997). A pesar de esto, persiste el modelo tradicional de los temas y la explicación como proceso de emisión de información. En el caso que se analiza no hubo mejora en marcadores moleculares ni se presentaron modificaciones en el consumo de alimentos y bebidas.

Si bien en la literatura se han descrito productos a consecuencia de procesos educativos en los resultados de este estudio no se cumple la meta primordial de la comunicación en salud que es “producir cambios sustanciales para que los individuos adopten nuevos comportamientos” (USNIH, 2010: p. 3). Ya que la promoción de la salud “es un proceso, no una solución fácil” (Organización Panamericana de la Salud, 2002), es necesario que se reconfigure el diseño de las intervenciones para que tenga enfoques vivenciales, tal como se definió en la Carta de Ottawa de 1986: “la salud es construida y vivida por las personas en su ambiente cotidiano, donde ellas trabajan, aprenden, juegan y aman”.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener conflictos de intereses.

Notas

1. Según la OMS, la educación para la salud “comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad” (Universidad Nacional del Nordeste, s.f.).

2. Los temas que se les expone a los asistentes son: 1) ¿Qué sabes acerca de diabetes? 2) Rompo con los mitos acerca de la diabetes. 3) Automonitoreo 4) Hipoglucemia e hiperglucemia 5) El plato del bien comer y recomendaciones cualitativas 6) Conteo de carbohidratos, grasas y lectura de etiquetas. 7) Técnica de modificación de conducta: aprende a solucionar tus problemas 8) Técnica de modificación de conducta: prevención exitosa de recaídas 9) Actividad física y diabetes 10) Cuida tus pies, cuida tus dientes tus vacunas y tu salud 11) Tu familia y tu diabetes 12) La sexualidad y la diabetes.

3. Este enfoque de los procesos educativos corresponde a la idea tradicional de que hay un emisor que sabe y un receptor que aprende. No considera los hallazgos científicos que demuestran que el adulto aprende con base en actividades que tienen sentido para su vida inmediata, hacia problemas que ha de resolver. La evidencia científica sustenta que los procesos educativos deben diseñarse de acuerdo a los

enfoques del constructivismo; los procedimientos que consideran sólo actividades de tipo conferencia no funcionan (Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos, 2000: 7). La explicación de temas para responder a exámenes de tipo test sólo ha demostrado su utilidad para responder a exámenes de tipo test al finalizar los cursos de conferencias.

4. Una de las dimensiones de la calidad es la que analiza el impacto de los servicios en el usuario. Ya que los perfiles epidemiológicos de morbilidad y mortalidad así como los factores de riesgo habitualmente no se incluyen como eje de la estructura en la prestación de los servicios (Lozano et al., 2013: 592; Roldán et al., 2001: 15) en la mayor parte de las investigaciones el impacto sólo se evalúa a través de las encuestas de satisfacción de los usuarios. Satisfacción de los usuarios es un término polisémico y depende del modelo de atención a la salud desde el cual se le analiza y define. Si sólo se analizan las características de los componentes de los servicios puede ser suficiente la aplicación de normas ISO (Nigenda et al., 2013). Es distinto cuando el análisis se enfoca a los procesos. En este sentido puede ser aplicable el tiempo de ingreso al servicio, como también la calidad del servicio percibida por el usuario (Guzmán y Vargas, 2013) o los efectos de las intervenciones en la modificación de los hábitos de vida y el perfil metabólico de los asistentes.

Referencias

- Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos. (2000). *Cómo Aprende la Gente: Cerebro, Mente, Experiencia, y Escuela*. Edición Expandida, capítulo 1. Publicado por la Editorial de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos. Recuperado de <http://www.nap.edu/books/0309070368/html/> [Consulta: 2014, Octubre 11].
- Arboix, M. (2014) Hospitales promotores de la salud. *Revista Consumer* (en línea). Recuperado de: http://www.consumer.es/web/es/salud/atencion_sanitaria/2014/02/19/219336.php [Consulta: 2014, Octubre 11].
- Ávalos-García, M. I., López-Ramón, C., Priego-Álvarez, H. R., Córdova-Hernández, J. A. y Morales-García, M. H. (2013). Barreras y perspectivas del personal de salud en el control de la diabetes mellitus en unidades médicas de la seguridad social de Tabasco: Un estudio cualitativo. *Horizonte sanitario*, 12(3), 111-118. Recuperado de [http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2013_sep_dic/7 BARRE_RAS_PERSPECTIVAS.pdf](http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2013_sep_dic/7_BARRE_RAS_PERSPECTIVAS.pdf) [Consulta: 2014, Octubre 11].
- Consejo de Salubridad General (2009) *Guía de Práctica Clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica temprana*, México: Secretaría de Salud. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/335_IMSS_09_Enfermedad_Renal_Cronica_Temprana/EyR_IMSS_335_09.pdf [Consulta: 2014, Octubre 11].

Consejo de Salubridad General (2012a) Guía de Referencia Rápida Diagnóstico, metas del control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus de tipo 2 en adultos el primer nivel de atención. Catálogo maestro de guías de práctica clínica SSA-5509308. Recuperado de: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/093_GPC_Diabmellitus2/SSA_093_08_GRR.pdf [Consulta: 2014, Octubre 11].

Consejo de Salubridad General (2012b) Diagnóstico, metas del control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus de tipo 2 en adultos el primer nivel de atención. Evidencias y recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica clínica SSA-5509308. Recuperado de: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/093_GPC_Diabmellitus2/SSA_093_08_EyR.pdf [Consulta: 2014, Octubre 11].

Federación Mexicana de Diabetes. (2013) Diabetes en números. [Sitio en Internet]. Recuperado de: http://fmdiabetes.org/fmd/pag/diabetes_numeros.php [Consulta: 2014, Octubre 11].

Fernández Cantón, S.B. (2010) La mortalidad por diabetes mellitus en población derechohabiente del IMSS, 1990-2005. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 48(5), 571-579. Recuperado de: http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=783:la-mortalidad-por-diabetes-mellitus-en-poblacion-derechohabiente-del-imss-1990-2005&Itemid=606 [Consulta: 2014, Octubre 11].

Figueroa Suárez, M. E., Cruz-Toledo, J. E., Ortiz-Aguirre, A. R., Lagunes-Espinosa, A. L., Jiménez-Luna, J. y Rodríguez-Moctezuma, J. R. (2014). Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS. *Gaceta Médica México*, 150, 29-34. Recuperado de: http://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n1/GMM_150_2014_1_029-034.pdf [Consulta: 2014, Octubre 11].

Gil Velázquez, L. E., Sil Acosta, M. J., Aguilar Sánchez, L., Echevarría Zuno, S., Michaus Romero, F., y Torres Arreola, L.P. (2013). Perspectiva de la diabetes mellitus tipo 2 en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 51(1), 58-67. Recuperado de: http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=2016:perspectiva-diabetes&catid=767:te&Itemid=767 [Consulta: 2014, Octubre 11].

González, R.G., Pérez, R.S. y Mateo de Acosta, O. (1997). Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético. *Pan American J Public Health*, (2)1, 32-36. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v2n1/v2n1a6.pdf> [Consulta: 2014, Octubre 11].

Granados-Gámez, G. y Roales-Nieto, J.G. (2007). Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. *Intern Jour Psych Psychol Ther*, 7(3), 393-403. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56070307> [Consulta: 2014, Octubre 11].

Guzmán, J.J. y Vargas Hernández, J.G. (2013). Modelo "plural-integral" de atención primaria a la salud enfocado a la satisfacción del usuario. *Humanitas*, 10(10), 149-160. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4348156>

- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012a). Diabetes mellitus: la urgencia de reforzar la respuesta en políticas públicas para su prevención y control. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiabetesMellitus.pdf> [Consulta: 2014, Octubre 11].
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012b). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Recuperado de http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_PresentacionOficialCorta_09Nov2012.pdf [Consulta: 2014, Octubre 11].
- Muñoz Cano, J.M., Carrillo, A. y Córdova, J. (2013). Lipid-lowering effect of maize-based traditional Mexican food on a metabolic syndrome model in rats. *Lipids Health Dis*, 12(1), 1-6. doi:10.1186/1476-511X-12-35
- Nigenda López, G.H., Juárez Ramírez, C., Ruiz Larios, J. A. y Herrera, C.M. (2013). Participación social y calidad en los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano en México. *Rev Saúde Pública*, 47(1), 44-51. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/07.pdf> [Consulta: 2014, Octubre 11].
- Organización Panamericana de la Salud. (2002) Promoción de la salud, un enfoque innovador y eficaz. Noticias e información del centenario, información de prensa. [Sitio en Internet] 2002. Recuperado de: <http://www.paho.org/Spanish/DPI/100/100feature47.htm> [Consulta: 2014, Octubre 11].
- Pedraza Avilés, A.G., Alvara Solís, E.P., Martínez Vázquez, R. y Ponce Rosas, R.E. (2007). Nivel de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes diabéticos tipo 2 del primer nivel de atención médica. *Gac Méd Mex*, 143(6), 453-462. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm076a.pdf> [Consulta: 2014, Octubre 11].
- Roldán, P., Vargas, C.R., Giraldo, C.P., Valencia, G.E., García, C.L. y Salamanca, L.M. (2014). Evaluación de la calidad en la atención en salud. Un estudio de caso. 32(1), 14-18. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/6894/1/Evaluacion%20de%20la%20calidad.pdf> [Consulta: 2014, Octubre 11].
- Sánchez Castillo, C.P., Pichardo Ontiveros, E. y López, R.P. (2004). Epidemiología de la obesidad. *Gac Med Mex*, 140(2), 3-20. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms042b.pdf> [Consulta: 2014, Octubre 11].
- Secretaría de Salud (2010a) NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Recuperado de: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010 [Consulta: 2014, Octubre 11].
- Secretaría de Salud. (2010b). Proyecto de norma oficial mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. Recuperado de: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5276550 [Consulta: 2014, Octubre 11].
- Serra Majem, L., García Closas, R., Ribas, L., Pérez Rodrigo, C. y Aranceta, J. (2001). Food patterns of Spanish schoolchildren and adolescents: The enKid Study. *Public Health Nutr*, 4(6). 1433-1438. Recuperado de: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=563340> [Consulta: 2014, Octubre 11].

- Serra Majem, L., Ribas, L., Ngo, J., Ortega, R. M., García, A., Pérez-Rodrigo, C. y Aranceta, J. (2004). Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutr*, 7(7), 931-935. Recuperado de: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=574184> [Consulta: 2014, Octubre 11].
- Tambo Lizalde, E., Carrasco Gimeno, J. M., Mayoral Blasco, S., Rabanaque-Hernández, M.J. y Abad-Díez, J.M. (2013). Percepciones de pacientes y profesionales sanitarios sobre la calidad de la atención a personas diabéticas. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(2), 124-131. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2012.07.006>
- Taniguchi, A., Yamanaka-Okumura, H., Nishida, Y., Yamamoto, H., Taketani, Y. y Takeda, E. (2008). Natto and viscous vegetables in a Japanese style meal suppress postprandial glucose and insulin responses. *Asia Pac J Clin Nutr*, 17(4), Recuperado de: <http://apjcn.nhri.org.tw/server/APJCN/17/4/663.pdf> 3. [Consulta: 2014, Octubre 11].
- US National Institute of Health. (2010). Making Health Communications Programs Work. Recuperado de: http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/pinkbook/Pink_Book.pdf . [Consulta: 2014, Octubre 11].
- Universidad Nacional del Nordeste. Glosario de promoción de la salud. Recuperado de: <http://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/GLOSARIO%20DE%20PROMOCI%C3%93N%20DE%20LA%20SALUD.pdf> . [Consulta: 2014, Octubre 11].
- Urrutia, M., Contreras, A. y Dois, A. (2004). Modelo de atención de salud basado en el autocuidado: inicios y evolución. *Revista Horizonte de Enfermería*, 15, 81-88. Recuperado de https://www7.uc.cl/prontus_enfermeria/html/produccion/cienti/Archivos/H.%20ENFERMERIA%202004_2.pdf [Consulta: 2014, Octubre 11].
- Villalpando, S., Shamah Levy, T., Rojas, R. & Aguilar Salinas, C.A. (2010) Trends for type 2 diabetes and other cardiovascular risk factors in Mexico from 1993-2006. *Salud Publica Mex*. 52(suppl 1), S72-S79. Recuperado de <http://bvs.insp.mx/rsp/files/File/2010/Suplemento%201%20vol%2052/9-risk.pdf> [Consulta: 2014, Octubre 11].

Originales

Análisis comunicacional de páginas web hospitalarias. El caso de los hospitales sevillanos

Communication analysis of Hospital websites. The case of the Sevillian Hospitals

María José Ruiz-Granja*

¹ Hospital de Alta Resolución de Utrera, Sevilla

Fecha de recepción: 02/10/2014 – Fecha de aceptación: 22/02/2015

Resumen

Las páginas web de los hospitales proyectan la imagen de la institución y representan, cada vez más, la primera impresión que reciben quienes son o van a ser sus usuarios. Los responsables de comunicación han de conocer las herramientas que deben utilizar para reflejar la personalidad corporativa a través del portal de internet. El objetivo de esta investigación es, por una parte, proponer un método de análisis que sirva para medir la calidad comunicacional de la página web de un hospital y por otra, aplicar dicho método a una muestra seleccionada de hospitales, a fin de comprobar su validez y fiabilidad. Además, se investiga la influencia de los distintos modelos de gestión, sobre la calidad comunicacional. Entre los principales hallazgos figura que la calidad no depende del modelo de gestión, sino de la existencia de un equipo profesional de la comunicación integrado en los órganos directivos.

Palabras clave: *Comunicación institucional, imagen corporativa, relaciones públicas, sitio web hospitalario*

Abstract

The websites of hospitals project the image of the institution and represent, increasingly, the first impressions that come to those who are, or will be, its users. Communication managers must know the tools that should be used to reflect the corporation personality through its website. The objective of this research is, in one hand, to propose a method of analysis that serves to measure communication quality of a hospital website and in the other hand, to apply this method to a selected sample of hospitals in order to check its validity and reliability. Furthermore, the influence of different management models on the communication quality is researched. Among the principal findings is that quality does not depend on the type of management, but the existence of a professional team of communication included in the management bodies.

keywords: *Corporate image, hospital website, institutional communication, public relations*

*Correspondencia: mjrgranja@hotmail.com

Introducción

Internet se ha convertido en un fenómeno social que ha revolucionado nuestras vidas. No solo como fuente de información, sino como una herramienta con multitud de aplicaciones útiles para todo tipo de usuarios. Los estudios de las agencias que elaboran estadísticas especializadas en este campo¹ muestran que, incluso, en este ciclo económico decreciente, el número de usuarios de Internet está en continuo crecimiento.

Este hecho ha promovido un paulatino cambio de estrategia en el ámbito de las relaciones públicas de empresas, instituciones, organismos públicos, etc., que han tenido que evolucionar rápidamente para adaptarse a la nueva realidad digital. La necesaria transformación de estas entidades, ha influido en su propia identidad y en la forma de proyectarla hacia su público. Este último, el público, no ha quedado ajeno a esta transformación, gracias al fácil acceso a la información. Así se ha convertido en prosumidor (Toffler, 1979), es decir, personas que en materia de comunicación son al mismo tiempo productores y consumidores, desarrollando una percepción activa.

En este contexto, la primera aproximación que hace cualquier ciudadano a la búsqueda de información sobre un organismo determinado, es a través del sitio web. De la impresión que se forme, a la vista de ese portal electrónico, surgirá un juicio de valor acerca del organismo en cuestión, convirtiéndose así la página web, en una herramienta fundamental en la construcción de la imagen corporativa de toda institución.

Los hospitales no son ajenos a este proceso, pues no solo funcionan como meros establecimientos sanitarios, sino que lo hacen como auténticas empresas, cuyos resultados no provienen únicamente de los objetivos asistenciales conseguidos, sino de la imagen pública que muestran y su impacto en la sociedad a la que sirven, los hospitales públicos andaluces han de ser considerados como instituciones sujetas a las directrices marcadas por el ente público del que dependen, que es, en última instancia, la Junta de Andalucía, la cual publica y mantiene actualizado un Manual de identidad corporativa por el que tienen que regirse todos los organismos dependientes de la misma.

La actual Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía tiene bajo su dependencia un total de diez hospitales en la provincia de Sevilla, con tres modelos de gestión distintos: cuatro dependientes del Servicio Andaluz de Salud (SAS); cuatro integrados en una empresa pública (Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir) y dos concertados. Aunque todos pertenecen a la misma Consejería, cada hospital proyecta una imagen corporativa diferente a través de sus respectivas páginas web.

Además de estos, existen también muchos otros centros hospitalarios de titularidad privada, pertenecientes a entidades con o sin ánimo de lucro, cuya personalidad viene marcada por el grupo empresarial o institución benéfica a la que pertenezcan, siendo igualmente su página web el primer escaparate en el que sus usuarios buscan y obtienen la información relevante sobre la identidad corporativa del hospital.

El profesional de Comunicación Empresarial, Institucional, Relaciones Públicas y Publicidad debe estar capacitado para conocer y explotar todas las herramientas de imagen a su alcance y parece indiscutible que las páginas web corporativas son, en la actualidad, un medio imprescindible para proyectar la imagen de toda institución a la sociedad. En la medida en la que comprendamos los mecanismos que convierten a una web en un sitio de calidad comunicacional, estaremos preparados para intervenir en su transformación hacia la excelencia.

El propósito de la presente investigación es analizar, desde el punto de vista de la Comunicación y las Relaciones Públicas, las páginas web hospitalarias, hasta llegar a evaluar la imagen corporativa que transmiten y comprender los mecanismos sobre los que se puede intervenir para mejorarla.

Este enfoque sobre la comunicación corporativa, orientada al campo de la sanidad y fundamentada en la plataforma global que representa un medio como Internet, aporta un punto de vista novedoso a las líneas de investigación, recientemente abiertas y en permanente expansión, sobre la calidad de las páginas web hospitalarias.

Objetivos

Una vez expuesto el contexto, cabe marcarse un objetivo general y dos específicos para el presente estudio, concretándose en los siguientes:

- Determinar si, desde el punto de vista de la comunicación corporativa, se consiguen más objetivos de calidad en las páginas web de hospitales, en función de su modelo de gestión.
- Examinar los distintos métodos de análisis de sitios web, para escoger el que mejor se adapte al objeto de este estudio o elaborar una metodología ad hoc, que integre algunas fórmulas ya aplicadas y aporte nuevos enfoques analíticos.
- Analizar las páginas web de los hospitales, escogidos mediante una selección muestral, cuantificando su adecuación a los indicadores del manual de identidad corporativa de la Junta y a unos estándares o criterios de calidad comunicacional.

Metodología

Se trata de un estudio cualitativo-cuantitativo, descriptivo, transversal y exploratorio, de las páginas web de un número limitado de hospitales.

La estructura formal que se ha desarrollado, contempla las fases convencionales de todo análisis comparado: desarrollo conceptual de la investigación; diseño de la misma; fase empírica de recogida de datos y documentación; análisis e interpretación de esos datos y conclusiones de la investigación (Igartua y Humanes, 2010, p. 71 y 72).

A fin de establecer un modelo evaluador único, se ha seguido la misma metodología que utiliza el Manual de acreditación de páginas WEB sanitarias, de la Junta de Andalucía. De acuerdo con este proceso y teniendo como referencia lo publicado por Bermúdez Tamayo (2006), se creó una ficha única (Anexo I) donde se contemplan once criterios de calidad, cuyo cumplimiento o incumplimiento da como resultado un porcentaje de adecuación al modelo de identidad corporativa de la Junta de Andalucía. Únicamente los hospitales de la red pública andaluza están obligados a adecuarse a este manual, por lo que la ficha se ha generalizado, de manera que sirva tanto para los hospitales públicos, como para los privados.

Este porcentaje cuantitativo se complementó con un análisis cualitativo de criterios no contemplados en el manual de identidad corporativa de la Junta de Andalucía, pero sí incluidos como criterios de calidad para páginas web sanitarias en el espacio común europeo.

El contenido también ha sido objeto de análisis cuantitativo, -basado en otros parámetros como la fecha de actualización del mismo, el número de entradas publicadas, etc.- y cualitativo, en referencia a la corrección gramatical de los textos o la redacción de la estrategia.

Posteriormente, los resultados cuantitativos fueron objeto de tratamiento estadístico para que pudieran ser representados mediante las gráficas correspondientes, para una mejor visualización. Para ello nos servimos de una herramienta básica de software: una hoja de cálculo como Microsoft Excel.

Medición de la calidad de los sitios web hospitalarios

Existe en la actualidad una tendencia creciente a incorporar, dentro de los hospitales españoles en general, la gestión de la calidad como una herramienta más de prestigio de la institución. Esta calidad se extiende a un elemento fundamental de la imagen corporativa, el sitio web, que debe ser un reflejo fiel de la personalidad que el hospital quiere transmitir a su población de referencia. Para comprobar, y demostrar en caso de que proceda, que el sitio web responde a unos criterios de calidad estandarizados, se han ido creando un número creciente de métodos con los que se evalúan determinadas características relacionadas con la calidad de este instrumento de comunicación, que se citan más adelante.

Comparativa de los métodos

Una revisión de los estudios más recientes, relacionados con páginas web hospitalarias, nos arroja luz sobre los métodos más comúnmente utilizados.

En muchos de ellos se ha hallado coincidencia de varios indicadores, con los usados en nuestra tabla evaluadora. Así, Arencibia y Aibar (2007) coinciden en considerar al menos tres indicadores relacionados con la actualización, los enlaces y el mapa web. Calvo-Calvo (2014) también comparte con nuestro método, los criterios de accesibilidad y actualización. Por su parte, Thuer (2002) tiene en cuenta la continuidad del diseño de los colores a lo largo de la navegación por las distintas secciones de la web o la existencia de una dirección electrónica para comunicarse con el webmaster. También se han encontrado coincidencias de criterios de evaluación en artículos sobre webs sanitarias, por ejemplo el de Arcos-García (2012), donde se tienen en cuenta aspectos como la continuidad tipográfica y el lenguaje adecuado o el de Olea Criado (2012), que utiliza la escala de Bermúdez-Tamayo (2006).

Cada uno de los métodos citados se ha utilizado para dimensionar conceptos diferentes al propuesto por este estudio, sin que ninguno de ellos se adapte explícitamente al aspecto que se pretende medir, relacionado con la comunicación corporativa y la imagen de marca. No obstante, la probada solvencia de todos ellos aporta a este una presunción de crédito que la propia investigación deberá validar.

Análisis de la calidad comunicacional

En este estudio se pretende analizar un aspecto concreto de la calidad de las páginas web sanitarias: el relacionado con la proyección de la identidad y la imagen corporativa, desde un punto de vista comunicacional. Se trata, por tanto, de averiguar si la página web funciona como herramienta de comunicación, convirtiéndose así en un instrumento válido para transmitir la imagen de la institución.

Límites del análisis. Justificación de la muestra

De todo el universo posible a analizar, se ha delimitado la muestra en función de tres parámetros: límites geográficos, considerando los hospitales ubicados en la provincia de Sevilla; límites institucionales escogiendo aquellos cuya pertenencia patrimonial corresponda a la Consejería correspondiente de la Junta de Andalucía o a alguna entidad privada, desechándose los pertenecientes a la administración central o al Ministerio de Defensa, y límites temporales, iniciando el proceso de documentación y recogida de datos el 30 de septiembre de 2013, sin que se hayan tenido en cuenta modificaciones producidas después del 30 de abril de 2014. Con estas condiciones, el tamaño de la muestra queda fijado en diecinueve casos.

La muestra resulta ser, además, suficientemente representativa por contar con hospitales de todas las tipologías a analizar. En el Anexo II se muestra una tabla con todos los hospitales ubicados en la

provincia de Sevilla, incluyendo los que se han quedado fuera del análisis por incumplir alguno de los límites definidos.

Los hospitales se han identificado mediante el Catálogo Nacional de Hospitales, publicado por el Ministerio de Sanidad. Una vez identificados los hospitales, se han buscado los sitios web de cada uno, generando una consulta en la aplicación de la Junta de Andalucía, para los centros públicos y concertados, así como mediante el motor de búsqueda Google, para los privados.

Variables de análisis empleadas

De cada una de las webs que componen la muestra a estudiar, se recoge un número determinado de variables o criterios de calidad, que se categorizan y codifican sistemáticamente en una unidad de registro normalizada. La tabla, expuesta a continuación, se divide en dos grupos de criterios, el primero recoge los estándares utilizados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, mientras que el segundo reúne algunos de los indicadores más significativos de la identidad corporativa.

HOSPITAL	WEB	CARÁCTER

CRITERIOS DE ADECUACIÓN

ELEMENTO	CRITERIO	CUMPLE	NO CUMPLE
Color	C1	Continuidad	
	C2	Colocación	
Logotipo Institución	C3	Tamaño	
	C4	Presencia	
Página principal	C5	Elementos significativos	
Tipografía	C6	Continuidad	
Fondos	C7	Blanco/plano	
Navegación	C8	Retorno a página previa	
	C9	Acceso a página principal	
Accesibilidad	C10	Según Guía Accesibilidad	
Contacto	C11	Datos de contacto de webmaster	

CRITERIOS DE CALIDAD

ELEMENTO	CRITERIO	DATO
Volumen de Contenido	C12	Número de páginas
Actualización	C13	Fecha última actualización
Textos	C14	Corrección gramatical
Contenido	C15	Noticias de actualidad
Enlaces	C16	Páginas relacionadas
Favicon	C17	Personalizado
Estrategia	C18	Presencia

Tabla 1. Tabla evaluadora. Fuente: elaboración propia

Posteriormente, los datos recogidos son objeto de análisis cuantitativo y cualitativo, hasta llegar a un resultado medible. Para el grupo de condiciones del C1 al C11, el resultado se ofrece en porcentaje de adecuación al manual de la Junta de Andalucía. La información de los criterios C12 a C18 se traduce en una puntuación valorada según la tabla que se muestra a continuación

		Puntuación					
		0	1	2	3	4	5
C12	Número de páginas	Sin datos	de 1 a 25	De 26 a 50	De 51 a 100	De 100 a 200	>200
C13	Fecha última actualización	Sin fecha	>de 2 años	>de 1 año	>6meses	>3meses	<3meses
C14	Corrección gramatical	Varios errores			Algún error	Sin errores	
C15	Noticias de actualidad	Sin noticias			Noticias no actuales	Variadas y actuales	
C16	Páginas relacionadas	Sin enlaces			<10 enlaces	>10 enlaces	
C17	Personalizado	Sin			Favicon no logo	Sí	
C18	Presencia	Sin			No literal	Bien definida	

Tabla 2: *Tabla valoradora de criterios*. Fuente: Elaboración propia.

Justificación de la elección del método

El hecho de que no exista un método previo aplicable al objetivo de este estudio impulsa a construir uno específico que integre las variables y criterios analíticos más adecuados y permita observar y medir el impacto que consigue la imagen corporativa mediante la página web de la institución. Para que el método así creado tenga las máximas garantías de eficacia, se basa su estructura en los mismos principios que han usado investigadores anteriores como Arencibia y Aibar (2007); Calvo-Calvo (2014) o Conesa y Aguinaga (2009), para analizar páginas web, pero adaptando los criterios e indicadores al aspecto de esta investigación.

Esta opción de elaboración de un método propio, no es ajena a los procedimientos habituales en la investigación científica. Dentro de la evaluación heurística utilizada por Nielsen (2000) o Rosenfeld (2004), para conceptos como la usabilidad o la arquitectura de información, otros

autores han propuesto sus propios indicadores, en función del aspecto que se pretendiera evaluar; así, Codina (2006); Ortega y Hassan (2013) o Doblas (2006) optan por esta metodología.

Justificación de los criterios

Los indicadores del primer grupo están extraídos específicamente del Manual de Identidad Corporativa de la Junta de Andalucía. Todos los hospitales públicos andaluces están obligados a seguir estas directrices, por lo que la elección de estos criterios de análisis resulta pertinente. Los hospitales que no pertenecen a la red sanitaria pública no tienen por qué cumplir estos mismos cánones, pueden escoger otros colores corporativos, otra tipografía y, obviamente, otra marca. Sin embargo, los parámetros seguirán siendo válidos si lo que se mide es la existencia de esos mismos valores, aunque adaptados a la empresa que los sustenta, y su coherencia o continuidad, durante la navegación por toda la web.

Para el segundo bloque de criterios se han tenido en cuenta diversas fuentes relacionadas con la comunicación corporativa, especialmente la obra de Justo Villafañe (2008), la de Joan Costa (2012) y la de Carmen Costa (2011). La dificultad de medir la calidad comunicacional de un sitio web proviene precisamente de la naturaleza de los conceptos a analizar. En palabras de (Cristina Aced, 2013, p. 41):

(...) Tanto la imagen como la reputación son conceptos abstractos que dependen de la percepción de los públicos. Esta naturaleza intangible hace que los resultados de la comunicación sean difíciles de medir (...)

Se trata, por tanto, de interpretar cuáles son algunos de los principales parámetros que se identifican con esos conceptos, responsables de comunicar la identidad corporativa y analizar su presencia en la página web estudiada. En este caso los parámetros a medir son: Volumen de contenido; fecha de actualización; calidad de los textos; coherencia y pertinencia del contenido; enlaces relacionados; Favicon y relato de estrategia.

Marco teórico

Red andaluza de hospitales. Breve descripción

En Andalucía, como en el resto de comunidades autónomas, la titularidad sobre Sanidad recae en la administración autonómica, por lo que compete de manera exclusiva al Gobierno Andaluz legislar, gestionar y administrar los servicios públicos de atención a la salud. En consecuencia, Andalucía ha ido desarrollando, a lo largo de los años, desde la promulgación de su Estatuto de Autonomía, un Sistema Público de Salud sobre los principios de universalización y equidad, sin discriminación por razones económicas, sociales, raciales, geográficas, o por cualquier otra circunstancia.

Entendiendo que el sistema sanitario público es un elemento indiscutible para el bienestar de la población, los sucesivos gobiernos andaluces han ido consolidando todo un conjunto de dispositivos, agrupados dentro del denominado Servicio Andaluz de Salud, que configuran hoy día la más importante red de atención sanitaria de Andalucía, tanto en Atención Primaria, como en la Asistencia Hospitalaria y la salud pública en general.

Además del mencionado Servicio Andaluz de Salud, sin salir del marco de la sanidad pública, se han ido constituyendo determinadas sociedades instrumentales, denominadas inicialmente empresas públicas sanitarias, que han contribuido a mantener, ampliar y potenciar de forma progresiva todo el entramado del sistema sanitario público andaluz. Estas entidades dependen orgánicamente de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, aunque funcionalmente se encuadran en el Servicio Andaluz de Salud, razón por la que es tan importante analizar la calidad de la comunicación de este tipo de instituciones.

Por otra parte, la red andaluza de hospitales se nutre también de diversas instituciones sanitarias privadas, que mantienen centros con una heterogénea cartera de servicios y diferentes capacidades, tanto de Atención Primaria, como especialidades, ingresos hospitalarios, etc. Estas instituciones pueden financiarse exclusivamente mediante sus propias fuentes, por lo que quedan en el ámbito del derecho mercantil privado o bien pueden recibir dinero público a cambio de ciertas prestaciones o servicios sanitarios, con lo que reciben el nombre de centros concertados.

Finalmente, es preciso señalar la existencia de centros hospitalarios que quedan fuera del ámbito competencial de la Junta de Andalucía, a pesar de estar localizados en territorio andaluz. Se trata de los centros propios de ciertas instituciones, como el Ministerio de Defensa o el Ministerio del Interior que no forman parte del sistema sanitario público, ya que únicamente atienden al colectivo que está bajo el ámbito de sus respectivos ministerios.

Tipos de gestión hospitalaria en función de la titularidad

Se pueden distinguir cuatro modelos básicos diferentes de gestión hospitalaria en Andalucía:

(i) Gestión SAS: el Servicio Andaluz de Salud es una agencia administrativa de las previstas en el artículo 65 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, que se adscribe a la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y está adscrito funcionalmente a la Viceconsejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

(ii) Gestión Privada: se llaman entidades privadas a aquellas organizaciones cuya financiación procede exclusivamente de fondos distintos a los de la Hacienda Pública. Los hospitales

privados, basan su funcionamiento en ofrecer servicios sanitarios, como cualquier empresa se dedica a vender un producto determinado.

(iii) Gestión concertada: en ocasiones, una administración pública celebra acuerdos con alguna entidad privada, de manera que los servicios prestados por el organismo privado no los paga el ciudadano directamente, sino que corren a cargo de los fondos públicos de la Administración. Estos acuerdos reciben el nombre de conciertos.

(iv) Gestión Empresa Pública: en este modelo, se crea una sociedad instrumental, al amparo de lo establecido en el artículo 6.1.b de la Ley 5/1983, de 19 de julio, General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía, con el fin de gestionar una serie de centros sanitarios, integrados funcionalmente en el SAS, pero dependientes orgánicamente de la Consejería competente en sanidad. Tiene personalidad jurídica y patrimonio propios y en función de su ámbito de actuación puede someterse al derecho privado o al laboral.

Todos estos tipos de gestión son objeto de análisis, ya que la muestra seleccionada incorpora hospitales sujetos a alguno de estos cuatro modelos.

Importancia de la imagen corporativa

Después de tantas décadas de investigación en el campo de las ciencias sociales, sobre cómo una organización llega a tener una personalidad definida por determinados parámetros, igual que cualquier persona, que la identifica y diferencia de otras, parecería una obviedad explicar la importancia que tiene este conjunto de cualidades en el mundo empresarial. No está de más, sin embargo, detenerse aunque sólo sea a los efectos de esta investigación, en fijar algunos conceptos cuya relevancia precisa y merece que no se confundan entre sí. Son los referidos a la identidad corporativa, a la imagen corporativa y a la reputación corporativa (Villafañe, 2004). Desde un enfoque organizacional, se podría definir la identidad corporativa como el conjunto de atributos que una organización escoge para definirse a sí misma ante sus públicos (Zinkhan et al., citado por Capriotti, 2009, p. 20). La identidad corporativa es la personalidad de la organización, la idea que la organización tiene de sí misma, sus principios y valores.

Siguiendo con esta analogía entre organización y persona, una cosa es lo que se es y otra lo que se proyecta o se transmite a los demás. Lo más coherente sería que ambos conceptos coincidieran, pero esto no siempre ocurre; ciertas cualidades del carácter pueden permanecer ocultas a los ojos de los demás, distorsionando así la información que el público puede recibir del objeto observado. Se llega así al concepto de imagen corporativa, que podría definirse como el conjunto de atributos que la organización transmite a sus públicos (ya sean internos o externos).

Aún se puede ir un paso más allá si se acepta que lo que se transmite no siempre es igual a lo que reciben los destinatarios de la información. De esta manera llegamos al concepto de reputación corporativa, que sería la valoración que hacen los públicos de una compañía (Antón, 2009) o Villafañe (2008, p. 31 y 32):“(…) La cristalización de la imagen corporativa de una entidad cuando ésta es el resultado de un comportamiento corporativo excelente, mantenido a lo largo del tiempo, que le confiere un carácter estructural ante sus stakeholders estratégicos”.

Toda organización, por el hecho de existir, comunica algo, ya sea de forma consciente o inconsciente. Desde la asunción de este principio, parece lógico deducir que en la medida en que la organización controle la comunicación, así de efectiva resultará la imagen transmitida y la reputación conseguida. La existencia de una buena imagen corporativa, permitirá a la organización (Capriotti, 2009, p. 12):“Ocupar un espacio en la mente de los públicos, facilitar la diferenciación de la organización, disminuir la influencia de los factores situacionales en la decisión de compra, actuar como un factor de poder en las negociaciones entre fabricante y distribuidor, lograr vender mejor, atraer mejores inversores y conseguir mejores trabajadores”.

El ciclo económico actual obliga a las empresas a potenciar al máximo sus activos generadores de valor, entre los cuales se deben incluir los llamados “intangibles” y de entre ellos, “la reputación es el mejor exponente del recurso intangible de mayor valor estratégico con claros déficits de comprensión, medición y gestión” (Carreras, Allorza y Carreras, 2013).

La imagen corporativa proyectada en los medios de comunicación digitales

La cambiante sociedad digital actual, no solo no ha quitado importancia a la gestión de la imagen corporativa, sino que las Relaciones Públicas adquieren mayor importancia en este contexto, donde Internet se convierte en una poderosa herramienta para manejar las nuevas comunicaciones.

Mientras la comunicación corporativa tradicional ha encontrado un desarrollo teórico adecuado a lo largo del tiempo, la nueva realidad de los medios de comunicación digitales, esta “imprenta del Siglo XXI” (Piscitelli, 2005), con la vertiginosa carrera que impone, ha generado una situación en la que, quienes han apostado por gestionar la comunicación a través de Internet, lo que para abreviar llamaremos “on line”, se ven impulsados a manejarla, antes que a teorizar sobre ella. Esta circunstancia define el déficit actual de estudios relacionados con la imagen corporativa on line y en consecuencia, la necesidad de desarrollar doctrinalmente este campo de la comunicación.

En 1982, la Sociedad Americana de Relaciones Públicas definía esta disciplina científica de la siguiente manera: “las relaciones públicas ayudan a una organización y sus públicos a adaptarse mutuamente los unos a los otros”. En 2012, tras un proceso de estudio de aportaciones por parte de los profesionales del sector, se llegó a una nueva definición que

reza: “Las relaciones públicas consisten en el proceso estratégico de comunicación que construye relaciones mutuamente beneficiosas entre las organizaciones y sus públicos”. La diferencia no es intrascendente, en la primera definición se consideran las relaciones públicas como algo que ‘ayuda’ pero que se sitúa como un elemento ajeno y externo, tanto a la organización como a sus públicos, por el contrario, en la actual definición se las dimensiona como un ‘proceso constructivo’. Esta percepción permite que, como en todo proceso, quien lo conoce bien puede intervenir en él para dirigirlo hacia la consecución de unos fines determinados.

Los cambios aparecidos en el campo de las Relaciones Públicas desde 1982 hasta la actualidad, van más allá de la mera descripción de las mismas. La aparición de Internet y su posterior y vertiginoso desarrollo, han revolucionado la forma de comunicarse entre las instituciones y sus públicos. Usando las palabras de Bunting y Lipski (2003,p. 170), es posible reivindicar que: “Internet ha hecho más importantes las buenas Relaciones Públicas, no menos. Si las compañías van a ser capaces de hacer oír su voz en el futuro, los comunicadores corporativos tendrán que aprender a explotar el potencial de Internet.”

La forma básica más directa para que una organización aproveche el potencial de Internet es mediante la primera carta de presentación que cualquier internauta encuentra cuando busca información corporativa: el sitio web institucional. El sitio web, la página web, el portal web o simplemente la web, son las formas que usamos habitualmente para referirnos a un conjunto de documentos interrelacionados entre sí, a los que accedemos mediante una dirección electrónica¹. La forma en la que se muestran estos documentos, los contenidos y los recursos de que disponen, son parte de la estrategia comunicacional de la organización a la que representan.

Uno de los objetivos primordiales de toda empresa es fomentar una notoriedad positiva y esto se logra mediante la calidad de la comunicación. Como explican Mut y Breva (2003, p.2):“La comunicación corporativa aporta valor a la empresa y esto deriva en beneficios y ahorros en costes: posibilidad de seleccionar a los mejores empleados, prioridad en el servicio de proveedores, facilidad para lograr financiación, preferencia de los clientes por los productos o servicios de la empresa, ventajas en el entorno social, etc.”

Esta afirmación tiene tanta validez en la sociedad digital actual, como la ha tenido (y la sigue teniendo) en el entorno convencional.

Necesidad de la imagen corporativa en instituciones sanitarias

Una vez recorrido el camino para llegar a reconocer la importancia de la comunicación en el entorno digital, cabría preguntarse si los hospitales comparten con el mundo empresarial, la necesidad de transmitir una imagen corporativa a través de sus web y llegar a la misma

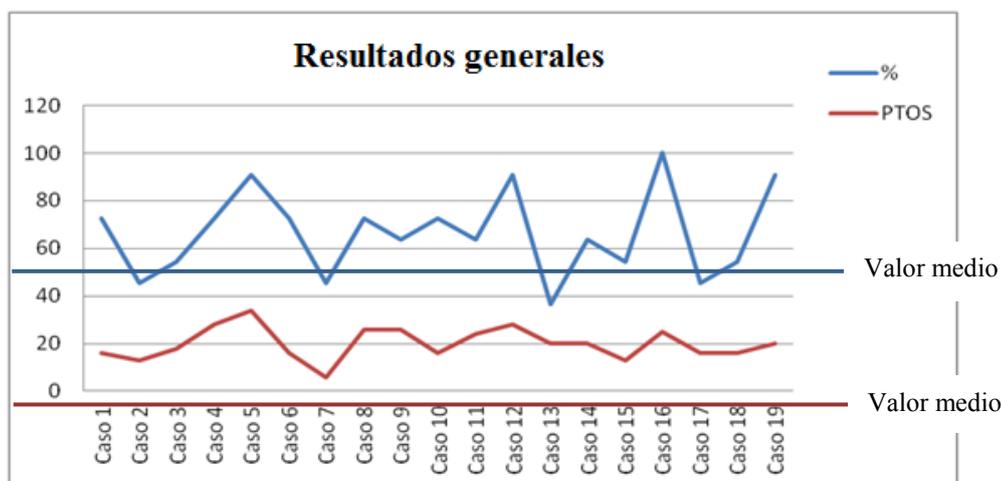
conclusión que Doblas Arrebola (2006, p.3):“Los hospitales tienen en Internet un medio que ofrece inmensas posibilidades para comunicarse con sus públicos. Es una herramienta que puede resultar muy útil siempre que se utilice de una forma adecuada, teniendo en cuenta sus posibilidades y la gran variedad de públicos a los que pueden llegar”.

Una aproximación superficial a las funciones y cometidos de las instituciones sanitarias, especialmente las públicas, puede hacer suponer que únicamente existen para proporcionar un servicio de atención a los enfermos y promoción de la salud, objetivos que podrían no precisar de una buena gestión comunicacional desde el punto de vista corporativo, sino únicamente una correcta gestión asistencial. Sin embargo, cuando nos adentramos en la esencia de estas organizaciones, descubrimos que la actividad investigadora, académica y de publicación científica que llevan a cabo, así como su función social como pieza determinante tanto de la política, en el caso de los hospitales públicos, como de los mercados, en el caso de los privados, hace de estas instituciones un sujeto con identidad, cuya proyección (imagen corporativa) determinará en sus públicos, tanto internos como externos, su valoración y su reputación, redundando por tanto en los beneficios o pérdidas consecuentes.

Resultados

A continuación se presentan los resultados cuantitativos obtenidos en los diecinueve casos estudiados.

Los resultados iniciales se muestran en dos gráficas. La primera muestra los resultados caso por caso en los dos niveles analizados, el porcentaje de adecuación a los criterios del Bloque 1 y los puntos obtenidos en el Bloque 2, según el método explicado en la Tabla 2, señalando el valor ‘media aritmética’ como referencia. Para el Bloque 1, el valor medio es 66,49%; para el Bloque 2, 20,05 puntos.



Gráfica 1: *Resultados Generales*. Fuente: Elaboración propia.

Al objeto de obtener un gráfico más sencillo, se han reunido en uno solo los resultados de los dos datos obtenidos en cada caso, teniendo en cuenta el valor ponderado de cada uno de los bloques. Para ello, se transforman los puntos del Bloque 2 en el porcentaje de una escala cuyo valor mínimo (0%) es cero y su valor máximo (100%) es treinta y cinco. Así, llamaremos $P_{1, 2, 3...}$ al valor (en %) obtenido en el Bloque 1, $p_{1, 2, 3...}$ al valor (en puntos) obtenido en el Bloque 2 y $N_{1, 2, 3...}$ al resultado final ponderado, que se obtiene mediante la siguiente fórmula:

$$N_i = P_i + p_i \times \frac{100}{35}$$

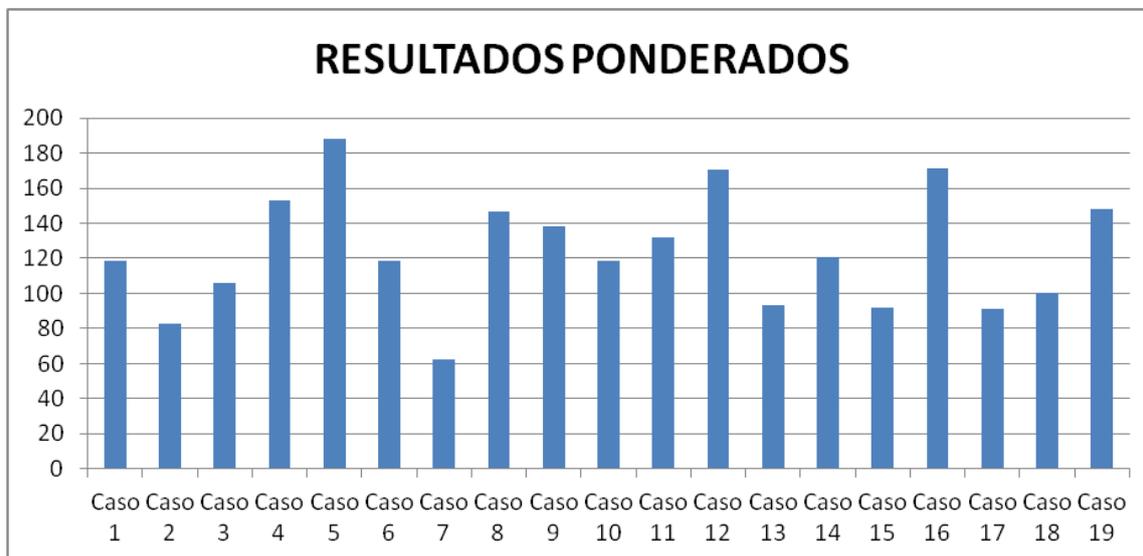
En consecuencia, la tabla de resultados ponderados queda como se muestra a continuación, donde se expone, mediante el código de colores de la derecha, el tipo de hospital de cada caso, en función de su gestión:

CASOS	Hospital	P	p	N
Caso 1*	HAR Utrera	72,72	16	118,43
Caso 2**	Fátima	45,45	13	82,59
Caso 3**	Infanta Luisa	54,45	18	105,88
Caso 4***	Macarena	72,72	28	152,72
Caso 5**	Quirón	90,9	34	188,04
Caso 6*	HAR Écija	72,72	16	118,43
Caso 7**	N ^a S ^a Carmen	45,45	6	62,59
Caso 8**	S. Agustín	72,72	26	147,01
Caso 9***	S. Juan Dios Alj.	63,63	26	137,92
Caso 10*	HAR Morón	72,72	16	118,43
Caso 11**	Viamed	63,63	24	132,20
Caso 12**	S ^a Isabel	90,9	28	170,90
Caso 13***	Valme	36,36	20	93,50
Caso 14****	Victoria Eugenia	63,63	20	120,77
Caso 15**	N ^a S ^a Aránzazu	54,45	13	91,59
Caso 16***	Rocío	100	25	171,43
Caso 17 *	HAR Sierra	45,45	16	91,16
Caso 18****	S. Juan Dios	54,45	16	100,16
Caso 19**	Nisa	90,9	20	148,04
MEDIAS		66,49	20,05	123,78

* Empresa Pública ** Privado *** SAS **** Concertado

Tabla 3: *Resultados ponderados*. Fuente: Elaboración propia.

Y su gráfica correspondiente, donde se representa con una línea roja el valor medio (123, 78) resultado de sumar todos los resultados ponderados de la columna N y dividirlos entre los diecinueve casos estudiados.



Gráfica 2: Comparativa de resultados ponderados. Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico se puede observar que los hospitales que superan el valor medio son ocho, lo cual representa menos del cincuenta por ciento de los casos estudiados. De estos ocho, cinco son de gestión privada y tres públicos, de gestión SAS. Esta circunstancia servirá más adelante para extraer las conclusiones pertinentes, en relación con la hipótesis sobre cuál de los modelos de gestión proyecta mayor calidad comunicacional a través de su web.

Conclusiones

La conclusión principal a la que se llega es que la calidad comunicacional de las páginas web de los hospitales sevillanos no depende del tipo de gestión, pública, privada, concertada o mediante empresa pública, sino de la existencia o no, entre sus órganos gestores, de un personal profesional de la comunicación, que sea capaz de comprender la importancia de la imagen corporativa y domine las herramientas necesarias para gestionarla, consiguiendo así una excelente reputación en los públicos a los que se dirige.

Los resultados del análisis han mostrado una realidad algo distinta a lo que en un principio se preveía. Hipotéticamente puede parecer que los hospitales de gestión pública proyectan una imagen corporativa de mayor calidad que los de gestión privada o concertada, gracias a la existencia del manual de identidad corporativa de la Junta de Andalucía. Sin embargo, ha sido un hospital privado el que mejor puntuación ha conseguido. Las claves para comprender este resultado hay que buscarlas en la estructura organizativa de cada institución.

El grupo Quirón, al que pertenece el hospital sevillano que se ha estudiado, cuenta con un gabinete de comunicación profesional entre sus órganos directivos, que decide la estrategia global a seguir; adicionalmente, en cada uno de los centros distribuidos por el resto de España, también dispone de profesionales responsables de comunicación para gestionar las particularidades de cada hospital, siguiendo las directrices generales. Esta inversión en comunicación corporativa demuestra la importancia que el Grupo Quirón presta a esta herramienta. Obviamente, su excelencia se debe a su actividad asistencial, docente e investigadora, pero su prestigio se basa no sólo en serlo, sino en ser capaz de transmitirlo.

Los dos hospitales del SAS que también obtienen una puntuación notable, no sólo cuentan con la ventaja señalada en párrafos anteriores, sino que también disponen de una Unidad de Comunicación que les hace sobresalir por encima de otros hospitales con la misma dependencia funcional, pero sin este recurso orgánico. Esto demuestra que no basta con disponer de una herramienta eficaz, como es el manual de identidad corporativa al que hemos aludido. También es necesaria la intervención de un equipo profesional, que sea capaz de interpretarlo correctamente y ponerlo en práctica de manera eficaz.

Prueba de ello es lo que ocurre con los hospitales gestionados por una empresa pública, dependiente de la Consejería de Salud; utilizan el mismo manual que los hospitales SAS, pero no cuentan con personal profesional de la comunicación para ejecutarlo adecuadamente. El resultado es que aún cumpliendo técnicamente con algunos de los indicadores más visibles, resulta ser un cumplimiento puramente formal, que no resiste un análisis más preciso, convirtiendo así la página web en un mensaje de insolvencia corporativa, en la que sólo parece prestarse atención a la apariencia.

Además, los hospitales con menor puntuación son algunos de los privados y los concertados, cuya característica común es que no disponen de equipo profesional de comunicación corporativa.

Por otra parte, se ha comprobado que los hospitales, además de cumplir una función asistencial, tienen cometidos similares a los de cualquier otra institución, ya sea pública o privada. Desde el punto de vista de la comunicación, los hospitales públicos deben transmitir una imagen corporativa acorde a la de la administración de la que dependan, de forma que los usuarios puedan reconocer en ambos organismos una misma serie de valores. Por su parte, los hospitales privados deben ofrecer una imagen corporativa diferenciadora, de calidad, atractiva y excelente, para atraer a sus públicos mostrándoles sus mejores cualidades. En ambos, sus respectivos sitios web serán el escaparate donde muestren y demuestren sus correspondientes fortalezas y debilidades.

De la veracidad de esta aseveración se deduce que la web, siendo la representación de la institución, contiene los atributos que definen a la identidad corporativa de la misma y, por tanto, es susceptible de ser medida, lo cual conduce al cumplimiento de otro de los objetivos del presente estudio: analizar, mediante la metodología construida, las páginas web de los hospitales sevillanos, para valorar sistemática y objetivamente la calidad comunicacional de la imagen corporativa que transmiten.

Por otra parte, se demuestra que la metodología construida aporta un enfoque útil y válido a los análisis sobre comunicación corporativa digital en línea, permitiendo una medición comparativa entre distintos sitios web, que puede ser extrapolable al resto de hospitales y, con las reservas propias de la especificidad del sector, a otro tipo de instituciones o empresas.

Por último, a modo de valoración personal, la autora concluye que ha resultado todo un reto y una satisfacción adentrarse en un campo de investigación que conecta la comunicación corporativa y el ámbito de la salud. Como profesional del sector sanitario, resulta revelador descubrir el valor que la web de un hospital aporta a su prestigio y reputación, no sólo por la importancia que tiene para la Institución, como empresa, sino por el beneficio que puede reportar a los usuarios, que se dirigen a la web en busca de una información que puede resultarles vital.

Si habitualmente el estudio de la comunicación corporativa persigue beneficios empresariales, el hecho de que exista esta corriente de investigación sobre el sector sanitario, donde gana la empresa y también ganan sus públicos, hace que la incursión en esta área del conocimiento se transforme en una experiencia aún más gratificante por el aprendizaje que conlleva, además de por la aportación a un sector tan relevante en su Responsabilidad Social Corporativa como es la Salud.

Notas

1. Si bien es cierto que cada uno de estos conceptos se refiere a elementos diferentes, para el usuario no especializado todos estos términos se usan como sinónimos

Referencias

- Aced, C. (2013). Relaciones públicas 2.0. Barcelona: UOC.
- Arcos-García, C. M. (2012). Análisis de la calidad de las páginas web sobre el virus del papiloma humano. *Revista española de comunicación en salud*, 3(1), 28-37.
- Arencibia Jiménez, M., y Aibar Remón, C. (2007). Páginas web de hospitales. *Calidad asistencial*, 22(3), 118-127
- Art. 55 de la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del estatuto de autonomía para Andalucía. Descargable desde <http://bit.ly/1gf7kms> [Consulta: 18/5/2014]

- Bermúdez-Tamayo, C., et. al. (2006). Cuestionario para evaluar sitios web sanitarios según criterios europeos. *Atención primaria*, 38(5), 268-274
- Bunting, M., y Lipski, R. (2002). Drowned out? Rethinking corporate reputation management for the Internet. *Journal of Communication Management*, 2(5),170-178.
- Calvo Calvo, M. Á. (2014). Calidad y características de los sitios web de los hospitales españoles de gran tamaño. *Revista Española de Documentación Científica*,37 (1), e032
- Capriotti Peri, P. (2009). *Branding corporativo*. Santiago de Chila: Libros para la empresa.
- Carreras, E., Allorza, Á., y Carreras, C. (2013). *Reputación corporativa*. Madrid: LID.
- Catálogo Nacional de hospitales. Descargable desde: <http://bit.ly/1gF898N> [Consulta: 22/4/2014]
- Codina, L. (2006). *Evaluación de calidad en sitios web: metodología de proyectos de análisis sectoriales y de realización de auditorías*. Barcelona: UPF.
- Conesa Fuentes, M. C., y Aguinaga Ontoso, E. (2009). *Evaluación de la calidad de las páginas web con información sanitaria*. BiD .
- Costa Sánchez, C. (2011). *La comunicación en el hospital*. Sevilla: Comunicación Social.
- Costa, J. (2012). *La imagen de marca. Un fenómeno social*. Barcelona: Paidós.
- Doblas Arrebola, S. (2006). *Comunicación Corporativa través de la Imagen*. Málaga: Universidad de Málaga.
- Hospitales de Sevilla. Descargable desde <http://bit.ly/1gF898N> [Consulta: 10/9/2013]
- Igartua, JJ. y Humanes, M.L. (2010). *Teoría e investigación en Comunicación Social*. Madrid: Síntesis.
- Manual de acreditación de páginas WEB sanitarias. Descargable desde <http://bit.ly/1tamWdn> [Consulta: 13/9/13]
- Manual de Identidad Corporativa de la Junta de Andalucía. Descargable desde <http://bit.ly/QVBSOm> [Consulta: 10/9/2013]
- Mut Camacho, M., y Brea Franch, E. (2003). De la identidad corporativa a la identidad visual corporativa, un camino necesario. *Jornades de Foment de la Investigació* (pág. 8). Castellón de la Plana: Universitat Jaume I.
- Nielsen, J. (2000). *Usabilidad: diseño de sitios web*. Madrid: Prentice Hall.
- Nielsen, J., y Mack, R. L. (1994). *Usability inspection methods*. New York: John Wiley & Sons.
- Olea Criado, C. (2012). Calidad de las páginas web de asociaciones de diabetes en España. *Revista española de comunicación en salud*, 3(1), 16-.
- Ortega Santamaría, S., y Hassan Montero, Y. (2013). Análisis y evaluación de sitios web universitarios españoles a partir del proceso de Bolonia. *Perspectivas em Ciência da Informação*, 18(4), 70-92
- Piscitelli, A. (2005). *Internet, la imprenta del siglo XXI*. Barcelona: Gedisa.
- Thuer, S. L. (2002). *El departamento de Ciencias de la Comunicación en Red*. Río Cuarto: Universidad Nacional.
- Toffler, A. (1979). *La tercera ola*. Barcelona: Plaza & Janés.

Villafañe, J. (2004). La buena reputación. Claves del valor intangible de las empresas. Madrid: Pirámide.

Villafañe, J. (2008). La gestión profesional de la imagen corporativa. Madrid: Pirámide.

Impacto de la aplicación móvil del Plan sobre Drogas del Gobierno de España

Impact of mobile application Drug Plan of the Government of Spain

María Dolores Lazo-Caparros^{1*}

¹ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Almería

Fecha de recepción: 15/10/2014 – Fecha de aceptación: 10/02/2015

Resumen

Introducción. Las comunicaciones están cambiando y el uso de dispositivos electrónicos para proyectos de salud está en auge. Debido a la preocupación del Gobierno por la prevalencia del consumo de drogas en nuestro país se instaura una aplicación móvil que haga llegar información y resolución de dudas a la población. Nuestro objetivo será conocer el alcance de esta aplicación tanto en la población general como estudiantes universitarios y el interés que despierta. Material y método. A través de una encuesta on-line los participantes responden preguntas sociodemográficas y sobre ésta aplicación. Resultados. El desconocimiento de este recurso se hizo notar en la mayoría de muestra obtenida, además de un bajo interés por conocer más de este recurso. Los jóvenes sin embargo, muestran más curiosidad. Discusión. En el caso de los jóvenes existe curiosidad por esta aplicación a diferencia del resto de la población general en la que no despierta especial interés. Conclusiones. Los medios utilizados para publicitar este recurso no han sido los suficientes y deberían de plantearse otras estrategias para llegar a la población.

Palabras clave: *Aplicaciones móviles, comunicación, Plan Nacional sobre Drogas, Salud.*

Abstract

Introduction. Communications are changing and therefore the use of electronic devices for health projects are rising. Due to the government's concern about the prevalence of the use of drugs in our country it releases a mobile application that provides information and solves doubts about this matter to the population. The main goal is to measure the significance of this application either to the general population or university students and the interest that arouses. Material and Method. Through an online survey participants respond to sociodemographic questions and about this application. Results. The sample obtained showed the lack of awareness and the small interest to know more about this resource, being the young people the most interested. Despite the fact of not getting the expected attention in general, young people were the most interested. Conclusion. The ways that this application has been publicized has been inadequate, that's why they should consider another kind of strategies to get across the population in the future.

Keywords: *Communications, health, Mobile applications, National Plan of Drugs.*

*Correspondencia: maridue12@gmail.com

Introducción

La comunicación juega un papel muy importante en la sociedad de hoy día y la salud es uno de los ejes principales en esta sociedad. Salud y comunicación son dos conceptos que no pueden entenderse sin estar íntimamente vinculados, pues la comunicación puede afectar positiva o negativamente a la salud personal o social del mismo modo que el estado de salud influye en la comunicación. (Catalán-Matamoros, Muñoz-Cruzado, Barba, Fuentes Hervías, 2010)

En este artículo vamos a valorar la comunicación vía electrónica mediante una aplicación creada para móviles, tablets y ordenadores en general para prevenir e informar sobre el consumo de drogas en nuestro país.

Debemos tener en cuenta que actualmente el 62% de la población en España dispone de un teléfono inteligente, lo cual supone el liderazgo en el mercado Europeo. Además, en el último año este porcentaje ha crecido un 13,6%. Este crecimiento no se da solo en el caso de España, el aumento medio en los cinco principales mercados de Europa (Alemania, España, Francia, Italia y el Reino Unido) es del 13%, con una media del 54,6% de penetración (Rodríguez-Cruz, Fernández-Alemán y Toval-Álvarez, 2013).

Las aplicaciones móviles aplicadas a la salud definen un mercado emergente que puede revolucionar el seguimiento y el tratamiento de los pacientes. Sin embargo, las especiales características que presentan los dispositivos móviles suponen un importante desafío a la vez que abre nuevos campos de investigación (Rodríguez-Cruz, Fernández-Alemán y Toval-Álvarez, 2013).

Centrándonos en la aplicación que se va a estudiar, la aplicación móvil del Plan Nacional sobre Drogas, cabe repasar los antecedentes que hicieron implantar este programa y las drogas que han estado presentes en nuestra sociedad.

Desde los inicios del Plan Nacional sobre Drogas, a mediados de la década de los ochenta, el perfil de las personas que consumen drogas en España ha experimentado cambios notables. En aquella época y, de forma más o menos aproximada, hasta principios de los años noventa, la sustancia que más alarma social causaba era la heroína.

A partir de mediados de los años noventa, como se nos indica en este plan, el perfil de quienes consumen drogas ilegales y las pautas de ese consumo experimenta algunos cambios. De un lado, comienza a descender el número de nuevos usuarios de heroína, si bien queda un núcleo de antiguos usuarios que exigen una importante aportación de recursos humanos y económicos para atender a su situación.

De otro lado, a lo largo de esa década de los noventa, aumenta el número de consumidores de cannabis y de cocaína en polvo (el «crack» ha tenido una incidencia muy poco significativa en España), tanto entre la población general de quince a sesenta y cuatro años, como entre los escolares de catorce a dieciocho.

Finalmente, se empieza a conformar lo que se conoce como “consumo recreativo” de drogas, es decir, el consumo, en ocasiones simultáneo, de sustancias como el alcohol, el cannabis, la cocaína, el éxtasis o MDMA (droga cuyo consumo comienza a extenderse por esa época), y toda una serie de derivados anfetamínicos, más o menos emparentados con esta última sustancia.

Para muchos de estos adolescentes y jóvenes, este modo de consumo llega a considerarse prácticamente como un rito de entrada en la vida adulta y de integración en el grupo de iguales y, en general, se lleva a cabo compatibilizándolo con el mantenimiento de estilos de vida integrados, tanto en el ámbito familiar, como en el educativo e, incluso, en el laboral, en el caso de quienes ya están trabajando.

Entre los años 2000 y 2008, los cambios más destacables, en relación con los consumos son:

- Disminución del número de usuarios de drogas por vía parenteral.
- Estabilización e incluso descenso del consumo de cannabis y cocaína. Este descenso es más notable entre los escolares de catorce a dieciocho años.
- Ha descendido lentamente la mortalidad directamente relacionada con drogas ilegales.
- Después de muchos años de descenso continuado del consumo de heroína, algunos datos parecen apuntar a una estabilización del mismo o a un cierto incremento en el caso de la heroína fumada.
- Descenso del consumo de tabaco, aunque la proporción de personas fumadoras sigue siendo alta.
- Descenso de la proporción de consumidores de bebidas alcohólicas, aunque ha aumentado la frecuencia de episodios de consumos intensivos (borracheras).

La droga ilegal más consumida en España es el cannabis. La cocaína ocupa el segundo lugar entre las drogas ilegales que se consumen en España. En lo que respecta al tabaco y el alcohol, las últimas encuestas disponibles muestran tendencias generales a la reducción de las prevalencias en los consumos. Debe destacarse que el consumo abusivo de alcohol en los jóvenes se produce, fundamentalmente, en relación con las bebidas alcohólicas destiladas, cuya concentración de alcohol es mayor y que, además, se mezclan con bebidas carbónicas, lo que refuerza su efecto intoxicador. (Estrategia Nacional sobre Drogas. 2009-2016)

El daño sanitario y social directamente atribuible al consumo de drogas se manifiesta de diversas formas:

1. Cuando el consumo alcanza la fase de adicción o dependencia, puede hablarse de una enfermedad en sí misma, en la que la persona afectada está periódica o crónicamente intoxicada, muestra una compulsión a tomar una o varias sustancias y tiene gran dificultad para modificar o abandonar el consumo.
2. Incidencia de episodios de sobredosis o de intoxicación aguda por adulteración de las sustancias consumidas, siendo causa de muerte inmediata.
3. Contagio de infecciones que se adquieren como consecuencia del tipo de consumo, gérmenes patógenos como el VIH o los virus de diversas hepatitis e infecciones de transmisión sexual.
4. Generando enfermedades para las que el consumo de drogas constituye a veces la causa directa y, en otros supuestos, un factor de riesgo decisivo. Es el caso del tabaco, el alcohol, la cocaína, el cannabis y otras sustancias, y su relación directa con ciertas enfermedades neoplásicas, cardiovasculares, hepáticas, mentales y neurológicas.
5. Problemas de salud o incapacitación provocados por diversas circunstancias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas

También son de gran trascendencia las alteraciones provocadas por las drogas durante la infancia (consumo durante el embarazo, exposición al humo ambiental de tabaco, abusos físicos y psicológicos, desatención y abandono) así como en el rendimiento laboral de la población adulta. (Estrategia Nacional sobre Drogas. 2009-2016)

La inversión del gobierno para este Plan Nacional sobre drogas asciende a 9.519.400 euros consignados en los Presupuestos Generales del Estados, distribuidos a las diferentes comunidades autónomas. (Notas de prensa. Plan Nacional sobre drogas)

La aplicación gratuita para dispositivos móviles (teléfonos inteligentes y tabletas) del Plan Nacional Sobre Drogas es una herramienta de información y concienciación dirigida principalmente a la población en general que quiera conocer de manera rigurosa los riesgos de las drogas y otras adicciones sin sustancias.

También se pretende dirigirse especialmente hacia el público joven para que pueda adquirir información sobre las drogas veraz y además dispone de varias de las secciones que están destinadas a los profesionales con el objetivo de proveerles de información acerca del Plan Nacional Sobre Drogas.

Está disponible para dispositivos tanto IOS como Android a través de APPLE STORE (IOS) y GOOGLE PLAY y SAMSUNG APPS (Android) (Estrategia Nacional sobre Drogas. 2009-2016).

El objetivo general de este estudio será conocer el alcance del recurso del Plan Nacional sobre Drogas en la población general. Como objetivo específico saber si llega a los jóvenes universitarios y que interés despierta este medio utilizado por el gobierno.

Material y métodos

El estudio presenta un diseño descriptivo transversal. La recogida de la muestra se realiza mediante el método denominado bola de nieve. Se envió mediante diferentes redes sociales y vías de comunicación web un cuestionario realizado a través de Google Drive. El envío podía realizarse mediante smartphone, tablet, portátil, etc. El único criterio de inclusión era tener acceso a la encuesta mediante algún medio tecnológico.

El cuestionario consta de preguntas sociodemográficas simples como edad, si es universitario en este momento y lugar donde estudia. Para evaluar si se conoce o no la aplicación del Estado y si se tiene interés en conocerla existen otras dos preguntas relacionadas. Además, si la respuesta es afirmativa a la pregunta sobre si conoce o no la aplicación, se pregunta a través de que medio la ha conocido.

Es una encuesta que consta únicamente de seis preguntas, tres de ellas dicotómicas de si/no y otras tres abiertas. Encontramos la encuesta enviada en la Tabla 1.

FORMULARIO
<ul style="list-style-type: none">• Edad• ¿Es usted Universitario? SI / NO• En caso afirmativo, ¿En qué Universidad estudia?• ¿Conoce o ha oído hablar de la nueva aplicación para el móvil Plan Nacional sobre Drogas? SI / NO• En caso afirmativo, ¿a través de que medio?• En caso negativo, ¿Le gustaría informarse más sobre esta aplicación ahora que sabe que existe? SI / NO

Tabla 1: Formulario enviado

Resultados

Se obtuvo una muestra de 110 personas cuyo único criterio de inclusión era que se contestaran correctamente y sin lugar a dudas todas las preguntas, sin errores ni espacios en blanco donde hubiera información relevante. La media de edad de la muestra fue de 31,6 años, siendo la edad mínima con la que se participó de 14 años y la máxima de 63.

Del total de la muestra, un 4% conoce o ha oído hablar de la aplicación móvil del Estado como vemos en la tabla 2 y a un 61,81% de los encuestados le gustaría conocer más sobre ella como aparece en la tabla 3. Se cuenta con que 29 de los encuestados son estudiantes universitarios en este momento, lo que representa el 26,36% de la muestra. El 14% de los universitarios conoce la

aplicación estudiada (Tabla 4). Un 72,41% de los estudiantes de la muestra le gustaría conocer más sobre esta aplicación, contando que dos de ellos a pesar de conocerla, le gustaría saber más.

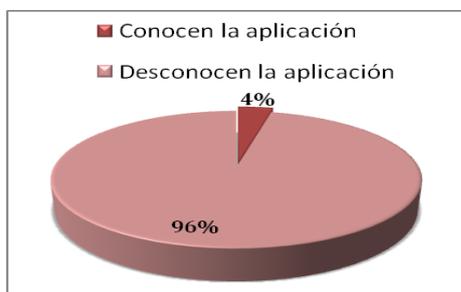


Tabla 2: Conocedores de la aplicación móvil

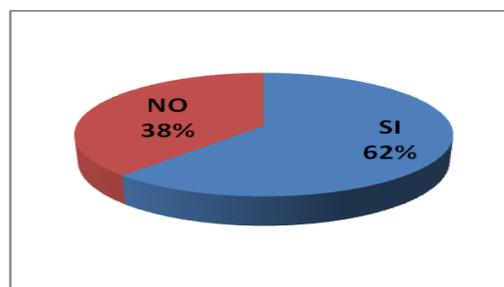


Tabla 3. Personas que les gustaría conocer más sobre este medio

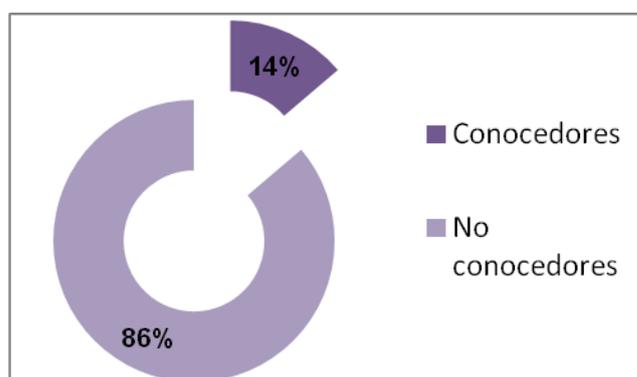


Tabla 4: Estudiantes que conocen la aplicación.

Los medios a través de los cuales los encuestados contestan que han conocido la aplicación son: televisión, internet y familiares o conocidos.

Discusión

A pesar de la existencia de una gran preocupación por parte del gobierno de solventar el problema de las drogas en nuestro país instaurando políticas y acciones preventivas y correctivas, la prevalencia en España de su consumo sigue siendo elevado.

El gobierno en su intento creó esta aplicación móvil y multitud de objetivos que cumplir en su Plan Nacional. Se observa con este estudio como no se ha cumplido su misión con respecto a este recurso ofertado y las diferencias con lo esperado del programa.

El auge de las tecnologías en el momento actual hace que las herramientas eHealth dedicadas al cuidado vaya en aumento. Esta forma telemática del cuidado ha llegado también a las

campañas preventivas del gobierno para influenciar a los jóvenes y llegar a ellos de forma más cercana, sobre todo en temas de drogas y adicciones.

Si se tiene en cuenta el estudio realizado, a pesar de los esfuerzos e inversiones en ésta área no se logra llegar a la población general, y mucho menos a los jóvenes. Sólo un 14 % de los estudiantes conocían la aplicación para móvil creada y de la muestra total, un único 3 %. Esto nos hace plantearnos qué falla para que ni los usuarios busquen, ni las campañas lleguen a la población.

Suárez, del Morala, Musitua, Sánchez y John (2014) nos comentan en su estudio a grupo de adolescentes y expertos que las campañas informativas en medios de comunicación coinciden en que este tipo de campañas resultan ineficaces, debido fundamentalmente a «la tendencia al dramatismo en los mensajes, que les otorga una apariencia irreal».

Meneses y Charro (2014) en otro estudio relacionado con la prevención y drogas, además nos dicen que es necesario articular las estrategias preventivas que tengan en cuenta los significados e imagen social de los consumos de drogas para que la prevención sea eficaz. Desde los discursos de los adolescentes debería revisarse el modelo de información escolar sobre drogas.

Por todo esto podemos entender que no consiguen llegar al espectador como para sentirse reflejados y tomar interés. Si asociamos esto a nuestros resultados vemos como se refleja el desinterés de la muestra total hacia conocer más de este medio, de ahí que solo el 62 % hayan respondido “sí” a la pregunta: “¿Le gustaría informarse más sobre esta aplicación ahora que sabe que existe?” Si hablamos ahora de los jóvenes universitarios vemos como 21 de 29 están interesados en conocer más. Es decir, no llega a la población diana a la que va dirigida aunque los jóvenes tienen la necesidad de saber más sobre este medio.

Sin embargo, igual que en estos estudios descritos y en el nuestro propio observamos como las campañas preventivas no consiguen su labor y no consiguen llegar a los ciudadanos, otro artículo escrito por Rodríguez-Martínez (2010) sobre la nueva ley antitabaco nos demuestra lo contrario. Explica cómo las sanciones impuestas y el cambio de conducta al cambiar los entornos sociales donde se fumaba han hecho disminuir su consumo en España. Además nos informan que la nueva ley antitabaco parece influir más en jóvenes sobre todo en las etapas que van de los 16 a los 34 años, donde se observa su consumo menor al de los últimos años, además de existir un alto porcentaje de exfumadores en dicha población.

Si acudimos a la aplicación en el móvil para descargarla desde el centro correspondiente, observamos a día de hoy que solo existen alrededor de 1000 descargas. Es un dato relevante que nos da una idea de la expansión que existe de este recurso.

A pesar de que nuestro estudio sirve para hacerse una idea general del funcionamiento de ésta aplicación tenemos que apuntar como limitación que la muestra no se puede considerar significativa para llegar a conclusiones eficaces. Habría que investigar más sobre este tema para conseguir herramientas eficaces para llegar a nuestros jóvenes y concienciarlos.

Conclusiones

Con este estudio intentábamos conocer el alcance de esta aplicación móvil para conseguir paliar el consumo de drogas. Nos encontrábamos ante un medio que en principio parecía impactante e innovador, centrado sobre todo en los jóvenes y la población dado que, en general, pasan muchas horas utilizando el dispositivo móvil.

Lamentablemente los resultados no han sido esclarecedores dado que a penas se conoce este recurso y no existe un gran interés por conocerlo por la muestra. En el caso de los estudiantes sí que existe curiosidad por conocer más pero es difícil que acudan a estos medios si no existe la publicidad adecuada y sólo se puede tener acceso a él accediendo a la web del gobierno. Algo que no es llamativo ni recurrente para los jóvenes.

En un futuro deberían de plantearse modelos como los utilizados en la última acción del gobierno contra el tabaco, creando no solo leyes más restrictivas sino impactando más con los mensajes publicitarios. Sobre todo empatizando con la población diana que según los estudios no se sienten reflejados con las explicaciones.

La idea de crear una aplicación móvil es buena y atractiva, aunque la forma de venderla no ha sido la adecuada ni el formato de informarla el adecuado para los jóvenes y población en general.

Referencias

- App para dispositivos móviles. Ministerio de sanidad e igualdad. Gobierno de España. Consultado el 30 de Abril de 2014: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/publicaciones/AppPNSD.htm>
- Catalán-Matamoros, D., Muñoz-Cruzado y Barba, M., Fuentes-Hervías, M.T., (2010). Técnicas de comunicación para la prevención y el control de enfermedades. Revista Española de Comunicación y Salud, 1, (1), 50-65. Documento descargado de <http://www.aecs.es> el 18/04/2010.
- Estrategia Nacional sobre Drogas. 2009-2016. Ministerio de Sanidad y política Social. Gobierno de España. Plan Nacional sobre Drogas. Consultado el 22 de Abril de 2014: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>

Meneses, C., y Charro B. (2014) ¿Es necesaria una intervención diferencial de género en la prevención universal y selectiva del consumo de drogas en adolescentes? Revista Psiquiatría y Salud Mental, 7, (1), 5-12.

Notas de prensa. Plan Nacional sobre drogas. Gobierno de España. Consultado el 21 de Abril de 2014: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/prensa/pdf/310113.pdf>

Plan de acción sobre drogas España 2013-2016. Edita: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Rodríguez-Cruz, R., Fernández-Alemán, J.L., Toval-Álvarez, A., (2013). Desarrollo de aplicaciones de salud para plataformas móviles: un mercado emergente. Revistaesalud.com. 9, (35), 3-8.

Rodriguez-Martínez, M. (2010). Publicidad y tabaco: efectos en su consumo tras la nueva ley antitabaco en España. Revista Española de Comunicación y Salud, 1, (1), 23-29. Documento descargado de <http://www.aecs.es> el 18/04/2010.

Suárez, C., del Morala, G., Musitua, G., Sánchez, J.C. y John, B. (2014). Eficacia de las políticas institucionales de prevención del consumo de alcohol en adolescentes: la opinión de expertos y adolescentes. Aten Primaria. Consultado el 16 de Mayo de 2014: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.005> en revisión.

Análisis de las fuentes de información, nivel de conocimiento y calidad de vida en diabetes tipo 2

Analysis of information sources, level of knowledge and quality of life in Type 2 Diabetes

José Teodoro Del Pozo-Cruz^{1*}, Joan Carles March-Cerda², Mónica Petracci³

¹ Facultad de Comunicación. Universidad de Sevilla

² Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Igualdad, Salud y Política Social

³ Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires (Argentina)

Fecha de recepción: 12/12/2014 – Fecha de aceptación: 01/06/2015

Resumen

Introducción: La Diabetes Mellitus Tipo 2 es un proceso crónico que constituye un problema individual y de Salud Pública de primer orden. La comunicación en o para la salud permite llegar a diferentes públicos y compartir información relacionada con la salud con el objetivo de influir y apoyar a las personas, comunidades, profesionales sanitarios, especialistas, responsables políticos y el público en general a introducir, adoptar y mantener en el tiempo conductas o comportamientos que en última instancia pueden mejorar los resultados de salud. **Objetivos:** El presente estudio trata de identificar y comparar las principales fuentes de información que las personas con diabetes tipo 2 emplean para informarse sobre su enfermedad, los niveles de conocimiento sobre esta patología y la calidad de vida en una población procedente de tres entornos sociodemográficos diferentes (rural, urbano y deprimido). **Método:** Doscientas personas afectadas por diabetes tipo 2 y procedentes de tres entornos sociales diferentes fueron incluidas y comparadas en el estudio. **Resultados:** Los resultados sugieren que las personas afectadas por esta enfermedad que viven en zonas urbanas emplean de forma más habitual tanto los medios de comunicación como el resto de canales interpersonales para informarse sobre su enfermedad, en comparación con el resto de la población que viven en entornos rurales o deprimidos. Igualmente, reportaron tener mejores niveles de conocimiento sobre la enfermedad y calidad de vida. **Discusión y conclusiones:** Estos hallazgos enfatizan la importancia de las fuentes de información en salud y la necesidad de estudiar en futuras investigaciones el impacto o influencia real que los citados canales de comunicación pueden tener a la hora de mejorar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad e incrementar, en última instancia, la calidad de vida en personas afectadas por diabetes tipo 2.

Palabras clave: Atención primaria, calidad de vida, comunicación interpersonal, conocimiento, diabetes tipo 2, diferencias sociales, medios de comunicación.

Abstract

Introduction: Type 2 diabetes mellitus is one of the most prevalent and costly chronic metabolic disorder and an independent risk factor for vascular diseases. Successful health communication influences, engages, and supports individuals, communities, health professionals, and policymakers, and helps implement and sustain behaviors, practices and policies that ultimately improve health outcomes. **Objectives:** The current study aimed to identify and compare the different sources of health information that adults with type 2 diabetes use to get informed about their disease and to compare their level of diabetes' knowledge and health related quality of life. **Method:** Two hundred adults with type 2 diabetes with three different socio-demographic and economic backgrounds (i.e. rural, depressed and urban areas) were included and compared in the current study. **Results:** Results suggest that people with Type 2 Diabetes from urban areas are more likely to use Mass media and other interpersonal communication channels to get informed about their disease as compare with individuals from rural and depressed geographical emplacements. Participants from urban areas also reported to have a higher level of diabetes' knowledge and health related quality of life than their peers. **Discussion and conclusions:** These findings emphasize the key role that the different health information sources might have in order to upgrade the level of knowledge and enhance the health-related quality of life of people with type 2 diabetes.

Keywords: Mass Media, Diabetes Knowledge, Type 2 Diabetes, Quality of life, Interpersonal Communication, Primary Care, Social differences

*Correspondencia: jtdelpozo@us.es

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un proceso crónico que constituye un problema individual y de Salud Pública de primer orden y que afecta a la salud y calidad de vida de las personas que la padecen (de Visser CL et al., 2002; Villareal et al., 2005). La evidencia científica también muestra que tanto las características demográficas (edad, género, nivel educativo) como ciertos aspectos de los grupos sociales (cultura, etnia o estatus socioeconómico) son determinantes sociales que influyen en la incidencia y en el curso de la diabetes tipo 2 en términos de estilos y calidad de vida. (Black S., 2012).

Por otro lado, la comunicación en o para la salud permite llegar a diferentes públicos y compartir información relacionada con la salud con el objetivo de influir y apoyar a las personas, comunidades, profesionales sanitarios, especialistas, responsables políticos y el público en general para introducir, adoptar o mantener en el tiempo una conducta o comportamiento que en última instancia pueden mejorar los resultados de salud (Schiavo, 2007; Fertman IC y Allensworth D, 2010; Xiaoquan Z., 2014). De hecho, para las personas que conviven con condiciones de salud crónicas, como la DM2, comunicar en salud de forma eficaz puede incrementar tanto su bienestar como su calidad de vida (Ratzan, 2011a, 2011b).

En este sentido, aunque los profesionales de salud son citados regularmente como las principales fuentes de información en salud (Schofield et al, 2005; Hirvensalo et al, 2003), diferentes investigaciones muestran que existen otro tipo de fuentes de información (incluyendo los medios de comunicación) que igualmente participan de forma eficaz en el proceso de comunicación en salud (Cobiac et al, 2009; Brodie et al., 2000; Exchange, 2006; Smith and Hornik, 1999, Marcus et al., 1998). De hecho, en los últimos años la población recurre cada vez más a herramientas tales como la prensa, la radio, la Web o los dispositivos móviles (Struk C, Moss J; 2009). Estos instrumentos se han convertido en nuevos medios que fomentan el desarrollo de conocimientos y habilidades y son especialmente útiles en la adherencia al tratamiento de personas que padecen enfermedades crónicas, aumentando su nivel de conocimientos y potenciando cambios de comportamientos hacia estilos de vida más saludable (Weiner C, Cudney S, Winters C, 2005).

A pesar de la mencionada evidencia, pocos estudios han tratado de identificar cuáles son las principales fuentes de información empleadas por personas afectadas por DM2 y cuál es su posible relación con el grado de conocimiento de la enfermedad y con su calidad de vida (Plotnikoff et al., 2010; Xiaoquan Z., 2014). En el contexto español, tan sólo la investigación esDiabetes (2012) ha identificado las principales fuentes de información que las personas con DM2 utilizan para informarse sobre el proceso de la enfermedad. Sin embargo, no se han realizado estudios para determinar el

impacto o la influencia que las diferentes fuentes de información y contextos socio demográfico y económico pueden tener sobre el grado de conocimiento de la enfermedad y la calidad de vida en esta población. Por tanto, el objetivo del estudio fue: identificar y comparar las principales fuentes de información que las personas con DM2 emplean para informarse sobre DM2, los niveles reales de conocimiento sobre esta enfermedad y la calidad de vida en una población procedente de tres entornos sociodemográficos y económicos diferentes (rural, urbano y deprimido).

Material y métodos

Diseño del estudio y participantes

Se desarrolló un estudio transversal y descriptivo en la provincia de Sevilla (España) entre los meses de enero y junio de 2013. La investigación cumplió con las consideraciones éticas necesarias para el estudio con personas según los principios de la Declaración de Helsinki. Previa inclusión en el estudio, todos los participantes firmaron el documento de consentimiento informado. Asimismo, la presente investigación contó con la conformidad de los comités éticos de la Universidad de Sevilla, del Centro Hospitalario Universitario Virgen Macarena y del Distrito Sanitario de Atención Primaria Sevilla.

Los criterios de inclusión del estudio fueron padecer diabetes adquirida tipo 2 según la American Diabetes Association (ADA) (2012) y ser mayor de edad (18 años). Quedaron excluidos aquellos pacientes que presentaban alguna enfermedad mental grave o que pudiese perturbar las variables del estudio. Finalmente 200 participantes de los 208 que inicialmente mostraron interés fueron incluidos en el estudio.

La investigación se desarrolló en cuatro centros de Atención Primaria de la provincia de Sevilla: dos de zonas urbanas (Centro de Salud Virgen de África y Centro de Salud Huerta del Rey¹), uno de entorno marginal o deprimido (Centro de Salud Polígono Sur) y otro rural (Centro de Salud Nuestra Señora de Gracia).

Variables de estudio

Las características sociodemográficas, clínicas y de hábitos de vida de los participantes se recogieron en un cuestionario de elaboración propia. Se incluyeron: edad (años), sexo (M; masculino/F: femenino), altura (cm), peso (Kg), Acceso a Internet (sí), número diario de fármacos, cigarrillos y vasos de vino o cerveza, visitas a urgencias (sí) y tiempo de diagnóstico (menos de una año, entre uno y cuatro años, hace más de cinco años y no lo recuerdo).

Con el objetivo de identificar las principales fuentes de información empleadas por los participantes para informarse sobre los hábitos de vida saludable que deben adoptar para mejorar el proceso de su enfermedad, se utilizó el cuestionario elaborado por Ronald C Plotnikoff, Johnson Steven, Nandini Karunamuni y Normand Boule (2010). Tras adaptarlo al idioma español, fue validado a través de una

primera reunión de expertos, un test de fiabilidad (alfa de cronbach = 0,85), un pilotaje (Sicardo, E. et al., 2013; Borrero et al., 2013, Sicardo et al., 2013) y una posterior última revisión de expertos antes de utilizarlo en el presente estudio. El cuestionario (Anexo 1) está compuesto por los siguientes ítems: profesional sanitario, especialista, familia, compañeros de trabajo, amigos, radio, prensa y/o libros, Web, televisión y otro.

Se eligió el cuestionario de fundamentos teóricos sobre diabetes mellitus tipo 2 elaborado por la Universidad de Sydney (Dunn SM, Bryson JM, Hoskins PL, Alford JB, Handelsman DJ y cols., 1984) y adaptado y validado al idioma español por Piñero F y colaboradores (1991) con el objetivo de evaluar el grado de conocimiento que nuestra población tenía sobre su enfermedad. El cuestionario consta de 14 preguntas que abarcan tres áreas o dimensiones de conocimientos teóricos sobre la enfermedad²: aspectos generales (preguntas 31 a 35), aspectos dietéticos (preguntas 36 a 40) y posibles complicaciones (preguntas 41 a 44). Además, es importante mencionar que éste es un cuestionario validado para pacientes con diabetes mellitus tipo 2, cuyos componentes se refieren únicamente a aspectos prácticos del cuidado de la enfermedad y que no contiene, por tanto, preguntas relacionadas con la fisiopatología de la enfermedad.

Para evaluar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud se utilizó la versión española del cuestionario EuroQol Quality of Life Scale, que coincide con las siglas EQ-5D-3L (The EuroQol Group. Health Policy; 1990). Se trata de un instrumento genérico de medición de la calidad de vida que puede utilizarse tanto en individuos relativamente sanos (población general) como en grupos de pacientes con diferentes patologías. El propio individuo valora su estado de salud en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo). El sistema descriptivo contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas tiene tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves).

Procedimiento

Las encuestas fueron realizadas por un técnico previamente instruido. Todas las encuestas se realizaron entre los meses de enero y febrero de 2013 en el Centro de Salud Polígono Sur (n = 50), entre febrero y marzo en el Centro de Salud Nuestra Señora de Gracia (n = 50), entre marzo y abril en el centro de Los Remedios (n = 50) y por último también durante el mes de abril en Huerta del Rey (n = 50). El procedimiento, en primer lugar, fue contar con el apoyo y la coordinación del equipo de Atención Primaria de cada centro de salud, que aprovechando algún control rutinario de sus pacientes los derivaba a la consulta donde se encontraba el técnico. Este mismo procedimiento se repitió hasta completar 50 cuestionarios en cada centro de salud y llegar a una muestra total de 200 (N = 200).

Análisis estadístico

Todos los análisis estadísticos fueron desarrollados empleando el software Statistical Package for Social Sciences (SPSS, v. 15.0 for WINDOWS, SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Inicialmente y para testar la normalidad de los datos usamos el test de Kolgomorov-Smirnov con corrección de Lillifors. Los niveles de significación fueron establecidos en 0.05 para todos los análisis realizados. La estadística descriptiva está presentada como Media y Desviación Estándar (DE) en aquellas variables continuas que mostraban una distribución paramétrica y como Mediana y Rango Intercuartílico (RIQ) en variables también continuas pero con distribución no paramétrica. Aquellas variables de corte categórico están expresadas en términos de porcentajes (%). Las diferencias entre los cuatro grupos de población fueron analizadas mediante el test de H de Kruskal Wallis para las variables continuas (grado de conocimiento de la diabetes). En este sentido, y dado que no es posible la realización de pruebas pos-hoc en el caso de análisis no paramétrico de los datos, se realizó un análisis de la varianza (ANOVA) de un factor y su correspondiente prueba pos-hoc para varianzas desiguales (Tamhane) con el objetivo de especificar qué grupos diferían entre sí. Asimismo, utilizamos test de Chi Cuadrado para determinar las diferencias entre los cuatro grupos poblacionales en aquellas variables de origen categórico (dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud del cuestionario EQ-5D y fuentes de información).

Resultados

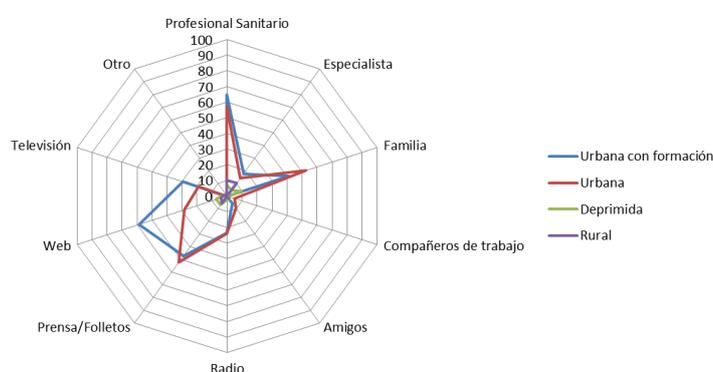
La tabla I muestra las particularidades sociodemográficas, clínicas y los hábitos de vida de la totalidad de participantes en el estudio (101 eran mujeres y 99 hombres). La media de edad de los participantes fue de 69 años y un 23% sí disponía de acceso a Internet desde su casa o dispositivo móvil. En cuanto a los aspectos clínicos y aquellos relacionados con la salud, un 35% reconoció haber visitado las Urgencias de hospitales o centros de salud por complicaciones en el proceso de su diabetes. Finalmente, el número medio diario de fármacos consumidos por los participantes fue de 7.5, el de cigarrillos de 1,65 y el de vasos de vino o cerveza de 0,88.

Variables	
Edad (años)	69,05 (9,93)
Sexo (M: masculino/F: femenino) (%)	M: 101 (50,8%)/F: 99 (49,2%)
Altura (cm)	161,79 (8,55)
Peso (kg)	77,85 (13,15)
Acceso a Internet (sí) (%)	23,1
Nº fármacos (día)	7,49 (4,08)
Nº cigarrillos (día)	1,65 (4,40)
Nº vasos de vino/cerveza (día)	0,88 (1,28)
Visitas a Urgencias por Diabetes tipo 2 (sí) (%)	34,6

Tabla 1. Perfil sociodemográfico, clínico y principales hábitos de vida (N=200). Variables presentadas como media aritmética (DE) o porcentaje (%). Fuente: Elaboración propia

Análisis de las fuentes de información en Salud

La gráfica 1 muestra que para el grupo Rural el profesional sanitario y la familia son los principales canales de comunicación con un 10,0% cada uno, seguidos de la prensa, libros o folletos sanitarios (6,0%), la Web (4,0%) y el resto de fuentes minoritarias de información como los amigos (2,0%), la televisión (2,0%), el especialista (2,0%), los compañeros de trabajo (0,0%), la radio (0,0%) y otro (0,0%). En el grupo Deprimido esta tendencia es similar y la familia es el principal canal de comunicación con un 9,5%, seguido del profesional sanitario (7,1%), la prensa, libros o folletos (7,1%), la Web (7,1%) y del resto de fuentes minoritarias de información como el especialista (4,8%), los amigos (2,4%), la televisión (2,4%), la radio (2,4%), los compañeros de trabajo (0,0%) y otro (0,0%).



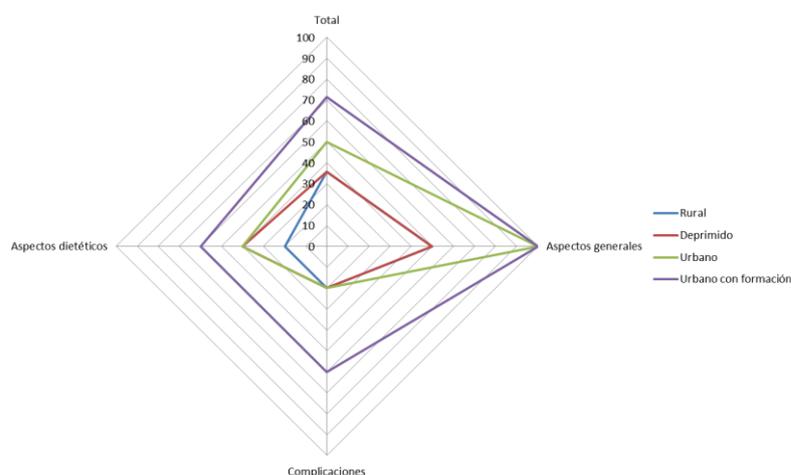
Gráfica 1. Comparación entre los grupos de los canales de comunicación a los que recurren los pacientes para buscar información sobre diabetes tipo 2 (N = 200). Fuente: elaboración propia

Para el grupo Urbano los principales canales de comunicación son el profesional sanitario (57,1%), la familia (52,4%), la prensa, libros o folletos sanitarios (52,4%), la Web (28,6%), la radio (23,8%), la televisión (19,0%) y del resto de fuentes minoritarias como los amigos (9,5%), los compañeros de trabajo (4,8%) y otro (0,0%). Por su parte, aunque en el grupo Urbano formación la tendencia es similar, observamos leves diferencias en el uso de la Web como fuente de información ya que se sitúa en segundo lugar con un 58,8% tras el profesional sanitario (64,7%). A éstos les siguen la prensa (47,1%), la familia (41,2%), la televisión (29,4%), la radio (23,5%), el especialista (17,6%), los amigos (5,9%) y por último los compañeros de trabajo y otro con un 0,0% cada uno.

La prueba de significación Chi cuadrado confirma que existen diferencias significativas entre los grupos en el profesional sanitario (chi cuadrado= 40,18; $p < 0,01$), la familia (chi cuadrado = 23,80; $p < 0,01$), la radio (chi cuadrado = 19,52; $p < 0,01$), la prensa (chi cuadrado = 33,21; $p < 0,01$), la Web (chi cuadrado = 33,21; $p < 0,01$) y la televisión (chi cuadrado = 17,32; $p = 0,001$).

Grado de conocimiento

El gráfico 2 muestra que el grupo Rural presenta una mediana de 35,71% (21,43) en aciertos totales, 50,00% (31,25) en aciertos sobre aspectos generales, 20,00% (40,00) en complicaciones y 20,00% (25,00) en conocimiento dietético. El grupo Deprimido muestra una mediana de 35,71% (23,22) en aciertos totales, 50,00% (50,00) en aciertos sobre aspectos generales, 20,00% (0,00) en complicaciones y 40,00% (40,00) en conocimiento dietético. Por su lado, el conocimiento sobre la enfermedad es mayor en los entornos Urbano y Urbano formación, el primero presenta una mediana de 50,00% (32,14) en aciertos totales, 100,00 (25,00) en aciertos sobre aspectos generales, 20,00% (40,00) en complicaciones y 40,00 (30,00) en conocimiento dietético; el segundo tiene aún mejores resultados y describe una mediana de 100,00% (0,00) en aciertos totales, 97,05% (8,30) en aciertos sobre aspectos generales, 60,00% (50,00) en complicaciones y 60,00% (40,00) en conocimiento dietético.



Gráfica 2. Comparación entre grupos del grado de conocimiento sobre la diabetes tipo 2 expresado en términos de mediana (rango intercuartílico). (N = 200). Fuente: elaboración propia

Al comparar las medianas entre las distintas dimensiones del grado de conocimiento sobre DM2 se contrastó que existían diferencias significativas en el grado de conocimiento entre los cuatro grupos. En cuanto a los aciertos totales, encontramos significación entre Rural vs Urbano ($p < 0,01$), Rural vs Urbano Formación ($p < 0,01$), Deprimido vs Urbano ($p < 0,01$) y Deprimido vs Urbano Formación ($p < 0,01$). Respecto a los aciertos en los aspectos generales, observamos diferencias significativas entre Rural vs Urbano ($p < 0,01$), Rural vs Urbano formación ($p < 0,01$), Deprimido vs Urbano ($p < 0,01$) y Deprimido vs Urbano formación ($p < 0,01$). En el conocimiento de las complicaciones de la enfermedad también existe significación, concretamente entre Rural vs Urbano formación ($p < 0,01$), Deprimido vs Urbano formación ($p < 0,01$) y Urbano formación vs Urbano ($p < 0,01$). Por último, y en relación a los aspectos dietéticos, hemos encontrado diferencias significativas entre Rural vs Urbano formación ($p < 0,01$) y Deprimido vs Urbano formación ($p < 0,01$).

Calidad de Vida Relacionada con la Salud

La Tabla II muestra las diferencias existentes entre los cuatro grupos en relación a las cinco dimensiones que componen la calidad de vida evaluada a través del cuestionario EuroQol 5D. Respecto a movilidad, los grupos Deprimido y Rural son los que presentan mayores problemas con un 52,4% y 46,0% cada uno; mientras que el Urbano desciende al 19,0% y el Urbano formación al 29,4%. En cuanto al cuidado personal, la tendencia se repite y los grupos Deprimido y Rural son los que muestran mayores dificultades para realizar sus propios cuidados con un 21,4% y un 10,0% respectivamente; mientras que este porcentaje es bastante menor en los entornos Urbano (4,8%) y Urbano formación (0,0%). En relación a las complicaciones para desarrollar con normalidad las actividades diarias, el grupo Deprimido vuelve a presentar los porcentajes más altos con un 33,3%, seguido del Rural con un 12,0% y de los entornos Urbano (9,5%) y Urbano formación (5,9%). En términos de dolor o malestar la diferencia porcentual es menor entre los cuatro grupos que componen el estudio y si los ordenamos de manera decreciente encontramos, en primer lugar, a los pacientes del grupo Deprimido (85,7%), seguido de los grupos Urbano (61,9%), Rural (54,0%) y Urbano formación (47,1%). En clave de ansiedad o depresión el escenario es similar y el grupo Deprimido es el que presenta mayores índices con un 81,0%, seguido del Rural con un 70,0% y del Urbano y Urbano formación con un 57,1% y un 29,4% cada uno.

Variables	Rural	Deprimido	Urbano Form.	Urbano
Movilidad				
Sí (%)	52,4%	46,0%	29,4%	19,0%
No (%)	47,6%	54,0%	70,6%	81,0%
Cuidado personal				
No (%)	90%	78,6%	100,0%	95,2%
Sí (%)	10,0%	21,4%	0,0%	4,8%
Actividades cotidianas				
No (%)	88,0%	66,7%	94,1%	90,5%
Sí (%)	12,0%	33,3%	5,9%	9,5%
Dolor o malestar				
No (%)	46,0%	14,3%	52,9%	38,1%
Sí (%)	54,0%	85,7%	47,1%	61,9%
Ansiedad o depresión				
No (%)	30,0%	19,0%	70,6%	42,9%
Sí (%)	70,0%	81,0%	29,4%	57,1%

Tabla 2. Calidad de Vida Relacionada con la Salud (N=200) Variables presentadas en porcentaje (%) y mediana (rango intercuartílico). EQ-5D: cuestionario europeo de Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, esta influencia de los aspectos relacionados con la vida social y el medio ambiente en la calidad vida de las personas afectadas por DM2 cristaliza en la existencia entre los grupos de diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones que componen la Calidad de Vida Relacionada con la Salud: movilidad (chi cuadrado = 7,84; $p = 0,049$), cuidado personal (chi cuadrado = 7,30; $p=0,063$), actividades diarias (chi cuadrado = 10,75; $p = 0,013$), dolor o malestar (chi cuadrado = 13,00; $p = 0,005$) y ansiedad (chi cuadrado = 15,45; $p = 0,001$).

Discusión

En el proceso de la investigación, hemos identificado y comparado en tres entornos sociodemográficos y económicos diferentes (rural, deprimido y urbano) el uso que las personas con DM2 hacen de los medios de comunicación (Internet, radio, prensa y televisión) y de los canales interpersonales (profesional sanitario, especialista, amigos, familia y compañeros de trabajo), el grado de conocimiento que los participantes tienen sobre la enfermedad y otros indicadores de salud como su calidad de vida.

Fuentes de información en Salud

Entre las diferentes fuentes de información a las que pueden recurrir los pacientes afectados por diabetes tipo 2 para mejorar el grado de conocimiento sobre hábitos de vida saludable, existen dos tendencias claras entre los cuatro grupos analizados. Por un lado se encuentran los grupos Rural y Deprimido, que en términos generales emplean escasas fuentes para informarse sobre el proceso de la diabetes tipo 2. Estos datos contrastan con los resultados de la encuesta esDiabetes, tómatela en serio (2013), estudio realizado por la Alianza Boehringer Ingelheim Lilly en Diabetes, junto con las principales sociedades médicas y grupos de pacientes implicados en la diabetes en España (SED, SEMI, RedGDPS y FEDE) y que asegura que las personas con diabetes acuden en primer lugar a Internet como principal fuente de información sobre su enfermedad, por delante de los profesionales médicos. Esta situación puede responder a que la citada encuesta se realizó telemáticamente de forma aleatorizada y, por tanto, sólo a pacientes que disponían de internet en su domicilio, lugar de trabajo o dispositivo móvil. En nuestro estudio, el acceso a la Web está especialmente limitado en los entornos rural y deprimido y, por ende, resultaría muy difícil que estas personas pudieran responder a dicha encuesta y superar este sesgo a la hora de informarse sobre la enfermedad.

Por otro lado, en aquellos participantes procedentes de entornos urbanos y que además tenían mayor acceso a Internet el porcentaje del uso de la Web como fuente o recurso de información es mayor, aunque sin llegar a ser el principal. A partir de estos resultados, parece muy importante el factor de la edad, ya que la media de años de nuestros participantes fue de 69 y, según reflejan las últimas encuestas del Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), a pesar de que el porcentaje ha aumentado en los últimos años es la franja de edad que menor uso hace de Internet en su vida diaria (INE, 2014; CSIC, 2014).

Grado de conocimiento sobre Diabetes tipo 2

Diferentes estudios ponen de manifiesto que la puesta en marcha tanto de campañas de salud como de programas de educación en diabetes tipo 2 son eficaces a la hora de mejorar el conocimiento de la enfermedad, y por ende el manejo de la misma, en zonas principalmente

rurales o de privación social (Leonard E. Egede y Charles Ellis, 2008). En consonancia con estas investigaciones, el presente estudio muestra dos tendencias de conocimiento claramente diferenciadas, una ascendente relacionada con los grupos Urbano y Urbano formación, y otra descendente que muestra un grado bajo de conocimiento en los entornos Rural y Deprimido.

No obstante, estos resultados contrastan con algunos estudios previos que igualmente evaluaron el conocimiento sobre DM2 en Atención Primaria aunque sin estudiar, precisamente, a pacientes que pudieran estar relacionados con un nivel de educación bajo y que pertenecieran, por ejemplo, a diferentes entornos o realidades sociales (Norris SL, Engelgau MM & Venkat Narayan KM, 2001; Piñero F, Lara E, Muñoz P, Herrera T, Rodríguez R; 1991).

De este modo, las fuentes de información en salud, además de favorecer el desarrollo y la difusión de mensajes en audiencias específicas que presentan diferentes características demográficas o sociales, puede llegar a influir en sus niveles de conocimiento y promover con ello comportamientos más saludables.

Calidad de Vida Relacionada con la Salud

En nuestro estudio, coincidiendo con otros autores (Leonard E. Egede, Anouk L. Grubaugh & Charles Ellis, 2010; Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. 2002), las diferencias que existen entre los cuatro grupos analizados en relación a las cinco dimensiones analizadas de la calidad de vida sugieren que los aspectos relacionados con la vida social y el medio ambiente son factores que también influyen en el bienestar de las personas afectadas por esta patología crónica. Otros estudios también ponen de manifiesto que la presencia de factores como el dolor o el malestar y la ansiedad o depresión son característicos en pacientes con diabetes tipo 2 y por tanto no resulta extraño que aparezcan estos valores porcentuales en nuestro estudio (Luque DJ, 1995).

El presente estudio muestra algunas limitaciones relacionadas principalmente con el ámbito geográfico, ya que éste podría haberse desarrollado en clave nacional. Igualmente, al tratarse de una muestra no probabilística por conveniencia resulta difícil llegar a una generalización en nuestros resultados. No obstante, otros estudios probabilísticos realizados a nivel nacional con población diabética en entornos de Atención Primaria confirman la semejanza en la distribución de características personales y clínicas de la población incluida en el estudio (Mata M., Roset M., Badia X., Antoñanzas F. y Ragel J; 2003). Por tanto, y aunque no se puede afirmar en términos estadísticos, las características de los participantes de nuestro estudio son muy similares a las que presenta la población afectada por diabetes tipo 2 en España, hecho que confiere validez y relevancia a nuestros resultados.

No obstante, el escenario descrito a partir de nuestros resultados plantea, en primer lugar, la necesidad de realizar futuros análisis para comprobar si efectivamente existe una correlación

positiva o influencia entre aquellos participantes que demostraron estar mejor informados y su nivel de conocimiento sobre la enfermedad y calidad de vida. Estos hallazgos permitirían avanzar en el desarrollo de nuevas estrategias de acción que contribuyan de forma integral a instalar hábitos de vida saludable en personas con diabetes tipo 2. Asimismo, las manifiestas diferencias tanto en el uso de las fuentes de información como en el grado de conocimiento y calidad de vida que existen entre los principales entornos sociales sugieren la necesidad de realizar futuras intervenciones para intentar que las desigualdades sociales en el ámbito socioeconómico no se trasladen al ámbito de la salud, reforzando con ello la atención a enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2.

Conclusión e implicaciones prácticas

En conclusión, el presente estudio muestra al profesional sanitario como principal fuente de información en salud, seguido de la familia, la prensa, libros o folletos y la Web, que también tienen un peso importante como recurso informativo. De forma más específica, en las zonas deprimidas y rurales de la provincia de Sevilla el acceso a Internet entre la población mayor afectada por diabetes tipo 2 es muy limitado. Este hecho contrasta con el alto porcentaje que presentan las zonas urbanas, donde no existe este tipo de brecha o barrera tecnológica y donde además son más proactivos a la hora de emplear los medios de comunicación o el resto de canales de comunicación para informarse sobre su enfermedad. Asimismo, aquellos participantes del estudio procedentes de un entorno urbano de la provincia de Sevilla y que además recibían educación diabetológica de forma estructurada presentaron mayores niveles de conocimiento sobre su enfermedad y mejores índices de calidad de vida.

En general, estos resultados enfatizan el papel clave que las diferentes fuentes de información en salud pueden tener a la hora de mejorar tanto el grado de conocimiento como la calidad de vida de las personas afectadas por DM2. Igualmente, también sugieren que determinados factores como el acceso a Internet y la educación diabetológica pueden ser importantes a la hora de mejorar el bienestar de las personas afectadas por diabetes tipo 2. Por ello, resultaría de enorme interés aunar propuestas e iniciativas con el objetivo de aumentar el uso que la población hace de los diferentes canales de comunicación donde pueden encontrar la información necesaria para mejorar el control de su enfermedad (profesional sanitario, especialista, Web, familia, prensa, radio, televisión, etc.).

Apoyos y agradecimientos

A los autores del artículo les gustaría expresar su profundo agradecimiento a los participantes del estudio y el equipo de Atención Primaria de los cuatro centros de salud implicados en el estudio. Extendemos dicho reconocimiento tanto a la entidad financiadora (Universidad de Sevilla) como al principal organismo colaborador, la Consejería de Igualdad, Salud y Política Social de la Junta de Andalucía.

Notas

¹ Ubicado en el barrio urbano de Nervión/La Buhaira (Sevilla). Este centro urbano presentaba la particularidad de que todos los pacientes encuestados estaban recibiendo o habían recibido educación diabetológica estructurada durante un taller de siete semanas de duración. Los datos sociodemográficos de los distritos donde se insertan los centros de salud están disponibles en: <http://www.sevilla.org/ayuntamiento/distritos>

² Las respuestas correctas están marcadas con una (X) sobre el cuestionario (Anexo I).

Referencias

- American Diabetes Association (ADA). Diabetes Type 2. (2012). Consultado el 20 de Julio de 2012 en: <http://goo.gl/DurJ5X>.
- American Diabetes Association. (2008). Standards of medical care in diabetes—2008. *Diabetes Care*, 31(Suppl. 1), 12–54. (<http://goo.gl/j7QMqY>) (08-10-2014).
- Black SA. (2002). Diabetes, diversity, and disparity: What do we do with the evidence? *American Journal of Public Health*. Abril; 92(4), 543-548. (DOI: <http://doi.org/c9gm9t>).
- Borrero-González, J, Sicardo Pinilla, E., Del Pozo-Cruz, J.T., Alfonso-Rosa, R.M., Del Pozo-Cruz, B., Del Pozo-Cruz, J. Professional training council on health and physical activity and its influence on (HRQOL) in patients affected by (SM), *Kronos: Physical Activity and Health* 2013, 12 (1):22-31. (<http://hdl.handle.net/11268/2868>) (08-10-2014).
- Brodie, M., Kjellson, N., Hoff, T., & Parker, M. (1999). Perceptions of Latinos, African Americans, and Whites on media as a health information source. *Howard Journal of Communications*, 10(3), 147-167. (DOI: <http://doi.org/dxkpnw>).
- Cobiac LJ, Vos T, Barendregt JJ (2009) Cost-Effectiveness of Interventions to Promote Physical Activity: A Modelling Study. *PLoS Med* 6(7): e1000110. (DOI: <http://doi.org/ft594d>).
- De Visser CL, Bilo HJ, Groenier KH, de Visser W, Jong Meyboom-de B. (2002). The influence of cardiovascular disease on quality of life in type 2 diabetics. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, May; 11(3), 249-61. (PMID: 12074262).

- Dunn SM, Bryson JM, Hoskins PL, Alford JB, Handelsman DJ, Turtle JR (1984) Development of the diabetes knowledge (DKN) scales: forms DKNA, DKNB and DKNC. *Diabetes Care* 7, 36-41. (DOI: <http://doi.org/fh9k2t>)
- EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group. *Health Policy*. 1990; 16(3),199-208. (PMID: 10109801)
- Fertman CI y Allensworth D. (2010). *Health Promotion Programs. From theory to practice.* (1ª ed.). Estados Unidos: Jossey-Bass
- Hirvensalo M, Heikkinen E, Lintunen T, Rantanen T. (2003). The effect of advice by health care professionals on increasing physical activity of older people. *Scandinavian Journal of Medicine&Science in sports*. Aug; 13(4):231-6. (<http://goo.gl/CT4DYc>) (08-10-2014).
- Centro Superior de Investigaciones Científicas. (2014). *Informes envejecimiento en red.* Disponible en: <http://goo.gl/G1Mx0C> (07-10-2014).
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. *Población.* (2012). Disponible en: <http://www.indec.gov.ar/>. (10-10-2014)
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2012). Recuperado el 23 de abril de 2012 de: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_sintesis.htm
- Leonard E. Egede y Charles Ellis. (2008) The Effects of Depression on Diabetes Knowledge, Diabetes Self-Management, and Perceived Control in Indigent Patients with Type 2 Diabetes *Diabetes Technology & Therapeutics*. June 2008, 10(3), 213-219. (DOI: doi:10.1089/dia.2007.0278)
- Leonard E. Egede, Anouk L. Grubaugh, y Charles Ellis (2010) The effect of major depression on preventive care and quality of life among adults with diabetes. *General Hospital Psychiatry*. Vol. 32, Issue 6, 563-569. (DOI: <http://doi.org/fbwjg8>).
- Mata M., Roset M., Badia X., Antoñanzas F. y Ragel J. (2003) Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España. *Atención Primaria*, 31(8), 493-9 (PMID: 12765587).
- Norris SL, Engelgau MM, Venkat Narayan KM. (2001) Effectiveness of Self-Management Training in Type 2 Diabetes. A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*, 2001. 24(3), 561-587. (<http://goo.gl/15YU9J>) (29-09-2014).
- Piñero F, Lara E, Muñoz P, Herrera T, Rodríguez R, Mayo MA (1991). Nivel de conocimiento de pacientes con diabetes tipo II de atención primaria. *Gaceta Sanitaria* 24 (5), 130-134. (<http://goo.gl/nOP6me>) (05-10-2014).
- Plotnikoff RC, Johnson ST, Karunamuni N, Boule NG. (2010). Physical activity related information sources predict physical activity behaviors in adults with type 2 diabetes. *Journal of Health Communication* 15(8), 846-58. (DOI: <http://doi.org/d8ts58>).
- Ratzan S. (1994). *Health communication: Challenges for the 21st century.* Estados Unidos: Thousand Oaks.
- Ratzan SC. (2011). Health information: diffusing information to knowledge and action. *Journal of Health Communication*. Oct; 16 (9), 923-4. (DOI: <http://doi.org/c3vjmf>).

- Ratzan SC. (2011). Web 2.0 and health communication. *Journal of Health Communication*. 16 Suppl 1:1-2. (DOI: <http://doi.org/bgj63s>).
- Schiavo R. (2007). *Health Communication: From Theory to Practice*. (1ª ed.). Estados Unidos: Jossey-Bass.
- Seale C. (2003). *Media and Health*. (2ª ed.). Londres: SAGE Publications Ing.
- Schofield, G., Croteau, K., & McLean, G. (2005). Trust levels of physical activity information sources: A population study. *Health Promotion Journal of Australia*, 16(3),221-224 (PMID: 16375038)
- Sicardo Pinilla, E., Borrero-González, J., Del Pozo-Cruz, J.T., Alfonso-Rosa, R.M., Del Pozo-Cruz, B., Del Pozo-Cruz, J. Influence of Physical Activity consumer information on HRQoL, Motivation and level of Physical Activity in patients affected by DM2, *Kronos: Physical Activity and Health* 2013, 12 (1), 56-64. (<http://goo.gl/yUOc1Z>) (03-09-2014).
- Sicardo, E., del Pozo-Cruz, JT., Alfonso-Rosa, R.M., del Pozo-Cruz, B., Borrero.González J., del Pozo-Cruz, J. Health-care counselling strategies for patients with diabetes and their relationship to physical activity and psychosocial profiles. *Writings of Psychology* 2013, 6 (2), 42-52. (DOI: <http://doi.org/v7s>).
- Spanish National Survey: esDIABETES, TÓMATELA EN SERIO (2012). (<http://goo.gl/2oagH2>) (20-07-2014)
- Strawbridge WJ, Deleger S, Roberts RE, Kaplan GA. Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *Am J Epidemiol* 2002; 156, 328-34. (PMID: 12181102).
- Struk C, Moss J. (2009) Focus on Technology: ¿What Can You Do to Move the Vision Forward?. *CIN: Computers Informatics Nursing*; 27 (3), 192-194. (DOI: [10.1097/NCN.0b013e3181a5568e](http://doi.org/10.1097/NCN.0b013e3181a5568e))
- Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Publica Mex* 2002; 44 (5), 448-463. (<http://goo.gl/HI2gNv>) (08-10-2014).
- Villareal DT, Apovian CM, Kushner RF, Klein S. (2005). Obesity in older adults: technical review and position statement of the American Society for Nutrition and NAASO: The Obesity Society. *The American journal of clinical nutrition*, Nov; 82(5), 923-34. (PMID: 16280421).
- Williams JD, Williams TF, Martin DA, Hogan M y Anderson E, 1967. A study of diabetic patients at home. *American Journal of Public Health*. 57, 452-9 (<http://goo.gl/ECrvWN>) (01-09-2014).
- Weiner C, Cudney S, Winters C. (2005) Social Support in Cyberspace. The next Generation. *CIN: Computers Informatics Nursing*; 23 (1), 7-15. (<http://goo.gl/zYHPT1>) (10-10-2014)
- Xiaoquan Zhao (2014). Relationships Between Sources of Health Information and Diabetes Knowledge in the U.S. Hispanic Population. *Health Communication*, 29,6, 574-585, DOI: [10.1080/10410236.2013.784937](http://doi.org/10.1080/10410236.2013.784937)

Revisiones

Una mirada desde la comunicación en salud a los planes de promoción de salud en Sudamérica. Casos: Bolivia, Chile, Colombia

A look from health communication plans to promote health in South America. Cases: Bolivia, Chile, Colombia

Carlos Andrés Martínez-Beleño^{1*}, Mayra Orozco-Barraza²

¹ Grupo de Investigación Área de Broca: Medios, Lenguaje y Sociedad, Universidad Autónoma del Caribe, Colombia

² Grupo de Investigación Comunicación y Región, Universidad Autónoma del Caribe, Colombia

Fecha de recepción: 30/08/2014 – Fecha de aceptación: 02/02/2015

Resumen

El objetivo de esta investigación fue caracterizar los planes de promoción de Salud en tres países suramericanos Bolivia, Chile y Colombia. Esta caracterización se hizo desde los enfoques de las Teorías de Comunicación en Salud e identificar en última instancia si en estos planes contemplan la perspectiva de Comunicación en salud dentro de sus propuestas de desarrollo y por consiguiente los enfoques de promoción de la salud. Esta investigación se desarrolló a partir de un estudio de casos múltiples delimitado por los planes de los países seleccionados. Estos planes han sido formulado y establecidos desde el año 2010 (con vigencia a diez años) por los gobiernos de Bolivia, Chile y Colombia. Asimismo para lograr dicha caracterización se diseñó una matriz donde se evidencian los Principios, Programas/Proyectos y Estrategias incluidas en dichos planes, el propósito reconocer si los Planes de Promoción de la Salud en los países estudiados fundamentan su enfoque desde la Comunicación para el cambio social. Para este caso, solo se pretende hacer una descripción textual de los planes a fin de brindar más información al tema de comunicación en salud y su inmersión en los mismos.

Palabras clave: *Comunicación en salud, Promoción de la Salud, Teorías y Modelos de Comunicación.*

Abstract

The objective of this research was to characterize the plans for health promotion in three South American countries, Bolivia, Chile and Colombia. This characterization was made from the approaches of Health Communication Theories and ultimately identify if these plans include the prospect of Health Communication within their development proposals and therefore approaches health promotion. This research was developed from a multiple case study defined by the plans of the selected countries. These plans have been formulated and established since 2010 (valid for ten years) by the governments of Bolivia, Chile and Colombia. Also to achieve such a matrix characterization are evident Principles, Programs / Projects and Strategies included in these plans in order to recognize whether Plans Health Promotion in the studied countries base their approach from the communication for Social Change. For this case, only the intention to make a textual description of plans to provide more information on the topic of health communication and immersion in those plans.

Keywords: *Health Communication, Health Promotion, Communication Theories and Models.*

*Correspondencia: carlosandres0513@hotmail.com

Introducción

Los países latinoamericanos en sus múltiples dimensiones pero principalmente en lo económico, social y ambiental, se ha caracterizado por una constante inestabilidad, sin embargo aún dentro de este panorama se han gestado profundos cambios y transformaciones, que ha afectado entre otros sus, sistemas y políticas de salud.

Desde esta perspectiva (transformaciones), es necesario hacer alusión al estado actual de la promoción de la salud en Suramérica, enfatizando en aquellos Planes de Promoción de la Salud que se “plantean” de forma horizontal y buscan promover la salud humana, dirigiendo su accionar hacia el mejoramiento de los estilos de vida de la población vulnerable, con el fin de que estas logren estados de bienestar.

Desde inicio de los años ochenta, la comunicación para la salud logró abrirse un espacio en la agenda pública latinoamericana en salud, después de la estrategia de Educación Sanitaria, esta última perdió vigor al verse frente a procesos más dialógicos en términos conceptuales y prácticos, desde donde debería potenciarse el empleo de los medios masivos y empoderamiento de las poblaciones vulnerables en la solución a sus problemáticas, en este caso de salud.

Según Campo (2011), la integralidad de la salud es un concepto que abarca calidad, armonía y “normalidad” en lo social, biológico, psicológico y espiritual. Por consiguiente es aplicable a los individuos, familias y sociedades como principales beneficiarios de los esfuerzos que se generen a partir de la promoción de la misma. Así la Promoción de la Salud es un aspecto fundamental en el cambio de estilos de vida de la población.

Bajo lo anterior y siguiendo lo planteado por Aarva, Haes y Visser, (1997) citado por Ríos, (2011) la salud y la comunicación pueden estar interrelacionadas en diferentes niveles: ya sean en relación con individuos, grupos o sistemas. Igualmente Mosquera, (2003) afirma, que en diversos estudios se ha demostrado que la comunicación en todos los niveles –masiva, comunitaria e interpersonal- juega un papel importante en la difusión de conocimiento, de conductas, valores, normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de un sujeto y al desarrollo de los pueblos.

Según Atoche, (2003) varios autores coinciden en categorizar el papel de los medios de comunicación como pieza clave en el desarrollo de una comunicación para la salud efectiva. Así lo confirma Beltrán,

(1997) citado por Atoche, (2003) quien expresa que el empleo sistémico de medios de comunicación individuales, de grupo, masivos y mixtos, así como tradicionales y modernos –como los medios informativos y multimedia-, son una herramienta de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales que cumplan los objetivos de los programas de salud pública.

En concordancia con lo planteado anteriormente, Tenorio, A. y Plaza V. (2008) afirman que dada a la importancia de esta problemática, llama la atención la escasez de investigaciones en evaluación en programa de salud –en este caso caracterización- de Programas de Salud Pública. Por estas surge la necesidad de identificar desde la Comunicación en salud, las características que estructuran los tres Planes de Promoción de la Salud de países Suramericanos como Bolivia, Chile y Colombia, pretendiendo reconocer desde el soporte teórico –teorías o modelos de comunicación- si los Planes formulados desde el año 2010 hasta hoy en los tres países satisfacen las orientaciones generales de la promoción de la salud, de la comunicación en salud y promueven estilos de vida saludables de la población.

En esta dirección, Mosquera, (2003), afirma que las investigaciones realizadas en este campo han demostrado que los programas de comunicación en salud, basados en la teoría pueden poner la salud en la agenda pública, reforzar los mensajes sanitarios, estimular a las personas para que busquen más información, y en algunos casos, dar lugar a estilos de vida saludables.

En este sentido, se pretende caracterizar desde los modelos o teorías de comunicación en salud los Planes de Promoción de la Salud de países como Bolivia Chile y Colombia, identificando los principios, programas/proyectos y estrategias que los estructuran. Para ello, se emplearon técnicas e instrumentos de revisión documental, fundamental para la selección, clasificación, lectura y análisis de contenido.

Asimismo, los objetivos puntuales que orientaron la intención de este proyecto fueron planteados así: En un primer momento, evidenciar las Teorías de la comunicación en salud en relación con las categorías: Cognición, Autosuficiencia, Motivación, Moldeamiento, Afecto, Comportamiento.

Y en segundo lugar, Contrastar los Planes de Promoción de la Salud a partir de las teóricas de comunicación indagadas. (Categorías observadas)

En términos generales, se logró identificar que la Comunicación en salud tiene como objetivo acompañar, facilitar y promueve el desarrollo humano, ya que ésta, en general fortalece la calidad de los aspectos primordiales para el desarrollo del potencial humano dentro de su entorno.

Comunicación en salud

Para Atoche, (2003) al término Promoción para la Salud se le sumó Educación para la Salud y por último Comunicación para la Salud (OPS/OMS). En ese sentido, desde 1993 con la celebración del 39º Consejo Directivo de la OPS se aprobó la resolución "Promoción de la salud en las Américas", por la cual "insta a los gobiernos miembros a que incluyan, como instrumentos claves en los programas de salud de la comunidad, campañas de comunicación social y de educación, promoviendo la responsabilidad de la población". Esto se reafirmó en la Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI, adoptada en la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en julio de 1997, la cual indica que el acceso a los medios de información y la tecnología de las comunicaciones son importantes para adelantar la promoción de la salud.

Desde esta perspectiva, las definiciones de Comunicación en Salud han evolucionado, incluyendo cambios sustanciales en la planeación y la conceptualización utilizada a su desarrollo. (Atoche, 2003).

Por su parte, Mosquera, (2003) manifiesta que la comunicación en salud puede contribuir en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad incluyendo las relaciones médico-paciente, la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos, la construcción de mensajes y campañas de salud pública en conjunto con la diseminación de información concerniente a riesgos para los individuos y las poblaciones, o comunicación preventiva.

Según OMS (2010,) la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud. Este tipo de comunicación es reconocida como elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y personal.

En esta misma línea, Ríos, (2011) señala que la comunicación en salud ha sido interpretada o definida a través de los años como el estudio de la naturaleza, alcance y función, así como los medios por los cuales los tópicos de salud alcanzan y afectan las audiencias apropiadas. Las áreas de estudio incluyen: métodos de formulación de mensajes, estrategias de implantación y técnicas de avalúo.

En el contexto académico la comunicación en salud se ha definido como el arte y la técnica de informar, influir y motivar audiencias a nivel individual, institucional y público acerca de asuntos de salud importantes. Incluyendo además la prevención de enfermedad, política de cuidado de salud, así como el

aumento de la calidad de vida y salud de los individuos dentro de la comunidad. (Ratzan, citado por 1994 Ríos, 2011)

Igualmente Ríos, (2011) enfatiza además, en que uno de los más recientes enfoques propuestos para catalogar el proceso de comunicación en salud, y que es defendido por autores como Gumucio, quien expone la necesidad de una comunicación para la salud comunitaria, está basado en el diálogo. De acuerdo con este nuevo paradigma, se entiende que las comunidades deben ser protagonistas y gestoras de los cambios que las afectan. Debieran del mismo modo ser responsables del manejo de su salud. Y en consecuencia, de su propia comunicación. (Gumucio, 2001 citado Ríos, 2011).

En síntesis, Gumucio acentúa en que ningún programa de salud que pretenda abarcar a sectores sociales cada vez más amplios puede siquiera pensarse al margen de la comunicación. La comunicación es imprescindible para ganarle tiempo al tiempo, para recuperar el tiempo perdido, para resolver a contrarreloj la gravísima situación que se vive y se muere.

Modelos y teorías en comunicación en salud

A continuación, se presentan los conceptos básicos de las teorías y modelos empleados por la comunicación en salud, desde un enfoque multidisciplinario, que incluye planteamientos de la psicología, psicología social, sociología y comunicación, entre los más abordados por investigadores, teóricos y expertos en comunicación en salud.

De acuerdo con Atoche, (2003) la Teoría de Acción Racionada Fishbein y Ajzen centra su atención en definir que existe un factor determinante del comportamiento, que es la intención de la persona de realizarlo. Esta intención es vista como una función de dos determinantes: la actitud de la persona hacia el desarrollo del comportamiento (basado en las creencias sobre las consecuencias de desarrollar este comportamiento), por ejemplo: lo que considera la persona el costo y el beneficio de realizar ese comportamiento y la percepción de las personas sobre la presión social (o normativa) ejercida sobre él o ella a realizar el comportamiento.

Mientras que la Teoría de Aprendizaje Social de Bandura manifiesta que los cambios de comportamiento son el resultado de la interacción de la persona con el medio ambiente; el cambio es bi-direccional. Involucra al individuo a aquellas personas con las que interactúa; trabaja para cambiar el medio ambiente, si es permitido. Esto incluye: Capacidad de comportamiento, conocimiento y habilidades para influir en el comportamiento y proveer información y capacitación acerca de la acción.

De acuerdo con esta autora el Modelo de Creencias de la Salud propuesto por Rosenstock enfatiza dos factores primordiales que influyen para que una persona adopte una acción recomendada preventiva para la salud:

Primero, debe sentirse personalmente amenazada por la enfermedad debe sentirse personalmente susceptible a la enfermedad con serias o severas consecuencias.

Segundo, debe creer que los beneficios de tomar las acciones preventivas son mayores que las barreras (y/o costos) a la acción preventiva.

De acuerdo con el Modelo Transteórico o del Cambio propuesto de Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) citado por Ríos, (2011) las personas pueden tardarse un gran periodo de tiempo en moverse a la siguiente etapa del Modelo de Cambio definida como determinación. En esta etapa las personas combinan la intención con los criterios de conducta que podrían adoptar. Los individuos con determinación intentan tomar acción en tiempo corto.

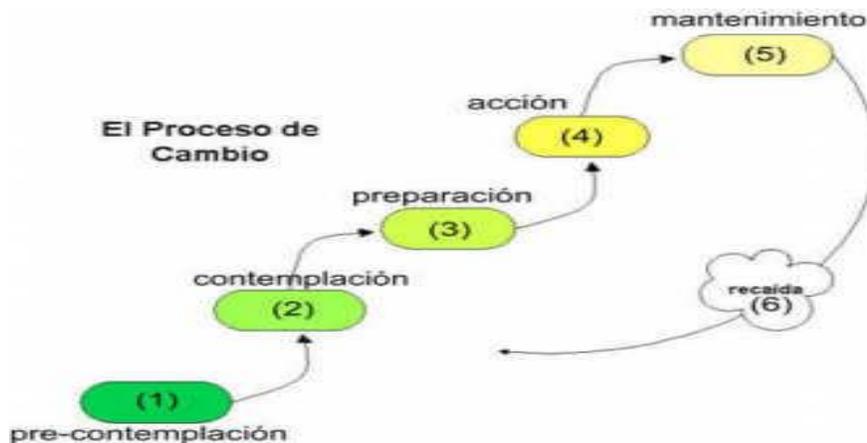


Grafico N° 1. El proceso de cambio. Fuente: Prochaska, DiClemente y Norcross (1992)

En última instancia Mosquera, (2003) desde enfoque del Modelo de Comunicación para el Cambio Social nos describe a este como un proceso donde el "diálogo de la comunidad" y la "acción colectiva" trabajan en conjunto para producir cambios sociales en una comunidad que mejoren el estado de salud y de bienestar de todos sus miembros. El cambio social implica la participación de la comunidad en todos los procesos concernientes a la implementación de proyectos para la salud. Asimismo, la horizontalidad de la comunicación ejerce un papel fundamental para que la población adopte como suyos, los métodos y los estilos de vida necesarios para su sostenibilidad.

Según Gumucio, (2004) la Comunicación para el Cambio Social nace como respuesta a la indiferencia y al olvido, rescatando lo más valioso del pensamiento humanista que enriquece la teoría de la comunicación: la propuesta dialógica, la suma de experiencias participativas y la voluntad de incidir en todos los niveles de la sociedad.

En este contexto, para Ríos, (2011) el paradigma de la Comunicación para el Cambio Social es sin lugar a duda uno de los fenómenos que ha logrado acaparar la atención de estudiosos de la comunicación en salud en los últimos años, dado a la importancia que le brinda a la participación comunitaria en todos los asuntos que rodean el desarrollo e implementación de un esfuerzo que promueve mejores estilos de vida en la población. Este modelo establece una relación directa entre el proceso de comunicación y el desarrollo de los pueblos. Además, trastoca la pasividad que se le atribuía al receptor en un proceso de comunicación tradicional o unilineal (Fuente- Mensaje- Canal- Receptor).

En síntesis, lo más respetable en la Comunicación para el Cambio Social según Gumucio, es la posibilidad de que sean las personas de la comunidad las que formulen, evalúen, y propongan sus propios procesos de o para el cambio.

Por último el Modelo Socio-ecológico propuesto por Hernán San Martín, (1998) manifiesta que la salud de los individuos y de la población organizada depende de múltiples factores que también constituyen un sistema: el sistema biológicosocial de la salud y la enfermedad. Este sistema comprende un amplio abanico con todas las relaciones entre los sistemas naturales en la tierra (naturaleza = conjunto de ecosistemas naturales o biosfera) y con todos los sectores y subsistemas de los sistemas sociales humanos (el conjunto de los ecosistemas artificiales humanos).

En efecto, es difícil imaginar un elemento, una actividad, una situación en la vida social humana que no tenga relación alguna con la salud o la enfermedad. Desde este punto de vista, la salud es el resultado de todo lo que tiene lugar en todos los sectores del sistema social humano

Asimismo este autor enfatiza en que Si la epidemiología se ha convertido en la base científica de la salud pública, el análisis de sistemas puede ser la base científica de la administración y de la gestión sanitaria.

Siguiendo los planteamientos de San Martín, El "Sector salud" está considerado como un subsistema con su organización y sus procesos internos (tecnología, personal, procedimientos, recursos, etc.). Están definidas sus conexiones con el sistema social (económico, sociopolítico) engloba.

Sus interrelaciones con otros sectores sociales (agricultura, educación, industria, etc.) están consideradas como interacciones entre subsistemas del sistema social, la relación entre estructura económica y salud, así como la existente entre salud y desarrollo socioeconómico, parecen indispensables y evidentes.

Entendemos por "sistemas de servicios de salud" todas las actividades de salud (oficiales o no, públicas y privadas) coherentes, interdependientes, que actúan continuamente de acuerdo a unos objetivos comunes y a unos programas establecidos con tal de producir un efecto total deseado y evaluable puesto a disposición de una determinada población (incluyendo la utilización de estos servicios por la población, y su eficacia).

En concordancia con lo anterior, Ríos, (2011), asegura que la mayoría de los modelos enfatizan en el cambio de conducta en un receptor de manera individualizada. Sin embargo, se ha observado que en los últimos años las redes comunitarias de apoyo social han ocupado un rol protagónico importante durante el desarrollo de los programas de comunicación en salud. Esta tendencia ha incrementado el intercambio de diálogos multisectoriales entre investigadores y organizaciones relacionadas a la salud con el propósito de fortalecer las estrategias que van dirigidas a lograr cambios de conducta en la población.

Material y método

El tipo de investigación bajo la cual se ha desarrollado este estudio es de corte Descriptivo con análisis datos documentales. En sí los estudios descriptivos buscan explorar detalles concretos de los objetos de nuestra exploración. Así lo afirma Gómez (2006) cuando plantea que, los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los aspectos mas importantes del fenómeno que se somete a analisis. Igualmente asevera el autor que en un estudio descriptivo se seleccionan una serie de cuestiones y se mide o recolecta informacion sobre cada una de ellas, para asi (valga la redundancia) describir lo más detalladamente posible, lo que se investiga.

Al mismo tiempo Gálvez (2003) asevera que los estudios descriptivos se presentan en formatos muy heterogéneos y los forman toda una amplia gama de materiales caracterizados porque representan con fidelidad la vida de los actores sociales, son estudios con bajo nivel interpretativo y tienen un análisis implícito para la organización de los discursos. Como son textos narrativos de primera mano, su pretensión es la de ofrecer a los lectores la posibilidad de reflexionar sobre la realidad descrita para que ellos mismos saquen sus propias conclusiones.

En consonancia Orozco, (2012) señala que un estudio de caso es un análisis profundo de una categoría, un individuo, un grupo, una entidad, una política. Esta técnica permite la recopilación e interpretación detallada de toda la información posible sobre el individuo, la institución, o el asunto particular en cuestión.

Asimismo afirma la anterior autora que los estudios de caso pueden clasificarse en dos tipos: el primer tipo intenta llegar a conclusiones específicas a partir de un solo caso mientras el segundo derivar conclusiones generales a partir de un número limitado de casos o estudio de casos múltiples que comporten lineamientos generales.

Asimismo, Stake (1995) citado por Orozco (2012) afirma que el cometido real del estudio de casos, es la particularización, no la generalización. Se toma un caso particular y se llega a conocerlo bien, y no principalmente para ver en qué se diferencia de los otros, sino para ver qué es, qué hace.

Teniendo en cuenta que el tipo de estudio es un estudio de casos múltiple, se toma como objeto de estudio tres Planes de Promoción de la Salud en Suramérica particularmente en Bolivia, Chile, y Colombia; uno por cada país, inscritos en la base de datos institucional, programados desde el 2010 con una vigencia a diez años. Estos planes son:

- Plan de Desarrollo Sectorial Hacia la Salud Universal. Bolivia 2010-2020
- Estrategia Nacional de Salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década. Chile 2011-2020
- Plan Decenal de Salud Pública. Colombia 2012-2021

La información que sustenta los resultados del proyecto se obtuvo principalmente mediante la técnica de revisión documental, la sistematización y recolección de los datos. En este sentido, fue necesario revisar la base de datos institucional del Ministerio de Salud de Chile, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia.

Resultados y discusión

El presente cuadro muestra las variables que abordan las teorías y modelos de Comunicación en Salud. Entre ellas tenemos la Cognición, Motivación, Moldeamiento, Autosuficiencia, Afecto, Comportamiento, la X resalta cada una de estas variables de acuerdo con la teoría, es decir, cuál es el énfasis a que hace la teoría o modelo según la variable.

TEORIA VS VARIABLE	Creencias en Salud	Aprendizaje Social	Acción Racionada	Modelo Transteorico	Modelo Socio-ecológico	Modelo Comunicación para el Cambio Social
Cognición		X	X	X	X	X
Autosuficiencia		X	X	X		X
Motivación	X	X				X
Moldeamiento	X	X		X	X	
Afecto		X				X
Comportamiento		X	X	X	X	X

Tabla 1. Teorías Vs. Variables

En primera instancia, la Teoría de Creencias en salud, la cual considera variables para su análisis como la Motivación y el Moldeamiento. Esta teoría fue propuesta por Rosenstock, y enfatiza en que la Motivación y el Moldeamiento deben darse en función de que la persona reconozca el porqué se siente amenazada por la enfermedad y sus consecuencias. A su vez, debe asimilar dentro de este proceso cuales serían las alternativas que darían un beneficio al tomar acciones preventivas, mirar la relación costo/beneficio de la acción preventiva.

En segunda instancia, la Teoría de Aprendizaje Social de Bandura, dado a su componente sociológico, apropiada o lleva implícitas todas las variables abordadas: Cognición, Autosuficiencia, Motivación, Moldeamiento, Afecto, y Comportamiento, es decir que si esta teoría habla de la interacción del individuo con su entorno, entonces, es fácil identificar que esta teoría tiene claro cuales son los determinantes que influyen en el proceso de salud-enfermedad del individuo.

Es necesario reconocer entonces, que desde el soporte teórico esta teoría brindaría a las comunidades o colectividades las oportunidades de gestionar su autodesarrollo.

En un tercer momento, la Teoría de Acción racionada de Fishbein y Ajzen, apunta a variables como: Cognición, Autosuficiencia y Comportamiento. Básicamente esta teoría es de corte cognitivo y sustenta sus intenciones desde lo comportamental, de identificar las actitudes de los individuos hacia el desarrollo de su comportamiento y de ese mismo modo, generar una percepción de cómo el entorno social influye para realizar el cambio de comportamiento.

Estas tres variables entonces, facilitarían que cada individuo de acuerdo a su contexto y sus necesidades propicie un cambio de comportamiento dentro del proceso de salud-enfermedad que genere un estilo de vida saludable a fin de impactar el contexto social o el de sus seres más cercanos.

En un cuarto espacio, el Modelo Transteórico o del Cambio de Prochaska, apropia variables como: Cognición, Autosuficiencia, Moldeamiento y Comportamiento, este modelo se considero un proceso que puede prolongarse ya que depende de la determinación del individuo en transitar hacia una etapa de cambio o transformación.

En este, podemos tener presente que el individuo asume una pre-contemplación, una contemplación, una preparación, una acción y por último un mantenimiento en ese nuevo proceso de cambio, que de no ser mantenido puede volver a recaer a su etapa inicial. Este modelo contempla un carácter cognitivo aunado al sociológico.

En un Quinto escenario, el Modelo Socio-ecológico propuesto por Hernán San Martín, contempla variables como: Cognición, Moldeamiento y Comportamiento dado a su componente sociológico, este modelo enfatiza en que la salud de los individuos y de la población organizada depende de múltiples factores, asimismo acentúa sus acciones al demostrar que cada individuo dentro del proceso de salud enfermedad reaccionan totalmente diferente, que cada enfermedad trae sus determinantes y la salud contempla aspectos diferenciados para cada individuo.

En sexta y última instancia, el Modelo de Comunicación para el Cambio Social aborda variables como: Cognición, Autosuficiencia, Motivación, Afecto y Comportamiento, podría decirse que también es muy completo ya que involucra lo sociológico, lo comportamental y ante todo lo dialógico que se constituye a través del diálogo de la comunidad y la acción colectiva en función de lograr cambios sociales en una comunidad para mejorar el estado de salud y de bienestar de todos sus miembros.

Contrastación de los planes de promoción de la salud a partir de las teorías de comunicación indagadas

Variables observadas

A continuación se presenta una matriz que permitió hacer análisis cruzado de las teorías y/o modelos, en los cuales se fundamenta la comunicación en salud, igualmente se evidencian las variables enmarcan estas teorías dentro de sus componentes, a la vez que se presenta los tres planes estudiado para hacer el respectivo cruce.

Primer caso, Bolivia: Plan De Desarrollo Sectorial “Hacia La Salud Universal” 2010-2020

La Propuesta del Gobierno Boliviano de conducir a la población hacia una salud global, interioriza las Teorías de Aprendizaje Social, la de Acción Racionada y los Modelos Transteórico y Socio-ecológico involucrando variables como lo son: Cognición, Autosuficiencia, Motivación, Moldeamiento, Afecto y Comportamiento. Lo que permite ver que si este Plan contempla el componente social, sociológico y de cambio de comportamiento, desde el soporte teórico de comunicación en Salud se estaría frente a un plan de promoción de la salud que resultaría efectivo a fin de lograr cambios perdurables en las poblaciones donde se está interviniendo.

Asimismo, este Plan aborda todas las variables propuestas, lo que permite entender que desde la motivación, autosuficiencia y comportamiento básicamente se lograría el autodesarrollo en las poblaciones donde se está actuando. Más valioso sería que este plan incorporara el Modelo de Comunicación para el cambio social, ya que si se están dando opciones para que se logre autodesarrollo, sería más significativo responsabilizar a esas mismas poblaciones sobre su salud y su propia comunicación; e igualmente, cómo gestionarla y cómo sostenerla.

Segundo caso, Chile: Plan Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020

La propuesta del Gobierno Chileno en función de cumplir con los objetivos sanitarios de la década incorpora la teoría de Creencia en Salud y los Modelos Socio-ecológico y Transteórico o de Cambio, este plan a su vez involucra variables como Motivación, Moldeamiento, Cognición, Autosuficiencia y Comportamiento, de igual forma se identifica que contempla el componente social, sociológico y de cambio de comportamiento y de todas la variables propuestas, excluye la de Afecto, lo que permite inferir desde el soporte teórico que Chile está interesado en promover estilos de vida saludables y en general cambios de comportamiento pero si desde lo cognitivo no se le sensibiliza a que se aferre emocionalmente hacia el cambio, a que reconozca la importancia de estar mejor para lo lograr calidad de vida, como se puede lograr el resto de propuestas. Es aquí donde es necesario revisar la política pública y ver a qué se le está apuntando en términos productivos. En función de este el Modelo de Comunicación para el Cambio Social sería una estrategia que a través de la persuasión podría significativamente influenciar en el logro de las propuestas dentro de las poblaciones donde se está trabajando.

Tercer caso, Colombia: Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

Las intenciones del Gobierno Colombiano de transitar hacia una Salud productiva incorporan las Teorías de Aprendizaje Social y Acción Racionada y el Modelo Socio-ecológico, así como el Plan de Bolivia, Colombia involucran todas las variables propuestas como lo son: Cognición, Autosuficiencia, Motivación,

Moldeamiento, Afecto y Comportamiento. Lo que del mismo modo permite ver que si este Plan contempla el componente social, sociológico y de cambio de comportamiento, desde el soporte teórico de comunicación en Salud se estaría frente a un plan de promoción de la salud que resultaría efectivo a fin de lograr cambios perdurables en las poblaciones donde se está interviniendo.

PLANES	PLAN DE DESARROLLO SECTORIAL “HACIA LA SALUD UNIVERSAL” BOLIVIA	PLAN ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS SANITARIOS DE LA DÉCADA. CHILE	PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA. COLOMBIA
TEORIAS/ MODELOS			
CREENCIA EN SALUD		X	
APRENDIZAJE SOCIAL	X		x
ACCIÓN RACIONADA	X		x
MODELO TRANSTEORICO	X	x	
MODELO SOCIOECOLOGICO	X	x	X
MODELO COMUNICACIÓN CAMBIO SOCIAL			
	VARIABLES	VARIABLES	VARIABLES
	Cognición	Motivación	Cognición
	Autosuficiencia	Moldeamiento	Autosuficiencia
	Motivación	Cognición	Motivación
	Moldeamiento	Autosuficiencia	Moldeamiento
	Afecto	Comportamiento	Afecto
	Comportamiento		Comportamiento

Tabla 2. Contaste Planes Promoción Vs Teoría/Variable

Es necesario reconocer que el Plan de Colombia 2012-2021 se muestra innovador por su intención de apuntar a la Salud Ambiental y esto relacionado con el Modelo Socio-ecológico, permitiría ver cuáles son los determinante que priman para lograr el desarrollo sostenible no sólo de las regiones sino de las poblaciones cuyas necesidades por condiciones espaciales y geográficas son diversas.

Por lo mencionado, para el caso Colombiano, resultaría apremiante emplear estrategias del Modelo de Comunicación para el Cambio Social a fin de que estas poblaciones tenga la intención de manifestar esas necesidades, formular y gestionar las posibles soluciones y asimismo, contribuir a su prolongación.

Conclusiones

El nuevo concepto de salud Pública, permite que directamente se hable de desarrollo humano, donde es necesario dialogar constructivamente con las comunidades y reconocer de acuerdo a sus diferencias, a qué necesidades responden.

Desde los postulados de Comunicación en Salud, cada uno de los Tres Planes estudiados llevan implícito algún modelo o teoría -o ambos- de comunicación en salud y atienden a variables –algunas o en su totalidad- que inciden en el desarrollo humano y en el cambio de comportamientos, pero eso solo desde la teoría.

En efecto a eso, resulta apremiante que nivel de Estatal se revise la política pública concretamente y se identifique si realmente se están formulando acciones que influyan positiva y eficientemente en las comunidades y si ésta incide en su cambio de comportamiento en función de generar estilos de vida saludables.

Desde el soporte teórico, fue relevante identificar que el Modelo de Comunicación para el Cambio social no es abordado en ninguno de los tres planes de estudio. Este por su componente dialógico, resultaría de vital importancia para entender cómo y en función de que se formulan las acciones para con las poblaciones. Lo interesante de la Comunicación en Salud, es que sean esas poblaciones las que manifiesten sus problemas, formulen y gestionen las posibles soluciones, asimismo las evalúen y logren un verdadero cambio de comportamiento; y para ello se requiere que el componente de Comunicación para el Cambio Social actúe como agente dinamizador.

No se presenta a la Comunicación aquí como el fin hacia el desarrollo, pero sí como un medio que empleado como estrategia puede generar metodologías que permitan que las comunidades logren mejorar sus estilos de vida y transitar hacia lo saludable y perdurable, lo que facilita el autodesarrollo.

Es necesario pensar y entender la estrecha relación entre la ciudadanía, la participación y el desarrollo, dado que el primero incide altamente en el segundo y ambos repercuten en el último.

La Salud como un proceso que abarca dimensiones como el propio desarrollo. Asimismo, la Comunicación en Salud interviene en diversas etapas del desarrollo de individuo, lo que genera opciones y respuestas al proceso de salud-enfermedad.

El Desarrollo favorece la orientación de relaciones entre las personas y estructuras o sistemas para generar oportunidades donde, estructuras, sistemas y personas, pongan en práctica todas sus capacidades -intenciones- en función del contexto social.

A modo de recomendación, desde este proyecto, se espera que desde la academia, instituciones y organismos de carácter público o privado del orden nacional e internacional, se continúe ahondando y debatiendo sobre Comunicación en Salud, ya que su accionar se evidencia en el trabajo con comunidades o poblaciones donde se están generando estrategias de Promoción de la Salud.

En últimas, se recomienda que desde la Comunicación en Salud, se propenda por la formulación y ejecución de estrategias de comunicación con enfoque diferenciado y que respondan a necesidades concretas de las comunidades o poblaciones; éstas, a su vez conllevarían a generar el cambio de comportamiento en los individuos a fin de lograr estilos de vida saludables ya que se enfatiza en un cambio estructural, de este modo, se lograría transitar hacia el autodesarrollo.

Referencias

- Atoche M. (2003). Comunicación y Salud: Periodismo institucional y de difusión en la oficina de prensa del Ministerio de Salud. Tesis Licenciatura; publicada, Universidad de Lima, Lima, Perú.
- Ávila-Agüero, M. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. Acta Médica
- Beltrán, L. (1997). Universidad y Comunicación para la salud, acciones y reflexiones sobre comunicación y salud. Documento elaborado en la Primera Reunión Internacional sobre Comunicación y Salud. Lima.

- Campos Vargas, Grettel et al. (2011) Promoción de la salud y estrategias educativas para la prevención contra violencia sexual e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Med. leg. Costa Rica* [online]. 28(1), 39-44.
- Comunicación para el cambio social (2004). *El cuarto Mosquetero: Comunicación para el cambio social. Investigación y Desarrollo.* 12(1), 2-2. Universidad del Norte.
- Comunicación para la Salud (2001). *Comunicación para la Salud: el Reto de la Participación.* [Consultado agosto 11 de 2012] en Portal COMMINIT. Disponible en: <http://www.comminit.com/en/node/150405>
- Costarricense, 51(2), abril-junio, pp. 71-73, Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
- Gomez Marcelo (2006) *Introducción a la Metodología de Investigación Científica*, 1era Ed, Córdoba, Editorial Bruja.
- Gumucio, A. (2001). *Haciendo Olas historias de comunicación participativa para el cambio social.* Fundación Rockefeller. New York.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (1995) *Catálogo de actividades de Acción Comunitaria*, México D.F: IMSS.
- La Hojarasca (2007) *Comunicación y Educación: una deuda reciproca.* La Hojarasca N° 31. Disponible En: <http://www.escriitoresyperiodistas.com/NUMERO31/alfonso.htm>
- Mosquera, M. (2003). *Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias.* [Consultado mayo 20 de 2012] en Portal COMMINIT. Disponible en: <http://www.comminit.com/la/lasth/sld-2915.html>
- Organización Mundial de la Salud. (1983). *Comité de Expertos en Nuevos Métodos de Educación Sanitaria en la Atención Primaria de Salud*, Ginebra, 1982. Informe. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado*, Bangkok. Agosto; 7-11. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010) *Healthy People.* Consultado abril 15 de 2012]. Disponible en <http://www.healthypeople.gov/2010/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2007) *Salud en las Américas Volumen I–Regional.* Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Front%20Matter.pdf>.
- Orozco, M. (2012). *Políticas Públicas en prevención de Dengue en Colombia. Estudio de caso de la experiencia COMBI en el Distrito de Barranquilla.* Berlín, Editorial Académica Española.
- Pilon, A. (1986). *Desarrollo de la educación en salud - una actualización de conceptos.* *Revista Saúde pública*, Sao Paulo, 20, 391-6.

- Resende, S. (2008). Promoción de la Salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva*, vol. 4, núm. 3, septiembre-diciembre, 2008, 335-347, Universidad Nacional de Lanús.
- Ríos, I. (2011). Comunicación en Salud: conceptos y modelos teóricos. *Perspectivas de Comunicación*. 4(1), Universidad de la Frontera.
- San Martín, H. (1998). *Manual de Salud Pública y Medicina Preventiva*. Ed. Masson, S.A. 1986. Barcelona. Cap. "El sistema socio-ecológico del proceso salud-enfermedad en las sociedades humanas" pp 189-195.
- Sánchez, E. (2000.) *Todos con la Esperanza, Continuidad de la participación comunitaria*. Venezuela, CEP, FEH.
- Santos, M. (2004). Por otra globalización. Del Pensamiento único a la conciencia universal. Convenio Andrés Bello. Título original: Por uma outra Globalização. Do pensamento único à conciencia universal. Río De Janeiro: Record.
- Servae y Malikhaose, P. (2007). Comunicación Participativa: ¿El nuevo paradigma? *Redes.com* N° 4, pp. 43-60.
- Tenorio, A. & Plaza V. (2008). Evaluación de Programas de Salud. Disponible en: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/revista/PDF%5c2008%5c100206200806.pdf>

Revisiones

La comunicación no verbal con el anciano y los profesionales sanitarios

Nonverbal communication with the elderly and health professionals

Antonia Rubio-Hernández^{1*}, Rocio Nieto-Alcaraz¹, Carmen María Arcos García²

¹ Residencia de Mayores “El Zapillo”, Junta de Andalucía, Almería

² Residencia Virgen de la Esperanza, Almería

Fecha de recepción: 29/09/2014 – Fecha de aceptación: 15/05/2015

Resumen

Introducción. El ser humano lleva comunicándose continuamente desde sus orígenes, satisfaciendo de esta manera una necesidad humana básica. Esta comunicación no siempre es comprendida o asimilada de la forma deseada. Desde las profesiones sanitarias, el proceso comunicativo mediante el cual establecemos nuevas relaciones, es imprescindible para poder interactuar con los pacientes o clientes. **Objetivo.** Conocer las modificaciones que se suceden fisiológicamente con el envejecimiento en cuanto a la recepción, interpretación y emisión de mensajes no verbales con el fin de buscar una comunicación óptima con el anciano. **Material y Método.** Se ha realizado una revisión sistemática de aquellas publicaciones que han aparecido en los últimos diez años y que corresponden a comunicación no verbal con el mayor y los profesionales sanitarios. Las bases de datos utilizadas han sido: Medline-Pubmed, Cuiden plus, Scielo, CINAHL, EMBASE e IME Resultados. Dos cambios relacionados con la edad que ocurren en la mayoría de los ancianos contribuyen en gran medida a tornar difícil la comunicación con ellos: los cambios en la visión y los cambios auditivos. **Conclusiones.** La vejez no es de por sí limitante; las limitaciones nacen al ignorar que muchas funciones orgánicas y mentales se modifican sin que por ello las facultades vitales de la persona desaparezcan. Nuestro deber es ofrecer la comprensión necesaria y proveer la interrelación con unas nuevas alternativas.

Palabras clave: Anciano, comunicación no verbal, profesionales.

Abstract

Introduction. The human being has continually communicating from its origins, thus meeting a basic human need. This communication is not always understood or assimilated as desired. From the health professions, the communicative process by which we establish new relationships, it is essential to interact with patients or clients. **Objective.** Knowing the physiological changes that occur with aging in terms of reception, interpretation and nonverbal messages broadcast to find an optimal communication the elderly. **Material and Methods.** There has been a systematic review of publications that have appeared in the last ten years, corresponding to nonverbal communication with the largest and health professionals. The database used was: Medline-Pubmed, Cuiden plus, Scielo, CINAHL, EMBASE and IME results. Two age-related changes that occur in most elderly contribute greatly to render them difficult communication: changes in vision and hearing changes. **Conclusions.** Old age is not self-limiting; limitations are born to ignore that many organic and mental functions are modified without this vital powers of the person disappear. Our duty is to provide the necessary understanding and provide the interface with new alternatives.

Keywords: Elderly, nonverbal communications, professionals.

*Correspondencia: antonia_rubio_hernandez@hotmail.com

Introducción

El ser humano lleva comunicándose continuamente desde sus orígenes, satisfaciendo de esta manera una necesidad humana básica. Esta comunicación no siempre es comprendida o asimilada de la forma deseada (Cibanal y Arce, 2009). Desde las profesiones sanitarias, el proceso comunicativo mediante el cual establecemos nuevas relaciones, es imprescindible para poder interactuar con los pacientes o clientes.

Reducir el acto de comunicarnos a una mera transferencia de información entre personas es una práctica común que va a suponer una pérdida de la efectividad del mensaje. La escucha activa requiere de retroalimentación o feedback. Otras veces es la comunicación no verbal la que se ve menospreciada: un gesto, una postura, una mirada, pueden llegar a definir los hechos mejor que las palabras. El buen manejo de las habilidades comunicativas, sean verbales o no verbales, favorecen una relación de ayuda más eficaz (Cibanal, Arce y Carballal, 2011).

En la relación paciente-profesional sanitario debe tenerse en cuenta el contenido de lo que dice el paciente, de lo que siente en relación al contenido y saber cuál es su demanda en función de lo que está diciendo. Desde esa comunicación desigual que supone la relación terapéutica, el sanitario debe utilizar sus conocimientos a favor del paciente y a su vez, éste último también contribuirá en la relación, siendo el resultado un intercambio (Caballo, 1993).

A partir del siglo XX la comunicación no verbal ha despertado el interés de científicos e investigadores: psicólogos, antropólogos, lingüistas, estudiosos de la comunicación no verbal, sobre todo aquella que se refiere a la expresividad corporal. Actualmente, su investigación, es fruto de cuatro disciplinas diferentes: la psicología, la psiquiatría, la antropología y la etiología. El hecho es que, en cada situación comunicativa se dan simultáneamente dos niveles diferentes que nos indican cómo interpretar las palabras que escuchamos:

- Verbal o de contenido, mediante el cual los comunicantes intercambian información a propósito de algo (referente). Durante la comunicación verbal, cada interactor necesita información intermitente acerca de las reacciones de los otros y de su estado emocional para el feedback y para controlar el turno de palabra, siendo necesario el siguiente nivel:
- No verbal o connotativo, con el que se marca la relación que se establece entre los hablantes y que delimita cómo debe entenderse la información transmitida, define el sentido de la interacción comunicativa en su conjunto. No existe una retórica universal de lo no verbal: nuestro cuerpo es el origen de toda comunicación, voluntaria o no. El cuerpo es una

estructura lingüística; revela infinidad de informaciones aunque el sujeto guarde silencio (Gloria Hervás Fernández, 1998).

Componentes de la comunicación no verbal.

La conducta o lenguaje no verbal se puede clasificar en:

Paralenguaje: todo aquello que acompaña al lenguaje, como el tono de voz, la vocalización, la entonación en el discurso, hablar pausado o de prisa según el momento,...

Por ejemplo, se pueden distinguir tres tonos de voz distintos al hablar:

- Ascendente, que sugiere duda, indecisión o interrogación.
- Descendente, que transmite firmeza, determinación y confianza.
- Mixto, que sugiere ironía y sarcasmo.

Proxémica: la distancia o espacio personal, la conducta territorial humana, es decir, el espacio físico de cada persona, ya que el sentido del yo de cada persona va más allá de su propia piel. Siendo así, se puede establecer una escala de distancias hipotéticas, basada en la observación:

- Distancia íntima: Hasta 45 centímetros. Es la distancia para la conversación íntima, ya que se establece comunicación a través del olor, el tacto y la temperatura corporal.
- Distancia personal: Entre 45 y 75 centímetros es la distancia que tiene la burbuja personal de un individuo en la cultura occidental. En la oriental o escandinava, puede aumentar hasta los 120 centímetros.
- Distancia social: Próxima, entre 1,20 y 3 metros, y lejana, entre 3 y 4 metros. Los profesores pueden trabajar a esta distancia en espacios reducidos. En ella se intercambian opiniones y se participa en discusiones.
- Distancia pública: Más de 4 metros. Es adecuada para pronunciar discursos, conversaciones muy formales, y, en general, siempre que se quiera transmitir jerarquía.

Kinesia: Estudio de la postura y movimiento corporales, de la conducta táctil, de efecto de la apariencia física, vestimenta, artefactos, así como de los gestos y expresiones y de la conducta visual (Andrés Mínguez Vela, 1999; Francisco José García Aguilera, 2003).

El anciano no debería tener una problemática social mayor a la de cualquier otro ciudadano, pero la situación actual española ha cambiado mucho y en pocos años se ha alcanzado un importante grado de desarrollo industrial, de las instituciones, los grupos sociales, etc. ; todo ello ha incidido en el campo de la educación, en las formas de comportamiento ;en definitiva, en la escala de valores culturales y sociales donde el perfil de los mayores y su situación social ha experimentado grandes cambios en las últimas décadas y hasta se podría decir que han perdido su estatus y rol social.

La vejez viene acompañada de una serie de pérdidas, tanto endógenas, como exógenas, que dejan cada vez más sólo al mayor; pierden el trabajo, el estatus social, parte de los recursos porque la pensión supone un deterioro progresivo de los ingresos, las fuerzas disminuyen, la salud se quebranta; en definitiva, esta etapa se caracteriza por los cambios tan importantes que se producen en las capacidades físicas, sociales y emocionales de los mayores.

Nos interesa trabajar sobre esta temática porque vemos al envejecimiento como un proceso sociocultural en el cual la cultura tiene una trama de significados; es decir, «el curso de la vida humana, modelado culturalmente por valores, creencias y representaciones.» (Morgante 2002-2004).

Objetivo

Conocer las modificaciones que se suceden fisiológicamente con el envejecimiento en cuanto a la recepción, interpretación y emisión de mensajes no verbales con el fin de buscar una comunicación óptima con el anciano.

Material y método

Diseño

Es un estudio observacional descriptivo sobre los artículos publicados en los últimos 10 años relacionados con la comunicación no verbal en el mayor y los profesionales sanitarios.

Se ha realizado una revisión sistemática de aquellas publicaciones que han aparecido en los últimos diez años y que corresponden a comunicación con el mayor y los profesionales sanitarios.

Las bases de datos utilizadas ha sido: Medline-Pubmed, Cuiden plus, Scielo, CINAHL, EMBASE e IME. Los criterios de inclusión han sido:

1. Comunicación en el anciano.
2. Características de la comunicación.
3. Repercusiones de la comunicación en el anciano.

Durante la búsqueda se han tenido en cuenta los artículos publicados desde el 2000 al 2010. Los términos y los operadores lógicos utilizados para la búsqueda han sido: Counselling and Caregiver cuando se han utilizado las bases de datos en inglés. Para las bases de datos latinoamericanas, los términos que se han usado han sido: Se han seleccionado 15 artículos Comunicación y anciano que cumplieran los criterios de inclusión, de los cuales la mayoría son de literatura anglosajona (13) y el resto, son en español (2).

Resultados

Con este estudio se ha pretendido conocer cómo se lleva a cabo la comunicación no verbal en el anciano con respecto al profesional sanitario. El proceso comunicativo en el desconocido entorno sanitario al que se enfrenta. De ahí cabe desatacar que nos hemos encontrado dos cambios relacionados con la edad que ocurren en la mayoría de los ancianos contribuyendo en gran medida a tornar difícil la comunicación con ellos: los cambios en la visión y los cambios en la audición. Si una persona no puede ver muy bien o no puede oír muy bien, la mayoría de las señales sensoriales que transmiten interés (una mirada de alerta en sus ojos, el contacto visual, el cuerpo en atención), el respeto, el afecto, calidez, la preocupación, la confianza, etc., nunca se perciben. (Castellote, 1997).

Cambios en la visión: la pérdida de la transparencia de las estructuras ópticas, el amarillamiento del cristalino y la pérdida de elasticidad de los músculos que lo circundan, lo mismo que el estrechamiento de los vasos que irrigan las diferentes capas del globo ocular, producen alteraciones en la visión del viejo.

Cambios en la audición: El ardo externo sufre una atrofia de las glándulas productoras de cerumen, hecho que se sucede simultáneamente con la hiperfuncionalidad de las mismas, dando como resultado un volumen normal de su producción.

Las dificultades con la comunicación también significan dificultades para establecer relaciones terapéuticas, dado que las últimas dependen mucho de la primera. El profesional debe trabajar para comunicar claramente y debe de utilizar de alguna forma otros canales sensoriales para transmitir significados terapéuticos.

El diseño ambiental adquiere una gran importancia en el tratamiento de los mayores y las características físicas del entorno en el que vive el mayor influyen de forma decisiva en su quehacer diario, su autonomía y, en definitiva, su satisfacción. Pero la influencia del medio ambiente en el entorno de los mayores es diferente en la ciudad que en las zonas rurales y entre los que siempre han vivido en las grandes urbes o en aquellos que han sido trasplantados de zonas rurales o los que viven en núcleos pequeños.

Los elementos negativos comunes que se estima alteran el equilibrio afectivo de los mayores, se podrían definir como: las grandes vías de comunicación, la contaminación, las barreras arquitectónicas que impiden el acceso a los jardines, centros culturales, aceras, medios de transporte, grandes superficies comerciales, etc. Por otra parte las aglomeraciones que dan sensación de vorágine y también de anonimato, impersonalidad, en definitiva incomunicación y entorno más

agresivo.

En cuanto a los medianos grupos de población y sobretodo las zonas rurales, los problemas reseñados no les afecta tanto, porque su entorno es más humano, equilibrado y se comunican más, pero también les acechan otros peligros en el domicilio, dificultades en el acceso a los servicios médicos, comerciales y municipales, y la emigración a los núcleos urbanos les dejan también más solos.

Conclusiones

La comunicación es algo más que mero diálogo. El lenguaje no verbal, como la expresión corporal están siempre presentes. Deben valorarse especialmente en la etapa senil, puesto que en ocasiones tienen dificultades en expresar sus pensamientos y sentimientos mediante el empleo de las palabras.

Se han encontrado pocos estudios de investigación que cuantifiquen las características de comunicación no verbal entre enfermeras y sus pacientes seniles. En todos los artículos referentes los autores coinciden en que supone una experiencia potencialmente estresante para los residentes la audición y la visión.

Siempre es correcto escuchar al paciente, en el anciano este proceso de interrogar y escuchar presenta ciertas dificultades y puede ser más largo y tedioso por lo que se hace mal. A veces ellos no relatan siempre sus problemas por considerarles que son propias de la vejez o por ignorancia y a veces sienten que el médico está apurado. Una parte importante de la historia son los aspectos sociales, por ello tenemos que hacer un esfuerzo por comprender el contexto de lo vivido, la progresiva adaptación a la vida actual del anciano y crear un ambiente adecuado para que el paciente se sienta cómodo para hablar de los problemas que puede padecer como soledad, depresión, temor a la muerte, abusos, pérdida de memoria, consumo de alcohol, disfunción sexual.

La vejez no es de por sí limitante; las limitaciones nacen al ignorar que muchas funciones orgánicas y mentales se modifican sin que por ello las facultades vitales de la persona desaparezcan. Nuestro deber es ofrecer la comprensión necesaria y proveer la interrelación con unas nuevas alternativas.

Consideramos que este es un tema del cual se habla mucho en la actualidad, por ello es necesario que se tome en serio la realidad de un número de personas que está siendo cada vez mayor, ya que muchas veces tanto el estado como la familia y sociedad en su conjunto, subestima a los ancianos por lo que creemos que a los ancianos hay que saber escucharlos, oír sus preocupaciones y temores, darles nuestro afecto, que se sientan útiles y, ante todo, tratarlos con amor y cariño.

Referencias

- Caballo, V. (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI.
- Castellote Verona, F.J. Clares Martinez, I (1977). La Comunicación con el enfermo. Rev. Geriatrika, 13(9), 45-48.
- Cibanal, J., Arce, M. C., Siles, J. y Galao, R. (2000). Notas sobre el estado de la cuestión en la relación de ayuda de enfermería. Revista de Enfermería, 11, 10-15.
- Cibanal, L y Arce, M.C.(2009). La relación enfermera-paciente.(2ª ed.).Medellín: Editorial Universidad de Antioquía.
- Cibanal, L., Arce, M.Cy Carballal, M.C. (2010). Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. (2ªed).Barcelona: Elsevier. 35-53.
- García Aguilera, F.J. (2003). Desarrollo de acciones formativas y liderazgo no verbal | GestioPolis. Gestipolis. Retrieved February 21, 2012, from <http://www.gestipolis.com/canales/derrhh/articulos/63/forlidnoverbal.htm>.
- Lynne W. Clark (1955). Trastornos del lenguaje: qué buscar y cuando consultar. Rev. Modern Geriatrics. 7(1), 10-13
- MEZEY, Mathy y Cols (1984).- Evaluación de la salud del anciano. La prensa médica mexicana, México
- Peplau, H.E.(1990). Relaciones interpersonales en enfermería. Barcelona: Salvat Editores.

Revisiones

Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante

Communication barriers in health to immigrants

Pablo Román-López^{1,2}, María del Mar Palanca-Cruz², Ainhara García-Vergara³, Francisco J. Román-López², Sergio Rubio-Carrillo¹, Alba Algarte-López²

¹ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Almería

² Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Servicio Andaluz de Salud

³ Centro Universitario Adscrito de Trabajo Social, Universidad de Almería

Fecha de recepción: 01/02/2015 – Fecha de aceptación: 03/07/2015

Resumen

Introducción: España tiene una elevada proporción de población inmigrante e igualmente recibe un elevado número de turistas; ambos factores suponen la atención sanitaria de población con barrera idiomática y la repercusión que ello tiene en la atención prestada. **Objetivos:** El objetivo general que se pretende es conocer las principales dificultades que nos encontramos en la prestación de atención sanitaria a la población inmigrante con idioma diferente. **Métodos:** Revisión bibliográfica narrativa en las bases de datos de Cuiden, ScienceDirect, CINAHL y MEDLINE utilizando los descriptores “comunicación” and “inmigrante” en el periodo comprendido entre 2009 y 2014 y desarrollados en el contexto sanitario español. **Resultados:** Las principales categorías de análisis emergentes fueron: acceso y utilización del Sistema Nacional de Salud, barreras lingüísticas y medios facilitadores, diferencias culturales, problemas psicosociales de la población inmigrante y formación de profesionales sanitarios en aspectos culturales e idiomáticos; todas ellas interrelacionadas con los aspectos comunicativos en el proceso de atención. **Conclusiones:** La barrera idiomática presente entre los profesionales sanitarios y la población inmigrante interfiere en la calidad de la atención prestada desde el acceso y utilización de los servicios sanitarios hasta la continuidad de cuidados y abordaje de problemas psicosociales, siendo necesaria una formación lingüística y cultural de los profesionales sanitarios.

Palabras clave: Atención, barreras, calidad, comunicación, idioma, inmigrantes, salud

Abstract

Introduction: Spain has a high proportion of immigrants and also receives a high number of tourists; then his professionals have to attend a population with communication barrier and the impact that this has on the care provided. **Objectives:** The general objective is to know the main difficulties we encountered in the provision of health care to immigrants with different language. **Methods:** Literature review in the databases Cuiden, ScienceDirect, CINAHL and MEDLINE using the descriptors "Communication" and "immigrant" in the period between 2009 and 2014 and developed in the context of Spanish Health System. **Results:** The main categories of emerging analysis were: access to and use of the National Health System, linguistic barriers and facilitators media, cultural differences, psychosocial problems of the immigrant population and training of health professionals in cultural and language issues; all interrelated with the communicative aspects in the care process. **Conclusions:** The language barrier between healthcare professionals and immigrants interferes in the quality of care provided from the access and use of health services to the continuity of care and addressing psychosocial issues, language and cultural training are necessary in health professionals.

Keywords: Barriers, care, communications, health, immigrants, language, quality

*Correspondencia: roman_9_69@hotmail.com

Introducción

En España se encuentra un total de 5.520.133 personas que conforman la población extranjera (Instituto Nacional de Estadística, 2013), aunque esta cifra puede ser aún mayor al no incluirse en ella a los inmigrantes en situación irregular.

Las nacionalidades predominantes de los extranjeros no miembros de la Unión Europea son diferentes, según las Comunidades Autónomas, pero de manera general las nacionalidades mayoritarias proceden de Marruecos, Países Latinoamericanos, China... En cambio, la nacionalidad rumana es la que más predomina dentro de los inmigrantes de los países de la Unión Europea (Castro & Mora, 2011).

Sin embargo, en los últimos años se encuentra un ligero descenso (Eurostat, 2013), plausiblemente a consecuencia de la crisis en la que se encuentra inmersa la economía española, debido al retorno de parte de la población inmigrante a sus países de origen o a otros países que atraviesan una mejor situación económica.

Además del elevado número de población inmigrante que reside en nuestro país, se encuentra un elevado número de turistas que visitan nuestro país anualmente y que, en ocasiones, requieren de una atención sanitaria dentro del contexto sanitario español (López-Fernández et al., 2012).

La atención sanitaria, tanto de la población inmigrante como turista, es proporcionada por los profesionales sanitarios que prestan atención directamente. En ocasiones, los profesionales se enfrentan a un problema idiomático en la prestación de cuidados.

La diferencia de idioma supone una dificultad añadida, junto con las diferencias culturales, a la hora de atender a la población inmigrante resultando laborioso comprender la información que comunican en el proceso de atención, los derechos como usuarios del sistema sanitario, o incluso a la hora de recibir educación sanitaria necesaria para recuperar su estado de salud; pudiendo incluso agravar su estado de bienestar físico, psíquico y mental (De Muynck, 2004) (Torre, 2006) (Valero, 2008) (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008) citados en (Sandín, Río & Larraz, 2012).

Por ello, los profesionales sanitarios precisan de habilidades y herramientas para hacerse entender, bien mediante comunicación gestual, dibujos o pictogramas... y cualquier recurso que tengan a su alcance, e ineludiblemente una actitud positiva (Sandín, Río & Larraz, 2012).

El objetivo general que se pretende con esta revisión bibliográfica es conocer las principales dificultades que se encuentra en la prestación de atención sanitaria a la población inmigrante con

idioma diferente, a la vez que detectar y describir la formación de profesionales sanitarios, conocer las diferencias culturales y demás aspectos que interfieren en los aspectos comunicativos en la atención a la población inmigrante.

Material y métodos

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas bibliográficas en el primer trimestre de 2014 en las siguientes bases de datos: Science direct, Cuiden, CINAHL y MEDLINE a través de PubMed. La estrategia de búsqueda consistió en la utilización de los descriptores: “comunicación” “inmigrante” “turistas”, y la utilización del operador booleano “and”.

Selección de estudios

- Año de publicación: se seleccionaron aquellos estudios publicados entre 2009 y 2014.
- Realizados en el contexto sanitario español.
- Focalizados en el objeto de estudio.
- Publicados en español.

Extracción de datos y síntesis

Tras la selección de datos de los estudios incluidos se extrajeron los datos identificativos del artículo (autores, fecha de publicación, revista...), con el diseño y la metodología (objetivos, diseño...), y con los resultados del estudio.

Posteriormente, se realizó una síntesis narrativa con tabulación de la información recopilada de los estudios incluidos, agrupándolos en diferentes categorías de análisis, como se puede comprobar en el apartado de Resultados.

Resultados y discusión

La Tabla I muestra los resultados obtenidos en cada base de datos consultada, así como la posterior selección en cada una de las bases de datos y la eliminación de duplicados entre las diferentes bases.

“Comunicación” and “inmigrante”	Science Direct	Cuiden	CINAHL	MEDLINE
Resultados obtenidos	119	49	4	8
Seleccionados	12	8	2	3
Duplicados			1	1
Total Analizados		23		

Tabla 1.- Proceso de búsqueda y selección de estudios para análisis.

Las categorías de análisis de los estudios seleccionados son las que acontecen, encontrándose los siguientes hallazgos:

Acceso y utilización del Sistema Nacional de Salud.

A pesar de la universalidad del Sistema Sanitario, el uso y la accesibilidad de la población inmigrantes a los servicios de salud no siempre están garantizados, debido a las condiciones de marginalidad que viven grandes sectores de inmigrantes y su situación de irregularidad administrativa que les imposibilita la cobertura necesaria para que su salud esté plenamente protegida (Amezcuca, Bonill, & Hueso, 2009).

Además, los inmigrantes no conocen el funcionamiento sanitario, tal y como especifica el II Plan Integral para Inmigración en Andalucía, la atención a toda la población inmigrante con independencia de su situación administrativa queda asegurada, especialmente en los dispositivos de Atención Primaria y Atención Especializada, (Solana, Riquelme, Gutiérrez, Martínez, & Hidalgo, 2012).

Según Terraza, Vargas, Rodríguez, Lizana, & Vázquez (2010) es necesario mejorar el acceso a la atención sanitaria mediante la difusión de información, mejorar la comunicación y simplificación de burocracia; al existir inequidades en el acceso que indica insuficiencia en la implantación y requiere un seguimiento cuidadoso en la políticas sanitarias.

Las políticas sanitarias contemplan estrategias específicas para la adaptación de los servicios, promoción de la salud, análisis de las necesidades y formación de los profesionales fomentando el conocimiento de los inmigrantes, (Terraza, Vargas, Rodríguez, Lizana, & Vázquez, 2010), debido a que la posición en la que se encuentran los profesionales sanitarios, en contacto directo con los usuarios, son proveedores de información sanitaria y del sistema sanitario, por ende, siendo una de las piezas claves a la hora de informar al inmigrante sobre el uso del Sistema Sanitario (Maderuelo, Hernández, González, & Velázquez, 2009).

En cambio, se encuentra que los sistemas de información deben ser menos etnocéntricos, respecto a la salud, e integrar técnicas para evaluar las necesidades de salud de la población inmigrante e

integrar estrategias de participación con el fin de determinar las prioridades de investigación y la planificación de los servicios sanitarios (Medina & Gómez, 2013).

Para los autores LLosada, Vallverdú, Miró, Pijem, & Guarga (2010), los inmigrantes tienen menor continuidad asistencial que los autóctonos debido a las circunstancias familiares que se lo impiden, por residir lejos del centro sanitario y/o no disponer de medio de transporte ni de recursos económicos para acudir. Así mismo, encontramos que existe menor participación de la población inmigrante (González, La Parra, Martín, & Malmusi, 2014), causa que puede deberse a la barrera idiomática que encuentran los inmigrantes a la hora de recibir la prestación de servicios, y no tener la sensación plena de recibir unos cuidados eficientes y de calidad.

Barrera lingüística y medios facilitadores.

La barrera lingüística es para los inmigrantes el principal motivo de mala comunicación con los profesionales sanitarios (Valverde et al, 2013), en cambio Plaza & Veiga (2011) señalan prácticamente la inexistencia de estudios en el ámbito sanitario que profundicen en la comunicación entre los profesionales y los pacientes extranjeros, y más aún cuando se focalizan desde el propio paciente.

Para Ávila & Palomo (2010), la creación e implantación de paneles de comunicación va a permitir una mayor accesibilidad al sistema sanitario por parte del paciente y una mayor interacción con el profesional, mejorando la calidad de cuidados y la satisfacción de ambos.

En esta misma línea, Vázquez, Terraza, Vargas, & Lizana (2009) opinan que es necesario el apoyo de instrumentos y estrategias, como materiales en diversos idiomas, servicios de traducción y mediadores culturales.

Así mismo, Sandin, Rio & Larraz (2012) señalan la existencia de recursos de comunicación online que permiten mejorar la comunicación entre los profesionales y los pacientes inmigrantes, aunque son escasos y se encuentran dispersos en la red.

Diferencias culturales.

Los valores y creencias modelan el concepto de salud-enfermedad entre diferentes culturas; siendo para los musulmanes la enfermedad, el desequilibrio entre el cuerpo y el alma que puede ser efecto del incumplimiento de las normas que rigen los preceptos religiosos y hace al hombre responsable de la enfermedad, mientras que la cultura latina dan mayor importancia a las exploración física, pruebas complementarias y empleo de tecnología para saber su diagnóstico de la Enfermedad (Tirado, 2010).

Los inmigrantes tienen en su países de origen una cultura sanitaria muy diferente en la mayoría de los casos, por lo que necesitan ayuda en su proceso de transición, y la relación entre el profesional y el inmigrante puede ser un gran facilitador (Soares, Ferré, & Tereza, 2013).

Las diferencias culturales también puede influir en la comunicación entre los profesionales sanitarios y la población inmigrante, tanto en la comunicación verbal como no verbal. Por ejemplo, en algunas culturas el contacto físico está mal visto mientras que en otras no.

Problemas psicosociales de la población inmigrante.

Los inmigrantes, entre otros problemas, sufren duelo migratorio por razones como la nostalgia, la preocupación, el temor, el estrés social y no poder alcanzar su proyecto migratorio, así como por diferentes aspectos culturales (De la Revilla, De los Ríos, De Dios, Valverde, & López, 2011).

Además de los problemas citados anteriormente se encuentran problemas tales como amenaza de expulsión, precariedad laboral, no reconocimiento de su formación previa y dificultad de acceso a una vivienda salubre (Roca & Vega, 2009).

En muchos casos los inmigrantes se encuentran con una oferta laboral limitada en condiciones de precariedad y vulnerabilidad social (Agudelo et al., 2009), pero además el riesgo de la población inmigrante en el contexto laboral suele ser mayor debido al acceso a puestos de menor cualificación y la necesidad de prolongar sus jornadas laborales (García, López, Alonso, Ruíz, Ahonen, & Porthé, 2009), lo que obliga en ocasiones a un mayor acceso al sistema sanitario.

En todos estos problemas psicosociales se encuentra que la principal línea de abordaje deriva de la comunicación especializada con los inmigrantes, y es una vez más donde se halla un déficit de comunicación incidiendo en la barrera idiomática para su abordaje.

Formación de profesionales sanitarios en aspectos culturales e idiomáticos.

La sanidad podría actuar como amortiguador de la mayoría de las consecuencias de las desigualdades sociales, por ello es tan importante que los profesionales sanitarios tengan una aptitud abierta a los inmigrante y formar a los sanitarios ante un sector vulnerable (Hernández, Santaolaya, & Campos, 2012). Además de incidir en los estereotipos y prejuicios de los profesionales, en ocasiones, hacia la población inmigrante que repercute indirectamente en la prestación de servicios por prejuicios y estereotipos muy arraigados en la cultura occidental denominador común del rechazo, pese a esta visión negativa la relación con los pacientes de religión musulmana no parece afectar según la percepción de los propios pacientes (Plaza & Veiga, 2012).

Ante las diferentes maneras de entender la salud y la enfermedad, expresar el dolor y la vivencia de la muerte, como de la creencia de los procesos de la curación, es importante desarrollar habilidades para la atención al inmigrante. Ante una sociedad multicultural existe la obligación de tratar a todas las personas sin discriminación de ningún tipo (Aguilar & Mascort, 2008).

Por todo ello, estos autores, consideran que los profesionales sanitarios deberían tener un conocimiento básico para poder prevenir y reconocer los signos de alarma ante las enfermedades de los países de origen de los inmigrantes. Siendo necesario, igualmente, una formación lingüística o la utilización de recursos o medios facilitadores y formación cultural.

En la Tabla 2 se muestra la interrelación entre las diferentes categorías de análisis expuestas anteriormente.

Obstaculizadores	Facilitadores
Barrera lingüística	Medios facilitadores
Diferencias culturales	(Pictogramas, traductores...)
Problemas psicosociales de la población inmigrante	Formación de profesionales sanitarios en aspectos culturales e idiomáticos

Tabla 2.- Acceso y utilización del SNS por parte de la población inmigrante. Interrelación de las categorías de análisis.

Conclusiones

- La inequidad en el acceso y utilización de los recursos sanitarios por la población inmigrante puede mejorar a través de una mejor información.
- La barrera lingüística o idiomática repercute directamente en la calidad de los servicios prestados a la población inmigrante, la utilización de recursos y medios facilitadores puede mitigar o eliminar estas barreras que mejoraría la calidad prestada y percibida.
- Las diferencias culturales pueden influir en el proceso comunicativo entre la población inmigrante y los profesionales sanitarios.
- Los problemas psicosociales con abordaje preferentemente a través de la comunicación supone un reto y desafío en su abordaje para los profesionales sanitarios debido a la barrera idiomática.
- La formación lingüística y cultural de los profesionales sanitarios son una necesidad para prestar una atención de calidad.

Referencias

- Agudelo, A., Ronda, E., Gil, D., Vives, C., García, A. M., García, F. R., y otros. (2009). Proceso migratorio, condiciones laborales y salud en trabajadores inmigrantes en España. *Gaceta Sanitaria*, 23(Supl 1), 115-121.
- Aguilar, A., & Mascort, J. (2008). ¿Es necesaria una formación específica para la atención de la población inmigrante? *FMC Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 15(10), 635-637.
- Amezcuca, M., Bonill, C., & Hueso, C. (2009). El cuidado del paciente inmigrante: líneas emergentes de investigación en Andalucía. *Enfermería Comunitaria*, 5(2).
- Ávila, M. A., & Palomo, J. M. (2014). Una imagen, mil palabras. Cuidando a una sociedad multicultural. *Revista Científica Hygia de Enfermería*, 85, 60-63.
- Castro, J., & Mora, J. (2011). La inmigración en España: procedencia y distrución interior. 200-214, Disponible en https://www.urjc.es/ceib/espacios/migraciones/seminario-expertos/documentos/Capitulo_13.pdf.
- De la Revilla, L., De los Ríos, A. M., De Dios, J. G., Valverde, C., & López, G. (2011). Estudio del duelo migratorio en pacientes inmigrantes que acuden a las consultas de atención primaria. Presentación de un cuestionario de valoración del duelo migratorio. *Atención Primaria*, 43(9), 467-473.
- Eurostat. (2013). European demography. EU28 population 505.7 million at 1 January 2013. Disponible en http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-20112013-AP/EN/3-20112013-AP-EN.PDF.
- García, A. M., López, M. J., Alonso, A., Ruíz, C., Ahonen, E. Q., & Porthe, V. (2009). Condiciones de trabajo y salud en inmigrantes (Proyecto ITSAL): entrevistas a informantes clave. *Gaceta Sanitaria*, 23(2), 91-9.
- González, Y., La Parra, D., Martín, U., & Malmusi, D. (2014). Participación y representatividad de la población inmigrante en la Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2012. *Gaceta Sanitaria*, 28(4), 281-6
- Hernández, I., Santaolaya, M., & Campos, P. (2012). Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPA 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26(S), 6-13.
- Instituto Nacional de Estadística. (s.f.). Recuperado el 1 de Abril de 2014, de http://www.ine.es/prensa/padron_prensa.htm
- Lasheras, M. P., Muriel, R., Llamas, M. V., Hallaga, A., Bitoden, A., Awa, M., y otros. (2010). Naci mujer, la vida de Mame: una apuesta en escena sobre la inclusión intergeneracional. *Gaceta Sanitaria*, 24(3), 259-261.
- LLosada, J., Vallverdú, I., Miró, M., Pijem, C., & Guarga, A. (2012). Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. *Atención Primaria*, 44(2), 82-88.

- López, L. A., Martínez, J. I., Fernández, A., March, J. C., Suess, A., Danet, A., y otros. (2012). ¿Esta en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? *Gaceta Sanitaria* , 26(4), 298-300.
- Maderuelo, J. A., Hernández, I., González, M., & Velázquez, I. (2009). Necesidades de información de los usuarios de Atención primaria desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. Un estudio Delphi. *Gaceta Sanitaria* , 23(5), 365-372.
- Medina, E., & Gómez, F. J. (2013). Percepción de los profesionales de la salud sobre la relación con los servicios sanitarios de la población autóctona e inmigrante en un área sanitaria. *Paraninfo digital* , Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/291.php>.
- Plaza, F., & Veiga, M. (2012). La visión del otro y la conflictividad en la relación enfermera-paciente musulmán. *Enfermería Clínica* , 22(4), 191-197.
- Plaza, F., & Veiga, M. (2011). Visión de los pacientes de la competencia en comunicación intercultural de los profesionales de enfermería que los cuidan: El proyecto. *Cultura de los cuidados* , 31, 93-98.
- Regidor, E., Sanz, B., Pascual, C., Lostao, L., Sánchez, E., & Díaz, J. M. (2009). La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gaceta Sanitaria* , 23(Supl 1), 4-11.
- Roca, N., & Vega, C. (2009). Vulnerabilidad social del colectivo inmigrante. *Paraninfo digital* , 7, Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n7/081o.php>.
- Sandín, M., Río, I., & Larraz, R. (2012). Diseño de un catálogo de recursos online para la mejora de la comunicación sanitario-paciente inmigrante. *Revista Española de Comunicación Sanitaria* , 3(1), 38-48.
- Soares, N., Ferré, C., & Tereza, M. (2013). Estudio explorario: Identificación de elementos relacionados con los factores de Salud Mental Positiva en la transición del proceso de inmigración. *Paraninfo digital* .
- Solana, C., Riquelme, R., Gutiérrez, M. M., Martínez, M. M., & Hidalgo, N. (2012). Evaluación de medios de comunicación alternativos con mujeres inmigrantes de habla no hispana en partos. *Biblioteca Lascasas*, 8(1). Disponible en <http://www.indexf.com>.
- Terraza, R., Vargas, I., Rodríguez, D., Lizana, T., & Vázquez, M. L. (2010). Políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población inmigrante en España. *Gaceta Sanitaria* , 24(2), 115.e1-115.e7.
- Tirado, G. (2010). Valoración de Enfermería en la población inmigrante . *Metas de Enfermería* , 13(4), 10-14.
- Valverde, M., Ortiz, A., Martín, A., Ruiz, A., Jerónimo, I., Martínez de la Ossa, R., y otros. (2013). Atención en el parto en la mujer inmigrante; características sociodemográficas y de comportamiento en función de la procedencia de la paciente. *Clínica e investigación en ginecología y obstetricia* .
- Vázquez, L., Terraza, R., Vargas, I., & Lizana, T. (2009). Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gaceta Sanitaria* , 23(5), 396-402.

Conspiración del silencio

Conspiracy of Silence

Cristina Rodríguez-Castillo^{1*}

1. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Almería

Fecha de recepción: 21/06/2014 – Fecha de aceptación: 20/12/2014

Resumen

La conspiración de silencio es “el acuerdo implícito o explícito por parte de familiares, amigos y/o profesionales, de alterar la información que se da al paciente con el objetivo de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico y/o gravedad de la situación”. Los objetivos de este estudio son clarificar el fenómeno de la conspiración de silencio e identificar protocolos de comunicación de malas noticias. Se trata de una revisión bibliográfica de publicaciones comprendidas entre 1998 y 2014. De los 14 artículos seleccionados, 2 son escritos por psicólogos, 2 escritos por médicos, 2 por psicooncólogos, 4 por enfermeros, 3 por equipos de Cuidados Paliativos y 1 por un teólogo. Y con respecto al tipo de estudio, se encontraron 6 revisiones sistemáticas, 7 estudios cuantitativos y 1 estudio cualitativo. Según los resultados encontrados en nuestra revisión, en general hay más estudios en bases de datos de medicina y de psicología que de enfermería y más artículos publicados en bases de datos internacionales que españolas sobre el fenómeno en cuestión. La conspiración de silencio es un fenómeno universal con una elevada prevalencia. Las variables más influyentes para ocultar la verdad son el miedo a las repercusiones emocionales del paciente y el deseo de protegerlo. La ocultación de información clínica no sólo tiene implicaciones éticas, sino que influye en la práctica asistencial, produciendo este fenómeno consecuencias en el paciente, en la familia, en los profesionales de salud y en el propio sistema sanitario. Actualmente el protocolo para dar malas noticias, más utilizado y referenciado es el SPIKES. Existe un vacío para la formación específica en comunicación y es necesario desarrollar habilidades comunicativas que permitan afrontar y manejar de forma asertiva estas circunstancias.

Palabras clave: Comunicación, conspiración del silencio, enfermería.

Abstract

The conspiracy of silence is ‘the implicit or explicit agreement made by relatives, friends or professional people to alter the information given to the patient in order to hide the diagnosis, prognosis or seriousness of his/her situation’. The aim of this research is to clarify the ‘Conspiracy of silence’ phenomenon and to identify some of the protocols used to communicate bad news. This is based on a bibliographic revision of publications which were created between 1998 and 2014. Among the 14 articles selected, 2 of them were written by psychologists, 2 by doctors, 2 by psychooncologists, 4 by nurses, 3 by a palliative care team and 1 by a theologian. In relation to the type of research, we distinguish 6 systematic revisions, 7 quantitative researches, and 1 qualitative study. According to the results found, there are generally more studies based on medicine and psychologist databases than on nursery. Furthermore, there are more articles published on international databases than in Spanish ones alluding to this phenomenon. The ‘conspiracy of silence’ is an universal phenomenon with such a high prevalence. The most important and influent reasons to hide the truth are the fear of the possible emotional repercussion on the patient and the desire to protect him/her. The concealment of clinical information has not only ethical implications but influences the care practices, therefore producing consequences on the patient, the family, the health professionals and maybe on the healthcare system. Nowadays the most used protocol in order to give bad news is the ‘SPIKES’. It exists a void of specified communication formation and it is necessary to develop communication skills which would allow us to face and to deal with this kind of circumstances in an assertive way.

Keywords: Conspiracy of silence, communicating, nursing.

*Correspondencia: gipilonga@hotmail.com

Introducción

La definición de conspiración de silencio más comúnmente aceptada es “el acuerdo implícito o explícito por parte de familiares, amigos y/o profesionales, de alterar la información que se da al paciente con el objetivo de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico y/o gravedad de la situación” (Barbero, 2006). Actualmente se están utilizando otros términos como “pacto de silencio” y “protección informativa” ya que desde el código Penal se considera que el término de conspiración, en el marco de constitución, es un delito (Ruiz-Benítez y Coca, 2008).

Según el causante de la conspiración de silencio se llama adaptativa a la conspiración de silencio en la que el paciente no habla, niega, evita o parece que no quiere saber sobre su situación, y desadaptativa, a la que quiere saber y pregunta pero su familia o el profesional no quieren proporcionar información al paciente (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003).

Los motivos que inducen a este tipo de escenarios, en situación de enfermedad con expectativa de vida limitada, son múltiples. Estos motivos o factores han sido agrupados en 7 categorías.

1. Deseo de proteger al enfermo del impacto emocional de la información y evitar un sufrimiento innecesario.
2. Necesidad de autoprotección, tanto de profesionales como familiares, por la dificultad de enfrentarse a las reacciones emocionales del paciente y a su manejo.
3. Dificultad de los profesionales para transmitir este tipo de información ligado con la falta de formación específica sobre el tema.
4. Dificultad para establecer pronósticos precisos.
5. El sentimiento de fracaso que supone para el médico aceptar que no existe posibilidad terapéutica curativa para el paciente.
6. El tema tabú de la muerte en algunas sociedades que condiciona una dificultad añadida para hablar de temas de final de la vida.
7. Algunas creencias generalizadas, como que decir la verdad deja al paciente sin esperanza, que puede acelerarle incluso la muerte y el argumento de que en realidad los individuos gravemente enfermos no quieren conocer su estado (Bellido, 2013).

En cuanto a la prevalencia encontramos estudios realizados en España que revelaron lo siguiente, con una muestra de 59 pacientes, de ellos 20 mujeres y 39 hombres, resultó que un 18,8% de la muestra no existía conspiración de silencio (son los casos que descubrieron que avanzaban en su proceso de información) mientras que sí existía conspiración en un 64% (pacientes que no avanzaban en el proceso de información) (Bermejo, Villaceros, Carabias, Sánchez y Díaz-Albo, 2012). El 50% de conspiraciones de silencio son completas, y un 27% parciales (Ruiz-Benítez y

Coca, 2008). Por otro lado hallaron un porcentaje del 36,7% motivada tanto por la actitud de la familia como de los profesionales (Bermejo, Villaceros, Carabias, Sánchez y Díaz-Albo, 2012). Un estudio en Portugal, reveló que el 28% de los pacientes oncológicos no estaban informados del diagnóstico, de los cuales la mayoría deseaban dicha información (Gonçalves, Marques, Rocha, Leitão, Mesquita y Moutinho, 2005).

Sin embargo, la ocultación completa de la verdad es difícil, ya que entre un 40-70% de los pacientes con cáncer en España intuye la malignidad del proceso patológico (Centeno y Núñez, 1998).

Las consecuencias del fenómeno en cuestión se extienden a diferentes niveles afectando a todos los protagonistas del proceso informativo, e incluso al mismo sistema sanitario. Una de las consecuencias negativas es la barrera de comunicación que se produce entre familia y profesionales de la salud con el paciente (Vivian, 2006). En el paciente provoca dificultad para afrontar su propia muerte, despedirse de sus seres queridos, resolver tareas inacabadas y encontrar un sentido a la vida y al sufrimiento (Fallowfield, Jenkins y Beveridge, 2002).

En cuanto a los aspectos éticos y legales de la comunicación en el final de vida, entran en conflicto los cuatro principios de la Bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. El dilema de la confrontación entre los principios éticos de autonomía y beneficencia se tratan de manera diferente en cada país. En España, el médico intenta encontrar un equilibrio entre la información que proporciona al paciente y el beneficio que podría aportarle (Núñez y Guillén, 2001).

Los objetivos de este estudio son, clarificar el fenómeno del pacto de silencio e identificar protocolos de comunicación de malas noticias.

Material y métodos

Hemos realizado una revisión bibliográfica de los artículos publicados entre 1998 y 2014, esta se describe a continuación.

Estrategia de búsqueda y proceso de selección

El metabuscador utilizado ha sido ALMIREZ (Catálogo de la Biblioteca Universitaria Nicolás Salmerón, Universidad de Almería).

Hemos empleado como herramienta la búsqueda de información en las bases de datos: internacionales (CINAHL, Medline, PubMed, Proquest y Psycinfo) y nacionales (Elsevier y Cuiden +), donde utilizamos los descriptores: “comunicación”, “conspiración de silencio”, “malas noticias”, “ética”, utilizadas indistintamente en español e inglés. Limitando la búsqueda con el empleo del operador booleano AND.

El estudio lo realizamos durante los meses de Abril-Mayo de 2014 y de todos los resultados obtenidos, combinando las distintas opciones de búsqueda mencionadas, se seleccionaron un total de 94 referencias bibliográficas. El resto de artículos descartados no fueron seleccionados por no cumplir los criterios de inclusión siguientes: trabajos extraídos a texto completo, originales y revisiones sistemáticas y trabajos que podrían responder a los objetivos del estudio.

Después de una primera selección, 94 trabajos cumplieron los criterios de inclusión. De estos, 14 eran útiles para la introducción y la discusión. La mayoría de ellos se llevaron a cabo en España.

Resultados

Los resultados de la búsqueda se pueden observar en la tabla 1. Se seleccionaron aquellos artículos que podrían responder a los objetivos del estudio. Debido a la similitud del contenido de los artículos de las diferentes bases recopilamos 14 estudios para la siguiente revisión bibliográfica.

De los 14 artículos, 2 son escritos por psicólogos, 2 por médicos, 2 por psico-oncólogos, 4 por enfermeros, 3 por equipo de Cuidados Paliativos y 1 por un teólogo. Y con respecto al tipo de estudio, se encontraron 6 revisiones sistemáticas, 7 estudios cuantitativos y 1 estudio cualitativo.

BASES DE DATOS ESPAÑOLAS										
PERFIL DE BÚSQUEDA	Cuiden +				Elsevier					
	E		S		E		S			
Conspiración del silencio	10		4		29		4			
Comunicación AND noticias	60		6		577		24			
BASES DE DATOS INTERNACIONALES										
PERFIL DE BÚSQUEDA	CINAHL		Medline		PubMed		Proquest		Psycinfo	
	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S
Conspiracy of silence	8	1	29	6	521	7	674	4	100	7
Communication & bad news	87	3	583	20	466	-	647	1	428	1
Ethical AND palliative care	41	-	107	3	429	1	472		681	2
	9		2		1		3			
E=Encontrados / S= Seleccionados										

Tabla 1. Resultados de la búsqueda bibliográfica

Discusión

La definición de conspiración de silencio comúnmente aceptada es la de Barbero, ya mencionada, pero se han ido incorporando nuevas definiciones como “el acuerdo para ocultar total o parcialmente la información del estado real del paciente sin tener en cuenta los deseos de saber del mismo” (Ruiz-

Benítez y Coca, 2008). Para otros autores se trata de un “acuerdo secreto o cooperación entre dos o más personas que implica que la información (sobre diagnóstico, pronóstico, y detalles médicos sobre la persona que está enferma) es ocultada o no compartida entre los individuos implicados” (Chaturvedi, Loiselle y Chandra, 2009).

El estudio de Bermejo, Villacieros, Carabias, Sánchez y Díaz-Albo (2012), utilizó una metodología cuantitativa, un estudio observacional descriptivo y longitudinal sobre una población de pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos, sus familiares y profesionales médicos a cargo de la unidad. A juicio de estos psicólogos, el mayor problema con que se encuentra la familia es el miedo a la repercusión del conocimiento de la información, el 55% quiere proteger al enfermo, favoreciéndose la conspiración de silencio.

Ruiz-Benítez y Coca (2008) desarrollaron otro estudio cuantitativo descriptivo trasversal que se llevó a cabo con entrevistas semi-estructuradas y escalas, en el que afirman que la variable más influyente para ocultar la gravedad de la situación al paciente, es el miedo a las repercusiones negativas que puedan derivarse: depresión, pérdida de interés por la vida, locura, empeoramiento del estado físico, sufrimiento innecesario. Algunas otras variables como el sexo femenino, nivel de estudios menores que el de bachillerato, estar casado y residir en zona urbana, en cuanto a los rangos de edad determina dos: 35-50 y 51-65.

Vivian (2006) sostiene que el estudio de caso sirve para poner de relieve la compleja interacción entre que el paciente adulto ha de ser competente, los argumentos acerca de la colusión teórico ético y consideraciones legales para incluir aspectos emocionales y las consecuencias prácticas de la retención de la verdad, ya que surgen dilemas y conflictos acerca de la verdad en la práctica de cuidados paliativos que pueden implicar colusión entre los profesionales sanitarios y familiares de los pacientes a retener la verdad al paciente. Estos aspectos deben ser tenidos en cuenta a la hora de tomar decisiones acerca de decir la verdad. Además reivindica el papel potencial de los enfermeros en el contexto de la verdad y la evitación.

Un estudio realizado por un grupo de psicólogos de oncología provee evidencia de que aunque la verdad duele, el engaño puede doler más. Los profesionales de la salud a menudo censuran información en un intento de proteger a los pacientes de malas noticias. Este deseo de proteger a los pacientes de la realidad de su situación por lo general crea dificultades aún mayores para los pacientes, sus familiares y amigos. Una conspiración de silencio por lo general se traduce en un estado de miedo, ansiedad y confusión. Se niega así la oportunidad para reorganizar y adaptar sus vidas a la nueva situación. (Fallowfield, Jenkins y Beveridge, 2002).

Un grupo de profesionales de la Unidad de Cuidados Paliativos en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid), presentan las principales cuestiones éticas en la práctica clínica en los

cuidados paliativos y al final de la vida en España y cómo estos temas están influenciados por la cultura española. La tradición cultural en España influye en las actitudes hacia la eutanasia, la sedación, la definición de terminalidad, la atención en las últimas 48 horas de vida, la revelación del diagnóstico y la información. Pero el movimiento de los cuidados paliativos españoles ha logrado una relativa madurez que le ha permitido invertir en estudios de sus propios dilemas éticos. La atención está dirigida en iniciar nuevos programas para consolidar y ampliar la formación de los profesionales que ya trabajan en los programas existentes (Núñez y Guillén, 2001).

En cuanto a protocolos en la comunicación de malas noticias encontramos el SPIKES del oncólogo Buckman, este se enfoca al personal de medicina a la hora de dar un diagnóstico. Se basa en 6 etapas:

1ª Preparación (Setting): Debe ser encontrar un lugar tranquilo, lo ideal es un despacho, pero si no es posible se puede crear un ambiente apropiado cerrando la puerta de la habitación, echando la cortina... Además es muy importante el interés, la conducta, el comportamiento y la postura física de proximidad del profesional sanitario que vaya a dar la noticia. Con esto se pretende que la persona se sienta segura y evitar interrupciones por el contexto.

2ª Percepción (Perception): Se basa en conocer qué sabe el paciente sobre su estado de salud mediante preguntas abiertas, como dice Buckman: "*before you tell, ask*", y fijarse en el lenguaje que emplea para ello. Puede pasar que la persona refiera saber menos de lo que realmente conoce, esto es debido a una reacción de negación hacia su estado de salud y lo que pretende es buscar explicación en varios profesionales para contrastar.

3ª Invitar (Invitation): a que nos pregunte qué quiere saber. Con esto se pretende que conozcamos cuál es realmente la preocupación de la persona y qué es exactamente lo que le gustaría saber ("*verdad soportable*" según algunos autores). Aquí suelen aparecer discordancias entre lo que el profesional quiere comunicar y el interés del paciente, entonces se debe de acondicionar la información que se va a dar a las demandas del paciente. Puede pasar que se muestre poco receptivo a ser informado, por lo que se le debe dar tiempo a que lo piense y dar la opción de hablar más tarde.

4ª Conocimiento (Knowledge): Es el momento de hacerle entender que se le va a dar una mala noticia con frases como por ejemplo: "*Lamentablemente, tengo una mala noticia que decirle...*" o "*Siento tener que decirle...*". Entonces se dejarán pasar unos segundos para que se acondicione psicológicamente y entonces comunicarle la información intentando utilizar un vocabulario comprensible y en pequeños fragmentos, de tal modo que vaya comprendiendo poco a poco y no tener que repetir la información varias veces. Recordemos que el principal objetivo es que comprenda la nueva situación.

5º Empatía (Empathy): Una vez comprendida la información por parte del paciente, se inician una serie de respuestas conductuales en el mismo que pueden ser: ansiedad, miedo, tristeza, agresividad, o ambivalencia. Por lo que se debe de iniciar un proceso de escucha activa y empatía. Como apuntan Ayarra y Lizarraga *“Sólo si somos capaces de apoyar al paciente en sus emociones estaríamos moralmente autorizados a informarle”*. Aquí lo importante es saber cómo se siente y a qué es debido, para así intentar ayudarle en la medida de lo posible.

6º Resumen y planes de futuro (Strategy and summary): Finalmente el paciente debe de estar en condiciones de que conozca la nueva situación para así establecer un plan terapéutico o medidas de futuro. Aquí el profesional deberá mostrar disponibilidad hacia el paciente y para concluir hará un resumen de toda la sesión para clarificar dudas (Mirón, 2010).

Cabe destacar el protocolo en el cual la autora denomina a la etapa sexta como “plan de cuidados” y es donde el profesional de enfermería actualizaría el plan de cuidados y apoyaría al paciente. Propone además una séptima etapa denominada “autochequeo del profesional”, que está enfocada a la reflexión sobre los sentimientos vividos por uno mismo a la hora de comunicar la mala noticia para mejorar en un futuro con un espíritu de autosuperación (Villa, 2007).

Según los resultados encontrados en nuestra revisión, en general hay más estudios en bases de datos de medicina y de psicología que de enfermería, y más artículos publicados en bases de datos internacionales que españolas sobre el fenómeno en cuestión.

La mayoría de los estudios cuantitativos que hemos revisado procedían de médicos y la muestra mayormente son de pacientes oncológicos.

Por parte de enfermería hemos encontrado estudios en otro tipo de situaciones como por ejemplo la información ofrecida a familiares de pacientes en proceso de final de vida en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Las enfermeras opinan que la información resulta adecuada al pronóstico y se ajusta a la situación del paciente, considerando el lugar en que se informa a los familiares y la actitud de los profesionales en este proceso, siendo más empáticos los profesionales de las UCI pediátricas (Pascual-Fernández, 2014).

Conclusiones

Después de esta revisión, hemos podido determinar que la conspiración de silencio es un fenómeno universal y complejo, donde intervienen los distintos profesionales de salud, el paciente y la familia.

Encontramos una alta prevalencia de este fenómeno. Parece ser que las variables más influyentes para ocultar la verdad son el miedo a las repercusiones emocionales del paciente y el deseo de protegerlo por parte de la familia. La ocultación de información clínica no sólo tiene implicaciones éticas, sino que influye en la práctica asistencial, produciendo este fenómeno consecuencias en el paciente, en la familia, en los profesionales de salud y en el propio sistema sanitario. Algunas de estas consecuencias son la barrera de comunicación que se establece entre el profesional sanitario y el paciente y la dificultad por parte de este último, para afrontar su propia muerte, despedirse de sus seres queridos, resolver tareas inacabadas y encontrar un sentido a la vida y al sufrimiento.

Actualmente el protocolo para dar malas noticias, más utilizado y referenciado es el SPIKES, dicho protocolo se tradujo al castellano y en España se ha dado a conocer con el nombre de EPICEE. Es necesario adaptarlo a las características particulares, no sólo de la situación, sino de los profesionales de la salud y del paciente.

La figura de los enfermeros, es muy importante antes, durante y al final del proceso, ya que estos son los profesionales que pasan mayor tiempo con el paciente y la familia, y por tanto, los enfermeros tienen la mayor confianza e información con estos. Se deberá ir adaptando el plan de cuidados a las diferentes situaciones a las que se enfrenta y conocer las nuevas demandas de salud.

Es un proceso en el cual es muy importante la coordinación multidisciplinar. Existe un vacío para la formación específica en comunicación, a pesar de constituir una herramienta básica para el ejercicio de la Enfermería. Se hace necesario desarrollar habilidades comunicativas que permitan afrontar y manejar de forma asertiva las circunstancias.

Bibliografía

- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. y Bayés, R. (2003). Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel.
- Barbero, J. (2006). El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *An Sist Anit Navar*, 29(3), 19-27.
- Bellido, M. (2013). Los profesionales de la salud ante la comunicación de final de vida en pacientes con enfermedad avanzada e incurable. La conspiración de silencio. 2014, de Universitat Internacional de Catalunya Sitio. Recuperado de http://www.recercat.net/bitstream/handle/2072/217715/Mercedes_Bellido_P%C3%A9rez_%20TFM.pdf?sequence=1
- Bermejo, J., Villaceros, M., Carabias, R., Sánchez, E. y Díaz-Albo, B. (2012). Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas. *Med Paliat*, 20(2), 49-59.

- Centeno, C. y Núñez, J.M. (1998). Studies about the communication of the diagnosis of cancer in Spain. *Med Clin*, 110(19), 744-750.
- Chaturvedi, S.K, Loiselle, C.G. y Chandra, P.S. (2009). Communication with relatives and collusion in palliative care: a cross-cultural perspective. *Indian J Palliat Care*, 15(1), 2-9.
- Fallowfield, L.J., Jenkins, V.A. y Beveridge, H.A. (2002). Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliat Med*, 16(4), 297-303.
- Gonçalves, F., Marques, A., Rocha, S., Leitão, P., Mesquita, T. y Moutinho, S. (2005). Breaking bad news: experiences and preferences of advanced cancer patients at a Portuguese oncology centre. *Palliative Medicine*, 19(7), 526-531.
- Mirón, R. (2010). Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera. *Rev Esp Com Sal*, 1(1), 39-49.
- Núñez, J.M. y Guillén, D.G. (2001). Cultural issues and ethical dilemmas in palliative and end-of-life care in Spain. *Cancer Control*, 8(1), 46-54.
- Pascual-Fernández, M.C. (2014). Información a familiares de pacientes en proceso final de vida en unidades de cuidados intensivos. Evaluación por parte de las enfermeras. *Enferm Clín*, 24(3), 168-174.
- Ruiz-Benítez de Lugo, M.A. y Coca, M.C. (2008) El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psycho-oncology*, 5(1), 53-69.
- Villa, B. (2007). Recomendaciones sobre cómo comunicar malas noticias. *Nurse Investigación*, 31. http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/pdf_protocolo_31.pdf
- Vivian, R. (2006). Truth telling in palliative care nursing: the dilemmas of collusion. *Int J Palliat Nurs*, 12(7), 341-348.

La retórica como herramienta para la gestión y la comunicación del riesgo sanitario

Rhetoric as a toolkit for health risk Management and communication

Javier Nespereira-García^{1*}

¹ Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Valladolid, España

Fecha de recepción: 15/01/2015 – Fecha de aceptación: 22/03/2015

Resumen

Como sucediera con la crisis de la gripe A en 2009, la actual crisis del Ébola ha puesto de manifiesto la necesidad de revisar el modelo de gestión de la comunicación del riesgo sanitario. Una sociedad más reflexiva con respecto a la salud y al riesgo, así como la irrupción de las redes sociales en el escenario de la comunicación de crisis, hace insostenible el modelo decisionista y tecnocrático vigente hasta ahora. En este artículo defendemos la utilidad de la retórica y de la teoría de la argumentación como instrumentos de un modelo deliberativo de comunicación en salud pública. La adopción de estas disciplinas en el debate originado ante los problemas de salud pública permitiría integrar el conocimiento científico-técnico sobre los riesgos sanitarios con las diferentes identidades sociales. En este debate se construyen discursivamente la interpretación y valores en torno a conceptos como salud, enfermedad, contagio y medicina, pero también la confianza en las instituciones sanitarias, un elemento clave para la gestión de la salud pública. El enfoque retórico, al entender la comunicación como una práctica transversal para acuerdo social, contribuiría a la mejor comprensión de este proceso, así como a diseñar un modelo de comunicación más eficaz para el ámbito sanitario.

Palabras clave: *Comunicación en salud, identidad social, retórica constructivista, riesgo sanitario.*

Abstract

Like the pandemic flu crisis in 2009, the current Ebola crisis has been shown the need to improve the current framework for health risk communication management. A more reflective society about health and risk issues, as well as the emergence of social networks on crisis communication scenarios, makes untenable the current decisions and technocratic framework.

In this paper we advocate for the rhetoric and the theory of argumentation as usefulness mechanisms in a deliberative framework for public health communication. Applying these approaches to the debate on public health questions it would allow to integrate the available scientific knowledge on health risks with the different social identities. In this debate, interpretation and values about notions such as health, disease, contagion, and medicine, are discursively constructed; as well as the trust in health institutions, key concept in the public health management. The rhetorical approach —understanding communication as transversal practice aimed at social consensus— would contribute to the best understanding of this process, as well as to design a more efficient communication model for the health sphere.

keywords: *Constructivist rhetoric, health communication, health risk, social identity*

*Correspondencia: javier.nespereira@let.uva.es

Introducción

La actual epidemia de virus Ébola ha evidenciado, una vez más, cómo las tensiones entre, por un lado, el contexto socio-cultural y, por otro lado, el conocimiento y el razonamiento científicos condicionan la comunicación y la gestión de un riesgo. Como en anteriores epidemias de Ébola, los medios de comunicación occidentales han vinculado inicialmente tanto el contagio como las reacciones de la población a la epidemia a cierta idiosincrasia cultural africana (Ungar, 1998; Joffe y Haarhoff, 2002). Sin embargo, los primeros casos de contagio en Europa y en EE.UU. han puesto de manifiesto que estas tensiones están también fuertemente presentes en la sociedad occidental, en un escenario de pérdida de confianza en las instituciones públicas.

El significativo rechazo a los protocolos de vacunación infantil en España y en otros países de nuestro entorno es un claro indicador de que la autoridad científica ante problemas sanitarios, se está diluyendo en el escenario de los nuevos medios de comunicación e información. El consiguiente incremento, desde 2011, de la prevalencia de enfermedades infecciosas como el sarampión o la rubeola (ECDC, 2014) nos obliga a tener en cuenta las consecuencias indirectas de crisis sanitarias como la del Ébola en España en 2014 o la de la gripe pandémica en 2009, así como a revisar en profundidad determinados aspectos del actual modelo de comunicación de riesgos para la salud pública.

A continuación esbozaremos los rasgos más importantes de los diferentes enfoques sobre la percepción del riesgo y sobre su papel en la sociedad global contemporánea, enfoques que en los últimos años han coincidido en señalar la necesidad de establecer un marco de participación más inclusivo para la gestión de los riesgos sanitarios. A este respecto, como defendemos, los nuevos desarrollos de la retórica y de la teoría de la argumentación constituyen una valiosa herramienta, tanto para el análisis crítico de las crisis de comunicación del riesgo sanitario, como para el diseño de las estrategias de comunicación que incluyan a todos los actores implicados en la salud pública.

En la última década, un grupo de retóricos norteamericanos ha desarrollado con éxito una rama de la retórica de la ciencia que han denominado «rhetoric of health and medicine». Sus trabajos se han ido plasmando en diferentes publicaciones especializadas en retórica, análisis del discurso, sociología de la medicina y comunicación en salud, así como en congresos, seminarios, máster y programas de doctorado de diferentes universidades en EE.UU. y Canadá. Nuestro objetivo en este trabajo es enmarcar esta nueva propuesta interdisciplinar en una tradición de estudios sociales del riesgo y de la salud pública con más difusión en Europa.

Las teorías sociales del riesgo sanitario. Una perspectiva histórica

Los profesionales de la medicina, la salud pública o la seguridad alimentaria nos inclinamos a considerar el riesgo sanitario en función de parámetros prevalentemente científicos, que determinan la gravedad del potencial acontecimiento peligroso y la probabilidad de que este tenga lugar (Berry, 2004: 9). De este modo, el riesgo es considerado una entidad real, una variable de los fenómenos naturales, o del desarrollo tecnológico, que puede ser objeto de la observación científica, y descrito en estos términos de manera inequívoca (e.g. Lupton, 1999: 6-7).

A partir de la década de los 80 del siglo xx numerosos estudios han dado cuenta de las variaciones individuales en la percepción de un mismo riesgo, y de cómo estas diferencias podían afectar a la gestión de estos riesgos, o a la aceptabilidad social de prácticas científicas o tecnológicas, con las consiguientes implicaciones políticas y económicas. Desde el ámbito de la psicología cognitiva, Paul Slovic y sus colaboradores han investigado en las últimas décadas los mecanismos que intervienen en la percepción de los riesgos naturales y tecnológicos, así como aquellos derivados de determinados hábitos de vida, como la alimentación o el tabaco (e.g. Slovic, 1987). Estos investigadores han evidenciado el papel de las emociones y los sentimientos en la adquisición del conocimiento y la toma de decisiones de los individuos con respecto a un posible peligro para su salud, configurando heurísticas y sesgos cognitivos, en particular en situaciones marcadas por la incertidumbre frente a un nuevo riesgo (e.g. Slovic et al. 2002). Al mismo tiempo, estos autores han prestado especial atención al papel de los medios de comunicación en la amplificación o en la atenuación social de los riesgos (e.g. Kaspersen et al., 1988). Este exhaustivo desarrollo teórico y metodológico ha dado lugar a propuestas concretas de políticas y protocolos para la gestión del riesgo (e.g. Renn, 2007).

Pese a su éxito en el estudio de la percepción del riesgo, esta perspectiva cognitivista ha sido contrastada tanto desde la antropología cultural como desde la sociología. Ambas coinciden en criticar el enfoque esencialmente individualista de la psicología cognitiva, así como en reivindicar la necesidad de entender el riesgo como un concepto sociocultural e ideológico. Desde la antropología cabe destacar el paradigma cultural/simbólico propuesto por Douglas y Wildavsky (1982), marcadamente constructivista. Para estos autores, el riesgo es una construcción social que habría asumido, en la sociedad moderna, individualista e industrializada, un papel simbólico análogo al del pecado y la culpa en otras sociedades. De este modo, los riesgos para la salud pública en la sociedad contemporánea se convierten en un importante objeto de controversia en el debate público, social y político, articulando otras prácticas sociales (Douglas, 1990).

Al mismo tiempo, la sociología se ha ocupado del riesgo desde una perspectiva crítica como el fenómeno más importante de la modernidad tardía en las sociedades industrializadas, una idea desarrollada ampliamente en el concepto de «Sociedad del Riesgo» acuñado por Ulrich Beck

(1992). En esta sociedad del riesgo, la medicina y la clase médica han asumido un papel político cada vez más relevante, en virtud de su capacidad de influir en el comportamiento y en los valores de los individuos en una sociedad cada vez más medicalizada (Beck, 1992: 204-212). Beck hace extensible esta influencia a la formulación de políticas sanitarias, de manera que la medicina se convierte para este autor en el paradigma del papel de la ciencia en la sociedad del riesgo, en tanto que se beneficia de la gestión de unos riesgos que ella misma ha definido discursivamente y, en muchos casos, contribuido a su producción (ibídem).

De esta forma, el riesgo sanitario —la idea de «estar en riesgo» o de «pertenecer a un grupo de riesgo»—, basada en las prácticas y técnicas médico-científicas que han contribuido a la medicalización de la salud pública, constituye así un instrumento predictivo y de control social. Conformando el marco general de las acciones del Estado, de manera que el lenguaje del riesgo estaría reemplazando al lenguaje del bienestar y de lo social en ámbitos como la salud pública o la salud mental, así como en la educación infantil, la inmigración o la política penitenciaria (Lupton, 1999: 98). A este respecto, autores como Michel Foucault en el ámbito de la salud pública y la medicina (e.g. 2007; 2009), y quienes han desarrollado sus conceptos de biopolítica y de *gouvernementalité*, han analizado con un enfoque crítico el origen y desarrollo históricos de los discursos y prácticas del riesgo que regulan las relaciones de poder en las sociedades contemporáneas.

La complejidad y la importancia de los riesgos sanitarios en nuestra sociedad nos obligan a tener en cuenta las aportaciones realizadas desde estos diferentes enfoques. Esta necesaria interdisciplinariedad es especialmente importante en el caso de las crisis epidémicas, en particular si se trata de un nuevo riesgo cuyo conocimiento está marcado por la incertidumbre.

La necesidad de un cambio de paradigma en las políticas del riesgo: del modelo tecnocrático al modelo deliberativo

Si aceptamos una preeminente componente sociocultural en los actuales riesgos para la salud pública, los procesos de comunicación del riesgo no pueden entenderse como la mera transmisión de información científica sobre un posible peligro, en la cual las diferencias en la percepción de dicho riesgo entre los expertos, los políticos y la población constituyen una variable más en la gestión técnica de una crisis. El propio riesgo como suceso histórico y fenómeno sociocultural, su significado y sus valores morales, es construido y transformado en estos procesos de comunicación en los que participa el discurso científico, pero también el discurso político, el discurso económico, y los discursos culturales o religiosos. A su vez, en nuestra sociedad contemporánea, el discurso mediático convencional y el de los nuevos medios y tecnologías de la información no sólo participa sino que constituye el medio para esta comunicación. La importancia creciente de las variables de incertidumbre y aceptabilidad en la noción de riesgo lo convierten en un importante objeto de la comunicación social, y del debate público y político.

En la actualidad, este escenario condiciona inevitablemente los procesos de toma de decisiones sobre problemas científicos y tecnológicos, como la formulación de políticas sanitarias, la regulación de la seguridad alimentaria o los planes de preparación frente a crisis sanitarias —epidémicas, alimentarias, etc. Sin embargo, como consecuencia de la predominancia de enfoques realistas y técnico-científicos frente a otros más constructivistas y sociológicos, en la formulación de políticas han prevalecido modelos decisionistas y tecnocráticos (Majone, 1997: 47 ss; Habermas, 1999: 140). La profunda crisis de confianza en las instituciones sanitarias y políticas que ha acompañado a crisis sanitarias como la de las encefalopatías espongiiformes en la última década del siglo XX, la epidemia de SARS en 2003, la gripe aviar en 2005, o la más reciente pandemia de gripe A en 2009, ha puesto en evidencia las limitaciones de estos modelos, así como la necesidad de una revisión crítica.

Para Majone (1997:54), uno de los principales inconvenientes de los modelos decisionistas de deliberación pública es su exclusiva focalización en los resultados en la resolución de problemas. Sin embargo, los procesos mediante los cuales se alcanzan dichos resultados no tienen solo un valor instrumental, sino también un valor cultural y moral, diferente para los distintos actores implicados. Por lo tanto, en las condiciones de incertidumbre que caracterizan las políticas de gestión del riesgo, la elección del medio para alcanzar un objetivo no podrá responder solo a criterios técnicos de racionalidad que establezcan de manera supuestamente inequívoca cuál es la mejor decisión posible. Las diferentes consecuencias sociales y culturales de cada uno de los procesos obligan, desde la perspectiva del análisis de políticas, a tomar en consideración un complejo marco argumentativo y persuasivo que supla las limitaciones del conocimiento científico y técnico, tanto en políticas energéticas, como ambientales o sanitarias (Majone, 1997: 57).

Majone (1997: 41) destaca el papel decisivo de la persuasión y la argumentación retórica en todos los niveles de los procesos de análisis y formulación de políticas. No solo en la búsqueda de una solución para un problema social, sino también en la presentación y justificación de las elecciones adoptadas, para que éstas sean aceptadas y puestas en práctica. Incluso en casos como en la elaboración de políticas sanitarias, de estrategias de seguridad alimentaria, o bien de planes de preparación frente a epidemias, en los que las acciones propuestas tienen una base científica sólida —apoyada en datos y estadísticas consensuados—, difícilmente esas pruebas técnicas serán suficientes para conseguir, por ejemplo, un cambio de hábitos para adoptar un estilo de vida más saludable o para evitar la propagación de una epidemia. Se hacen necesarias en este caso estrategias de comunicación social en las que la persuasión y la argumentación retórica son tan importantes como la información técnica y científica (76).

En los últimos años, algunos autores han desarrollado este enfoque deliberativo en el ámbito específico de la gestión del riesgo epidémico. Desde la antropología social se han propuesto recientemente políticas de gestión de las crisis epidémicas que tienen en cuenta la complejidad

de los diferentes contextos sociales y culturales. En las situaciones en las cuales bien la probabilidad de que se verifique una amenaza para la salud pública, bien las consecuencias de dicha amenaza, o bien ambas variables, constituyen un conocimiento problemático, deben ser abordadas desde una perspectiva deliberativa y crítica, que tenga en cuenta los diferentes sistemas de valores culturales implicados, y los diferentes marcos sociales y políticos en los que se construye el conocimiento científico.

Una nueva retórica para un nuevo modelo deliberativo

Este interés por las cuestiones objeto de controversia, o cuyo conocimiento resulta problemático, es compartido y reivindicado por la recuperación de las teorías retóricas y de la argumentación que ha tenido lugar durante la segunda mitad del siglo xx. Así es enunciado explícitamente por Perelman y Olbrechts-Tyteca en su ya clásico Tratado de la argumentación de 1958, que sentó las bases de una “nueva retórica”. En la misma línea a lo expresado posteriormente por Majone, Perelman y Olbrechts-Tyteca (1989: 770-771) rechazan el realismo y el nominalismo lingüísticos de quienes otorgan al conocimiento científico un lugar preeminente en la elaboración de los “juicios de realidad”. Estas posturas, critican estos autores, no toman en consideración el componente social del lenguaje, como instrumento de comunicación y de acción sobre los demás, así como la influencia del contexto de esa comunicación, o los diferentes marcos ideológicos y las presuposiciones que estos determinan.

Esta reciente recuperación del legado de la retórica clásica (e.g. Plett, 1999; Pujante, 2003) se ha visto reforzada con la reivindicación, por algunos autores, del mecanismo retórico como una herramienta epistemológica, como una vía privilegiada para el conocimiento, para dar forma a la incertidumbre y construir la realidad en la cual los seres humanos se relacionan (e.g. Perelman y Olbrechts-Tyteca, 1989: 772-773). Stanley Fish (1992: 277-287) no duda en incluir el conocimiento científico entre estas “construcciones retóricas”. Para este filósofo, el “giro interpretativo” que han acusado todas las disciplinas consideradas científicas durante la segunda mitad del siglo xx —de la mano de autores como Kuhn (1970) o McCloskey (1998) — obliga a reformular las nociones de verdad y objetividad científicas frente a la evidencia de que los datos y pruebas de hecho sobre los que se sustentan son construcciones humanas.

No obstante esta moderna recuperación de la disciplina retórica y de la teoría de la argumentación, persiste una generalizada valoración negativa de la noción de retórica como sinónimo de discurso ampuloso y vacío de contenido. Esta concepción es heredera de un reduccionismo histórico que, de la mano de la tradición y preceptiva literarias, limitó el mecanismo retórico a una teoría de tropos y figuras, es decir, a los elementos elocutivos del discurso. Algunas propuestas de reformulación de la retórica desde la lingüística y semiología estructuralistas del siglo xx han ido en esta dirección, y han sido criticadas por su carácter de “retórica limitada” o “restringida” (e.g. Genette, 1989: 23 ss.).

Contra esta tergiversación de los planteamientos retóricos denunciada, entre otros, por Genette y Fish, se ha reivindicado una perspectiva epistemológica, como hemos apuntado anteriormente, pero también una perspectiva crítica que restaure el papel histórico de la retórica en el estudio y en la construcción del discurso cívico (e.g. Coogan y Ackerman, 2010; Gill y Whedbee, 2000; Pujante, 2003). De este modo, la nueva retórica ha encontrado un interesante y fructífero campo de aplicación entre las modernas disciplinas del discurso. Así, disciplinas como la psicología social, la neuropsicología cognitiva, la sociolingüística, la pragmalingüística o la lingüística textual, entre otras, han facilitado el necesario soporte empírico y teórico para la actualización y reformulación de las nociones retóricas.

La revitalización de la retórica como herramienta para la comunicación en salud

Sin duda, los discursos científico-sanitarios ocupan un lugar relevante en el discurso cívico de nuestra sociedad contemporánea, marcada por una política con frecuencia supeditada a la lógica científica, pero también al lenguaje científico (Habermas, 1999). En las últimas décadas, una emergente «retórica de la ciencia» se ha ocupado tanto de las estrategias retóricas y argumentativas que participan en la construcción y comunicación del conocimiento científico, como del estudio de los procesos discursivos que legitiman su prevalencia ideológica en la sociedad actual (Gross, 1994: 3). Este enfoque retórico sobre el progreso científico y tecnológico y su papel en la sociedad pretende superar las limitaciones del modelo deficitario, vigente en los procesos de comunicación entre la comunidad científica y la sociedad. Este modelo deficitario se basa en la premisa de la desigualdad cognitiva entre los expertos científicos y los ciudadanos por lo que respecta al conocimiento específico, por ejemplo frente a la evaluación de los riesgos de la biotecnología, o de la ingeniería genética aplicada a la alimentación. Alan G. Gross (1994: 19) critica el papel pasivo que el modelo deficitario otorga a la sociedad frente a cuestiones como la energía o la salud pública, así como el aparente “quietismo” de las instituciones políticas que encubriría las implicaciones éticas y sociopolíticas de la ciencia y la tecnología.

En lugar de este modelo deficitario, Gross defiende un “modelo contextual” para el estudio de las relaciones entre ciencia y sociedad, un modelo contextual en el que la retórica y el análisis retórico convergen con otras ciencias sociales en su perspectiva crítica sobre el papel del conocimiento científico y el discurso científico en la sociedad contemporánea:

Rhetorical theory, because it provides an explanatory model and a set of analytical techniques for the interpretation of the complex texts generated by particular cases of interaction, can legitimately supplement sociological and political theories already in use. Rhetoric also legitimates a movement from the cognitive to the ethical, one that current social and political theories make only with difficulty. In this latter role, rhetoric can participate centrally in the reconstruction of the moral order within the confines of the democratic process. (Gross, 1994: 19-20).

Para Condit, Lych y Winderman (2012: 387), el modelo contextual descrito y defendido por Gross ha encontrado continuidad en un número creciente de estudios retóricos sobre las relaciones discursivas entre ciencia y sociedad. En concreto, en los últimos años, se ha consolidado progresivamente una importante rama de la retórica de la ciencia centrada en la salud y la medicina. Algunos de sus autores más representativos han propuesto adoptar el término de «rhetorics of health and medicine» (e.g. Scott, Segal y Keränen, 2013) con el objetivo de intentar abarcar el amplio espectro de prácticas discursivas relacionadas con la salud y la enfermedad, y que frecuentemente solo tienen una relación parcial con las instituciones médicas y sanitarias. De este modo, su objeto de estudio no estaría únicamente formado por los discursos persuasivos emitidos por las autoridades sanitarias o por los facultativos en la práctica clínica, sino que incluiría, necesariamente, la publicidad, los medios de comunicación, las nuevas redes sociales digitales, y manifestaciones culturales como la literatura, el cine o la televisión. En definitiva, el conjunto de los discursos de construcción de la identidad individual y social frente a la enfermedad y la salud.

Los estudios de lingüística cognitiva y de sociolingüística sobre la salud, la enfermedad y la medicina tienen una importante tradición en la investigación de algunos conceptos retóricos. Desde los ya clásicos ensayos de Susan Sontag sobre las metáforas de la enfermedad, numerosos autores se han ocupado de las implicaciones cognitivas e ideológicas de la utilización discursiva de este tropo retórico, así como de la metonimia, reclamándose recientemente el papel en la argumentación de otras figuras elocutivas (e.g. Díaz Rojo, 2009). La importancia de la narrativa en el ámbito clínico y de la salud pública también ha despertado un enorme interés, ya desde las últimas décadas del siglo XX (e.g. Hydén, 1997). Más recientemente, investigadores como Brigitte Nerlich y sus colaboradores (e.g. Nerlich et al. 2002; Nerlich y James, 2009) han integrado la conceptualización metafórica y narrativa de diferentes crisis epidémicas en la actual teoría del encuadre cognitivo o framing, estudiando el discurso mediático, pero también el discurso político y las expresiones culturales históricas.

Asimismo, la argumentación y los lugares argumentativos en el discurso sanitario y en la práctica clínica constituyen ya un fructífero objeto de estudio para la pragma-lingüística (e.g. Cummings, 2009; 2010). El contexto y el género discursivo en la comunicación sanitaria constituyen igualmente nociones centrales de su análisis discursivo (e.g. Salvador, 2012). También los estudios de la comunicación han prestado atención, implícita o explícitamente, a diferentes cuestiones retóricas en la comunicación en salud, como, por ejemplo, la importancia de las emociones, la persuasión y la identificación en las campañas sanitarias.

Los investigadores en retórica de la ciencia y de la salud y la medicina han destacado la necesidad de adoptar el desarrollo teórico y metodológico de estas disciplinas, junto a otras como los estudios críticos del discurso o la antropología cultural, que dan cuenta de la

complejidad del lenguaje como acción social (Gross, 1994: 12; Scott, Segal y Keränen, 2013: 3). Sin embargo, al mismo tiempo reclaman el papel diferenciado de la retórica, como análisis y como técnica del discurso y de la argumentación, en la construcción de una perspectiva crítica, participativa y socialmente justa sobre la salud, la seguridad sanitaria y la medicina. Lisa Keränen (2011: 236 ss.) ha denominado “biocrítica” a esta perspectiva retórica, recuperando para el estudio de la comunicación los conceptos de «biopoder» y «biopolítica» acuñados por Michel Foucault, y buscando aunar los esfuerzos de las diferentes teorías sociales que se ocupan de salud pública y seguridad sanitaria.

Conclusión

En las últimas décadas, la actitud reflexiva de nuestra sociedad frente a las posibles consecuencias del progreso científico y tecnológico, junto con el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación a través de Internet, han obligado a un replanteamiento de la comunicación en salud pública. Este hecho es especialmente manifiesto en las crisis sanitarias, como ya se observó en el caso de la gripe pandémica en 2009 (Semir y Revuelta, 2010). En el presente trabajo hemos señalado los aspectos más relevantes de una tendencia de los estudios de la comunicación en salud y del riesgo sanitario que intenta dar cuenta de esta nueva sensibilidad y de este nuevo conocimiento de la sociedad en salud pública, así como de un nuevo escenario para la comunicación social y para la interacción ciencia-sociedad.

En este contexto, la retórica y la teoría de la argumentación se revelan, desde nuestro punto de vista, como herramientas imprescindibles para la formulación y análisis de políticas sanitarias, para el diseño de planes de respuesta epidémicas, y para la correcta gestión de crisis. Pese a que los términos «retórica» y «persuasión» siguen despertando recelos, especialmente entre los científicos, algunos autores han comprendido su importancia en los nuevos escenarios en los que tiene lugar la comunicación en salud. Este es el caso del proyecto europeo TELL ME — “Transparent Communication in Epidemics”— que en su propuesta de modelo de marco para la comunicación de brotes epidémicos subraya la necesidad del análisis retórico para entender y predecir la interpretación del riesgo epidémico en la multiplicidad de audiencias que encarnan las redes sociales (TELL ME, 2014: 10).

La reciente crisis sanitaria y de comunicación originada por el primer caso de infección por el virus Ébola en España ha evidenciado las limitaciones de los modelos tradicionales de la comunicación del riesgo sanitario. La incertidumbre ante nuevas amenazas epidémicas, así como un conocimiento científico basado en modelos matemáticos y en la probabilidad estadística, deben ser tratados como parte de esquemas argumentales integrados en discursos concretos, ante audiencias diferentes y en contextos cambiantes. Al mismo tiempo, este enfoque retórico obliga a considerar los distintos argumentos y las narrativas del riesgo de

todos los actores implicados en su gestión, no solo las autoridades políticas y sanitarias, sino también los profesionales sanitarios y otros grupos sociales. La recuperación de la confianza en la ciencia médica y en las instituciones sanitarias depende en buena medida de reforzar este debate público. Como sabemos, parte del éxito de las futuras campañas de salud pública estará condicionado por el estado de salud de esta confianza.

Financiación

Este artículo se enmarca dentro del proyecto RECDID (“Retórica constructivista: discursos de la identidad”), financiado por el Programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación Orientada a los Retos de la Sociedad del Ministerio de Economía y Competitividad, ref. FFI2013-40934.

Referencias

- Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity*. London: SAGE.
- Berry, D. (2004). *Risk, communication and health psychology*. Maidenhead: Open University Press.
- Condit, C. M., Lynch, J., & Winderman, E. (2012). Recent rhetorical studies in public understanding of science: Multiple purposes and strengths. *Public Understanding of Science*, 21(4), 386-400.
- Coogan, D., & Ackerman, J. (2010). Introduction: The space to work in public life. In D. Coogan, & J. Ackerman (Eds.), *The public work of rhetoric: Citizen-scholars and civic engagement* (pp. 1-16). Columbia: University of South Carolina Press.
- Cummings, L. (2009). Emerging infectious disease: Coping with uncertainty. *Argumentation*, 23, 171-188.
- Cummings, L. (2010). *Rethinking the BSE crisis*. Dordrecht; New York: Springer.
- Díaz Rojo, J. A. (2009). El conceptismo como recurso retórico en columnas periodísticas personales. *El análisis de un tema: La obesidad. Estudios sobre el mensaje periodístico*, 15, 207-226.
- Douglas, M. (1990). Risk as a forensic resource. *Daedalus*, 119(4), 1-16.
- Douglas, M., & Wildavsky, A. (1982). *Risk and culture. An essay on the selection of technological and environmental dangers*. Berkeley, etc.: University of California Press.
- ECDC. European Center for Disease Prevention and Control (2014). *Measles and Rubella monitoring report, January – December 2013*. Consultado el día 30 de septiembre de 2014 de la World Wide Web: http://ecdc.europa.eu/en/press/news/layouts/forms/News_DispForm.aspx?List=8db7286c-fe2d-476c-9133-18ff4cb1b568&ID=961
- Fish, S. (1992). *Práctica sin teoría: Retórica y cambio en la vida institucional*. Barcelona: Destino.

- Genette, G. (1989). *Figuras*. III. Barcelona: Lumen.
- Gill, A. M., & Whedbee, K. (2000). Retórica. In T. A. van Dijk (Ed.), *El discurso como estructura y proceso. Estudios del discurso: introducción multidisciplinaria*. 1. (pp. 233-270). Barcelona: Gedisa.
- Gross, A. G. (1994). The roles of rhetoric in the public understanding of science. *Public Understanding of Science*, 3(1), 3-23.
- Habermas, J. (1999 [1968]). *Ciencia y tecnología como "ideología"*. (4ª ed.). Madrid: Tecnos.
- Hydén, L. (1997). Illness and narrative. *Sociology of Health & Illness*, 19(1), 48-69.
- Joffe, H., & Haarhoff, G. (2002). Representations of far-flung illnesses: The case of Ebola in Britain. *Social Science & Medicine*, 54(6), 955-969.
- Kasperson, R. E., Renn, O., & Slovic, P., et al. (1988). The social amplification of risk: A conceptual framework. *Risk Analysis*, 8(2), 177-187.
- Keränen, L. (2011). Addressing the epidemic of epidemics: Germs, security, and a call for biocriticism. *Quarterly Journal of Speech*, 97(2), 224-244.
- Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions* (2ª ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Lupton, D. (1999). *Risk*. London: London : Routledge.
- Majone, G. (1997 [1989]). *Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- McCloskey, D. (1998). *The rhetoric of economics* (2ª ed.). Madison: University of Wisconsin Press.
- Plett, H. F. (1999). Retórica. In T. A. van Dijk (Ed.), *Discurso y literatura* (pp. 79-107). Madrid: Visor.
- Pujante, D. (2003). *Manual de retórica*. Madrid: Castalia.
- Renn, O. (2007). Components of the Risk Governance Framework. In F. Boudier, D. Slavin & R. E. Löfstedt (Eds.), *The tolerability of risk. A new framework for risk management* (pp. 7-19). London & Sterling: Earthscan.
- Salvador, V. (2012). Pràctiques discursives en l'àmbit sanitari: Contexts, gèneres i estils. *Llengua, Societat i Comunicació*, 10, 46-52.
- Scott, J. B., Segal, J. Z., & Keränen, L. (2013). The rhetorics of health and medicine: Inventional Possibilities for Scholarships and Engaged Practice. *Poroi. An Interdisciplinary Journal of Rhetorical Analysis and Invention*, 9(1), 1-6.
- Semir, V., & Revuelta, G. (2010). *Informe Quiral 2009. Medicina, comunicación y sociedad*. Barcelona: Observatori de la Comunicació Científica. Universitat Pompeu Fabra.
- Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236(4799), 280-285.
- Slovic, P., Finucane, M. L., Peters, E., & MacGregor, D. G. (2002). The affect heuristic. In T. Gilovich, D. Griffin & D. Kahneman (Eds.), *Heuristics and biases: The psychology of intuitive judgment* (pp. 397-420). New York: Cambridge University Press.

TELL ME Project (2014). New framework model for outbreak communication. Consultado el día 30 de septiembre de 2014 de la World Wide Web: <http://www.tellmeproject.eu/content/d31-new-framework-model-outbreak-communication>

Ungar, S. (1998). Hot crises and media reassurance: A comparison of emerging diseases and Ebola Zaire. *The British Journal of Sociology*, 49(1), 36-56.