

José Luís Terrón

El estado de la comunicación y la salud en España

Se nos permitirá que, a modo de introducción, exponamos qué vamos a tratar en esta comunicación. Nuestro propósito es aproximarnos a los estudios de comunicación y salud en España. Para cual empezaremos por fijarnos en dos definiciones que determinan posteriores reflexiones, la de salud y la de comunicación para la salud, lo que nos obligará a que deparemos en otras que derivan de estas (periodismo en salud, pongamos por caso). A continuación contextualizaremos la comunicación y la salud en una serie de fenómenos que pueden servir para explicarnos en parte el porqué de su centralidad y del aumento de oferta y de la demanda de la misma, a la par que se pueden esbozar algunos claros y oscuros. De ahí pasaremos a relatar cómo están en España los estudios de comunicación y salud. Y, para finalizar, enumeraremos una serie de metas que persiguen el progreso de los estudios sobre la comunicación y salud en nuestro país. Dado el espacio que disponemos para la comunicación, deberemos tratar los temas de forma un tanto esquemática; esperamos no caer en el simplismo.

1.- Desde qué punto de vista:

PINTOS(2001) distingue entre cinco contextos para el examen de la temática de la salud: el médico asistencial, el cultural, el económico, el filosófico antropológico y el utópico. Podríamos reducir estas primeras líneas a decir que mantenemos una postura ecléptica, y que nuestra mirada incluye a los cinco contextos. No es así, sin negar la importancia de tres de los contextos enunciados, nosotros escribimos desde el cultural (simplificando, la cultura tiene capacidad para decidir ciertos estados de las personas como ‘saludables’ o ‘enfermos’) y el filosófico antropológico (la salud como estilo de vida autónomo y responsable). O si se prefiere y siguiendo a SCAMBLER (1991), si desde la sociología médica se pueden apreciar tres aproximaciones, el funcionalismo, la socioeconomía política y el construccionismo social, nosotros estamos más próximos a esta última, el construccionismo social.

La OMS define salud como *“un estado de completo bienestar físico, psicológico y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia”*. Esta definición, de 1948, ha sido matizada por la propia OMS al hablarnos de promoción de la salud; considera a la misma *“no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un*

recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva”¹.

La definición de la OMS viene siendo criticada dado su carácter ‘utópico’: ese completo bienestar físico, psíquico y social del que nos habla. Sin embargo, esta definición supuso un gran avance al introducir que la salud era algo más que la ausencia de enfermedades, ya que cabía contemplarla desde una perspectiva más amplia que la médico-asistencial. Esta visión se ha apuntalado décadas más tarde, en 2004, con la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud².

Nosotros defendemos la aproximación a la salud que hace el HASTINGS CENTER (2004): *“La **salud** se caracteriza por la ausencia de males de consideración y, por tanto, por la capacidad de una persona para perseguir sus metas vitales y desenvolverse adecuadamente en contextos sociales y laborales habituales. Con esta definición queremos subrayar el énfasis tradicional en la integridad y el buen funcionamiento del cuerpo, la ausencia de disfunciones y la consiguiente capacidad de actuar en el mundo”*. En el mismo documento, *Los fines de la medicina*, se nos dice que la concepción de salud que defienden *“está construida a la luz de los valores, las actitudes y las creencias culturales, más que determinada a partir de datos objetivos”³*.

Consideramos que este documento es de obligada lectura para podernos mover con solvencia desde un punto de vista de bioético, e incluso funcionalista, en el ámbito la salud. Como derivadas de la definición anterior léanse también las que nos hacen de mal, enfermedad, malestar (o padecimiento) o dolencia, y, sobre todo, deparemos en el estudio comparativo que hacen de lo que son los fines de la medicina y los que creen que deben de ser en los próximos años, pues de ese futuro previsible y alcanzable surgirán muchas de las estrategias de la comunicación para la salud⁴.

¿Qué se entiende por comunicación para la salud?: el estudio y la utilización de estrategias de comunicación interpersonal, organizacional y mediática destinadas a informar e influir en las decisiones individuales y colectivas propicias para la mejora de la salud. Según la OMS, la comunicación para la salud abarca varias áreas, que incluyen

¹ Definiciones extraídas de *Promoción de la salud. Glosario*, producido por la propia OMS

² Véase, http://www.who.int/social_determinants/en/

³ Véase, al respecto, BAUER, T. A. (2006): “Estoy vivo..., luego estoy sano”, *Comunicar*, nº 26, 43-50.

⁴ Enumerémoslos: la prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud, el alivio del dolor y el sufrimiento causados por males, la atención y la curación de los enfermos y los cuidados a los incurables y , por último, la evitación de la muerte prematura y la busca de una muerte tranquila.

la educación, el periodismo sanitario, la comunicación interpersonal, la abogacía por la salud en los medios de comunicación, la comunicación dentro de las organizaciones, la comunicación sobre riesgos, la comunicación social, el marketing social y el desarrollo de las aplicaciones de *telehealth* (nosotros preferimos hablar de e-health, o de salud en línea). Este listado de ‘aplicaciones’, con ligeras variaciones pero no tan ligeros énfasis, es el que viene repitiéndose por los distintos autores. No es el momento para referirnos a esas variaciones, pero apuntar que suelen derivar de un utilitarismo al servicio de los estudios en que se centran investigadores o grupos de investigación.

Pero permítasenos que volvamos a la definición de salud de la OMS, ¿por qué no nos parece útil, dada su formulación? Porque esa concepción totalizante no es sólo irrealizable, sino que, además, sirve de excusa para los discursos paracientíficos y comerciales. Algo en lo que nos detendremos más adelante, pero valgan ahora unas palabras: dado que salud es ‘todo’, dado que es ilimitada, dado que es un bien deseable y alcanzable, la salud se ha convertido en uno de los principales argumentos de venta (es más, ha pasado de argumento de venta a ‘finalidad’ de consumo).

A la vez, puntualizar que nosotros hablamos de comunicación y salud y no de comunicación para la salud. Hablamos de ese encuentro entre comunicación y salud pero con unas finalidades que escapan a las enunciadas en la definición de comunicación para la salud⁵. Al enunciar comunicación y salud también queremos incorporar el análisis de los mensajes y actuaciones corporativos, cómo aparece tratada la salud en los medios de comunicación de masas y hacer énfasis en la necesidad de contemplar los procesos de comunicación ‘tradicionales’ (que no tienen porque ser obligatoriamente interpersonales).

De lo que llevamos escrito se deducirá que no hacemos nuestra la definición de periodismo en salud cuando se liga a la comunicación para la salud: el periodista como uno de los agentes que propician la propia comunicación para la salud. Con otras palabras, y como se escribe en *Hacia la formación de Periodistas en salud* (editado por FELAFACS y la OPS, p. 14): “El **Periodista en Salud** es el profesional que identifica, en un contexto determinado, temas y problemas de salud, pero con el firme propósito de promover prácticas sociales que favorezcan la calidad de vida y por ende, que se atiendan de manera integral los factores de incidencia”. Creemos que el periodismo (por ejemplo, el llamado periodismo cívico) puede tener como objetivo *el firme*

⁵ Véase el uso de la retórica ‘saludable’ de los mensajes persuasivos comerciales: DÍAZ ROJO; MORANT; WESTALL (2006)

propósito de promover etc., pero no es consustancial a la profesión el que los periodistas se conviertan en agentes de cambio social. ¿Hay alguna definición semejante en referencia al periodista especializado en economía, cultura o, pongamos por caso, deporte –práctica aconsejable dentro de los estilos de vida saludables, por cierto-? Consideramos que se trata de una definición atada a unos propósitos en concreto, y por lo tanto reduccionista. ¿Significa esto que no le demos importancia al periodista especializado en salud? No. Al contrario, creemos que la comunicación y la salud debe preocuparse también de la formación del periodista especializado en salud, y que esta es imprescindible⁶.

Y aunque sea como mera citación, no podemos olvidar la interrelación entre periodismo en salud y comunicación científica; recordemos que EPSTEIN nos dice que el periodismo en salud deriva del periodismo científico⁷. En estos asuntos, en los que cabe profundizar y seguramente reformular, también tiene mucho que hacer la comunicación y la salud como disciplina.

Para finalizar esta necesaria introducción, destacar que una cosa es el periodismo en salud y otra el periodismo sobre enfermedades⁸. *“Durante muchos años el campo del periodismo en salud estuvo asociado casi exclusivamente a la idea de generar mensajes relacionados con determinadas enfermedades, ya fuese por su magnitud o riesgo de epidemia entre la población, por su eficacia letal o debido a que se trataba de un padecimiento desconocido”* (FELAFACS, 2002, 13). O como diría WAISBORD (2001), es más frecuente las noticias sobre enfermedades que sobre salud, y remacharía VASQUES-SOLÍS (1998, 44): *“Salud no es igual a tener muchos médicos y enfermeras, ni a tener muchos hospitales y muchas camas, ni a contar con grandes cantidades de medicamentos. Eso es atención de la enfermedad. Aunque muchas veces, si nos enfermamos, no tenemos acceso fácil ni a médicos, ni a hospitales, ni a medicamentos”*.

⁶ Nos gustaría poder dedicar más espacio al periodismo especializado en salud y a su formación, cosa que no podemos hacer aquí. Dos apuntes brevísimos: a pesar de la crítica que hemos hecho a la definición de periodista en salud, el documento de la que se extrae es una guía obligada para el tema de la formación de periodistas especializados en salud; por otro lado, está demostrado que la especialización conlleva escribir mejor sobre el tema, una mayor autonomía para marcar la agenda del medio y un cambio en cómo el medio trata la salud -véase http://www.portalcomunicacion.com/ocs/down/20061110_inves_vihside.pdf.

⁷ Véase el escrito de VICTORIA MENDIZÁBAL, *Hacia un nuevo contrato entre ciencia y sociedad: el papel de la comunicación científica*.

http://www.portalcomunicacion.com/esp/n_aab_lec_1.asp?id_llico=32

⁸ Salud y comunicación tampoco es lo mismo que medicina y comunicación.

2.- Hablemos de los contextos

2.1.- Los medios de comunicación:

Según las agencias de salud estadounidense, se está dando, por un lado, un gran aumento en la oferta de los canales de comunicaciones y en el número de las ediciones sobre salud, que compiten para captar la atención del público, así como las demandas de unos destinatarios que piden cada vez más información, más diversa, más específica y de más calidad. Por otro lado, aprecian una creciente sofisticación en las técnicas de comercialización y de ventas de los productos y servicios relacionados con la salud. Si leemos los *Informes Quiral*⁹, o el que hace pocos meses ha realizado INESME (2007), podemos deducir que, en lo que respecta al menos en la prensa escrita española pasa lo mismo: esa retroalimentación entre oferta y de la demanda que da como resultado una mayor producción de mensajes. A partir de lo que pasa en la prensa se infiere que algo semejante debe de suceder con los otros medios; sobre esta ‘deducción’ escribiremos más adelante. Veamos ahora un cuadro realizado a partir de los resultados que nos ofrecen los *Informes Quiral*:

1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	años
5.984	8.706	11.137	11.945	11.199	15.037	12.822	11.022	10.913	11.406	textos

Lo que nos refleja es el número de textos sobre salud y medicina en la prensa española (en cinco diarios de referencia, debemos aclarar). Puntualizar que en 2002 el número de informaciones se incrementa notablemente porque se celebra en Barcelona la conferencia mundial sobre el vih/sida (lo que nos sirve para apuntar que la inclusión/exclusión de las informaciones de salud se mueve por parámetros semejantes a la del resto de las informaciones; quizás la única diferencia es que se debe contar con el binomio crisis-epidemia).

Por otro lado, y según la última oleada dada a conocer por Red.es22 – Informe panel hogares. XIII oleada (julio-septiembre 2006) – el 35.6 % de los hogares españoles están conectados a Internet, y un 50% de la población (se tiene en cuenta a los mayores de 15 años) son usuarios. De estos, el 61% se consideran usuarios intensivos. En 2005 un 42,5% de los usuarios intensivos estables de Internet en España realizaban búsquedas de información relacionadas con la salud (en 2003 eran un 34%; en Estados Unidos un

⁹ <http://www.fundacionvilacasas.com/informequiralc.htm>

80% en 2006). De las consultas que se hacen a la administración a través de la red, el 17% corresponden a servicios sanitarios.

Y según el último informe de *eEspaña23* – referido a datos de 2005 –, un 34 % de los internautas españoles hacen uso de los servicios de salud (lo que supone un incremento del 50% respecto a 2004), de los que 81,3% buscan información relacionada con la salud, el 15,2% buscan consejos de salud de un médico, el 2,9% concierta citas a través de internet con profesionales de la salud y el 0,6% solicita recetas al médico vía internet.

En relación con estos datos, nos parece muy interesante la investigación de PAGLIARI et al. (2005): “What Is eHealth: A Scoping Exercise to Map the Field”. En la misma, tras analizar los artículos encontrados entre 1997 y 2003 en distintas bases de datos, se llega a la conclusión de que encuentran 36 definiciones distintas de sanidad en línea, siendo la gran mayoría muy funcionalistas, o sea, que están muy ligadas a aplicaciones concretas. Por cierto, en este artículo se diferencia con claridad entre salud en línea e informática médica. Mencionamos esta investigación porque puede servirnos como ejemplo de lo que es la comunicación y salud: un campo muy incipiente (por ejemplo, se empieza a hablar de salud en línea en el año 2000), sin perfiles aún claramente definidos y sin una base teórica consolidada. Y, a la par, que no deja de crecer: según una reciente investigación PACKER; TARDELLI; CASTRO (2007), cerca del 5% de los artículos consignados por *Medline* entre 1996 y 2005 se corresponderían a la categoría Ciencias de la Información, siendo su proporción cada vez mayor: un 5,8 en 2005 frente al 3,6% en 1996.

2.2.- La medicalización:

Como recogen MÁRQUEZ, S. Y MENEU, R. (2003), cuanto más desarrollado es un país mayor es la percepción de falta de salud de sus habitantes. Y es que una cosa es la salud y otra bien distinta la percepción que tenemos de ella. Como escribiera IVAN ILLICH y citan los mencionados autores: “ *En los países desarrollados la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en el factor patógeno predominante*”. Una de las razones de que esto sea así es la medicalización de la sociedad, o sea, que los problemas no médicos se tratan como problemas médicos, normalmente en términos de enfermedad y trastorno. Y en esta tarea los medios de comunicación tienen un papel preponderante, asumiendo, consciente o inconscientemente, las estrategias comerciales de la industria de la salud. Por ejemplo, las que diseña la industria farmacéutica, el *disease mongering* (tráfico de enfermedades o promoción de enfermedades).

La obsesión por la salud ya ha recibido un nombre propio en la lengua inglesa: healthsim.

“El fenómeno del healthsim hace que el motivo de todos los problemas y sus soluciones se busquen únicamente en el individuo. Al embellecer la salud como un ideal, una amplia metáfora de lo bueno de la vida, el healthsim refuerza la tendencia de convertir la lucha por el bien máspreciado del hombre, su salud, en un asunto personal del individuo. En otras palabras, se hecha la culpa de los problemas y las enfermedades al individuo, mientras la políticas y la sociedad rehuyen la responsabilidad” (BLECH, J., 2005, 214).

Y en esa obsesión el cuerpo y el alma¹⁰ ganan centralidad (claro, nos referimos a una forma de concebir al cuerpo):

“A sociedade contemporânea permite diferentes enfoques e modos de cuidar do corpo, da saúde, da doença e do bem-estar. Na comunicação, o corpo não traduz apenas o lugar em que se acumula força de trabalho e se inscreve como parte do processo produtivo. O corpo também é o lugar de saúde, estética, bem-estar e consumo. É para o corpo e no corpo que se promete êxito e prazer imediatos, a custos – financeiros e tecnológicos — compatíveis com cada tribo, faixa etária, grupo ou classe social” (MORAES, 2007, 67).

¿Dónde ponen ciertos agentes la solución a tanta demanda de salud? En el consumo de los estilos de vida saludables, o sea, de bienes y servicios que la propicien. Y de esto también debe ocuparse la comunicación y la salud. Pongamos un ejemplo: entre los años 70/80 y la actualidad, en los mensajes del sector alimentario se ha pasado de “hay que alimentarse” (alimentación adecuada), a un “hay que comer” (alimentación fácil), y de ahí a un “hay que cuidarse” (alimentación saludable).

2.3.- Los pacientes:

Otro fenómeno que tenemos que tener en cuenta es el del cambio de rol de los pacientes, que reivindican un papel más activo en su relación con el sistema sanitario y con los profesionales de la salud. Hablamos de los derechos de los paciente, o como también se denomina, de la capacidad de autodeterminación de los pacientes. Nos referimos a un fenómeno relativamente reciente; pensemos que es en 1972 cuando en el Hospital Monte Sinaí se recoge la primera declaración reconocida sobre los derechos de los pacientes.

Ese cambio de rol conllevará cambios importantes en el sistema de salud, por mucho que algunos de sus profesionales lo estén frenando. Sin embargo, de ese cambio ya se

¹⁰ La variedad de las llamadas enfermedades anímicas pasan en EE.UU., tras la II Guerra Mundial, de 26 a 395. Y a todo ésto se le suma las constantes andanadas para que consigamos el equilibrio...

ha dado cuenta la industria de la salud, que busca ofertar bienes y servicios a través de ellos (los pacientes), o de sus asociaciones.

Ese papel activo y decisorio del paciente se asienta en la información y en la comunicación entre ellos, entre ellos y los profesionales de la salud¹¹ y entre ellos y el resto de la sociedad (a través de los medios de comunicación¹² o dirigiéndose directamente a políticos y gestores).

2.4.- Lo paracientífico:

Unas escasas líneas para nombrar lo que nos parece un fenómeno harto peligroso, y más si no referimos a la salud: el auge de los mensajes paracientíficos. Por un lado, el uso retórico de un lenguaje que se asemeja al de la ciencia, que lo imita en su vertiente expresiva (busca la credibilidad) y, por otro, la proliferación de las pseudociencias (de las pseudoterapias, de las pseudocausas, de los seudoremedios), en parte debido a la desconfianza en la ciencia oficial (en ocasiones demasiado alejada del lego; en otras demasiado endiosada). Y no sólo internet ‘tiene la culpa’ –su uso por unos ‘iluminados’-; pensemos, por ejemplo, que la falta de especialización (de criterio) por parte de los periodistas, por una lado, da pábulo a este fenómeno creciente -fenómeno un tanto paradójico, porque niega a la ciencia usando su retórica-; o en el uso de la retórica científica como método de venta.

2.5.- Comunicación para el cambio:

La comunicación para la salud está muy ligado con la promoción de la salud (proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla), o sea a la comunicación para el desarrollo¹³, por lo que comunicación y salud y comunicación para el desarrollo también son inseparables. Ahora bien, recientemente TUFTE (2007, 9) ha expuesto: *“La comunicación para la salud es una disciplina en crisis. Existe una fuerte necesidad de una base filosófica y epistemológica más sólida que contemple el entendimiento de la salud en sentido amplio y que conecte los desafíos en términos de*

¹¹ DALMASES (2003) demuestra que la causa principal por la que los pacientes acuden a las terapias alternativas es porque la relación con el ‘terapeuta’ la perciben más cálida, próxima y extensa. Por otro lado, es curioso observar como los pacientes y los médicos dan mucha importancia a la comunicación entre ambos, pero mientras los primeros se quejan de su falta de calidad o insuficiencia, los médicos creen que se comunican con sus pacientes, y de manera pertinente (véase BERNARD KIEFF, GSE (2005). Evidentemente, ni pacientes ni médicos entienden lo mismo por comunicación.

¹² Léase, a modo de ejemplo, el editorial de Lo+Positivo, cuyo nº 37 está dedicado al periodismo. <http://gtt-vih.org/epublish/1/v0n37>

¹³ Como no contamos con mucho espacio, véase, por ejemplo, RENAUD, L.; RICO DE SOTELO, C. (2007)

salud más fuertemente con los otros desafíos clave que hacen al desarrollo y el cambio social”.

2.7. La presión del mercado:

De una u otra forma venimos refiriéndonos al mismo a lo largo de la comunicación. Una presión que se manifiesta, más allá del mensaje persuasivo sobre bienes y servicios, en la concepción de la salud y en nuestro papel en referencia a la misma. Los medios, los periodistas (como los profesionales de la salud¹⁴ o los pacientes) son necesarios para que este mensaje llegue y cale. La industria luego sólo ha de esperar una respuesta amplificada en forma de demanda y consumo de bienes y servicios.

3.- **Algunas reflexiones sobre los estudios de comunicación y salud en España:**

Se me permitirá que comience este apartado con un autorreferencia. A mediados de noviembre participé en el Net-Health 2007¹⁵, y lo hice con una conferencia: *El tratamiento del vih/sida en la prensa*. Tras repasar las investigaciones que se habían realizado en España, llegué a las siguientes conclusiones: son poco abundantes; se interrumpen en el tiempo (aunque en ocasiones dicen lo contrario, no tienen continuidad); se desconocen entre ellas (no se citan); usan mayoritariamente metodologías cuantitativas, pero tan dispares, como lo son sus finalidades, por lo que no es posible extraer conclusiones comunes; el medio escogido siempre es el impreso; son recurrentes en analizar los ciclos informativos (que suelen ser extremadamente cortos, por lo que las conclusiones son invariablemente muy provisionales); su número decae con la ‘cronificación’ de la epidemia; y no suelen tener una finalidad intervencionista (o sea, ser investigaciones próximas a la comunicación para la salud). Y nos estamos refiriendo a uno de los tópicos más citados en la agenda de salud de los medios¹⁶.

Muchos se sorprenderán al saber que el primer estudio científico del que tenemos conocimiento sobre el tratamiento del vih/sida por los medios españoles fue una tesis defendida en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza en el año 1989¹⁷:

¹⁴ Léase este ilustrativo post: <http://medtempus.com/archives/medtempus-no-se-vende-y-la-autora-tampoco/>

¹⁵ <http://www.net-health.org/>

¹⁶ O como diría STRAZZULA, “la epidemia representa algo más que una enfermedad, el sida es un fenómeno mediático: los medios «revelaron» al mundo la existencia de esta patología y también los medios han sido decisivos en la propia historia de la enfermedad”. STRAZZULA J: *Le sida 1981-1985. Les debuts d’une pandémie*, La Documentation Française, París, 1993.

¹⁷ La primera noticia sobre el sida en España la publica *El País* 21 de agosto de 1982; *La Vanguardia* no lo hizo hasta el 16 de enero de 1983 (el *NYT* lo hizo el 3 de julio de 1981). En gran medida el desarrollo del periodismo en salud en España está ligado al síndrome tóxico por aceite de colza (1981) y el vih/sida

FEIJOO AGESTA M. ROSA, *Contribución al estudio de los problemas e información sanitaria: el caso singular del sida*.

En gran medida, lo que acabamos de exponer podría ser la sustancia de este apartado. Las reflexiones que apunto a continuación están realizadas a partir de la información que centralizamos o manejamos en el Observatorio Comunicación y Salud. Muchas de ellas podrían (deberían) formularse como hipótesis.

. La comunicación y salud ha llegado con cierto retraso a España. En los países anglosajones (sobre todo EE.UU.) y en Iberoamérica es una disciplina más desarrollada, en gran medida por ser parte de la comunicación para el desarrollo. Por contra, priva la funcionalidad sobre la reflexión. Una excepción es Brasil. En el resto de Iberoamérica el análisis de la comunicación y la salud se circunscribe a unas pocas universidades. En EE.UU. no hay universidad prestigiosa que no tenga un departamento o un grupo de investigación estable dedicado a la comunicación y salud.

. En España los estudios de comunicación y salud realizados desde el ámbito de la comunicación son escasos y dispersos. Lo que se debe en parte a que no hay grupos de investigación estables, y los existentes llevan muy pocos años trabajando. Por otra parte, la calidad científica de las investigaciones realizadas fuera del ámbito universitario es más que cuestionable.

. Sin embargo, abunda la literatura escrita desde las ciencias médicas¹⁸. Se trata de una literatura que se centra en la relación médico paciente –sobre todo en la entrevista clínica-, en cómo dar malas noticias y, en menor medida, en los usos de la salud en línea. Pero no es raro encontrar reflexiones, por ejemplo, sobre los mensajes persuasivos y sus efectos. .

. La falta de conexión de los grupos de investigación (o individuos) y que sus investigaciones, sus resultados en forma de artículos suelen publicarse en revistas no indexadas hace que tengamos que ser siempre muy prudentes a la hora de llegar a conclusiones, pero sostenemos que desde el ámbito de la comunicación la mayoría de las investigaciones giran en torno a cómo trata la prensa la información de salud¹⁹. La metodología más citada es la de análisis de contenido.

(del que se empieza escribir con cierta continuidad a partir de 1983; por lo que la tesis citada tiene aún un mérito mayor).

¹⁸ véase el referido PACKER; TARDELLI; CASTRO (2007)

¹⁹ Citemos una excepción: GUTIERREZ, M.; HUERTAS, A. (2005); *Presència i tractament del contingut sobre la salut en la programació de la ràdio generalista*, <http://www.audiovisualcat.net/recerca/radioisalut.pdf>

- . Se está dando, lo que llamaremos *mímesis Quiral*. Cada vez son más los estudios que, de una u otra forma, repiten o toman como referencia los *Informes Quiral*.
- . Lo que hace que la mayoría sean investigaciones cuantitativas.
- . Por número de investigaciones les seguirían aquellas que se centran en la comunicación corporativa.
- . Nos sorprende que no se tengan en cuenta los estudios de recepción.
- . La comunicación y salud es en esencia transdisciplinar; consideramos que esta aseveración no puede trasladarse a la investigación que se realiza en España. El desencuentro entre comunicación y ciencias de la salud parece ser la norma (desencuentro que tiene su origen en ambos polos); pero tampoco parece que se haya avanzado mucho en la interdisciplinariedad en el seno de las ciencias sociales²⁰.
- . Ahora empieza a darse cierta relación entre los investigadores españoles, lo que se traduce en un incipiente trabajar en común; pero estamos convencidos de que desconocemos gran parte de lo que se puede estar haciendo en este ámbito. Prevalece el aislamiento y la individualidad.
- . Tampoco hay una relación fluída entre la universidad y la profesión, incluso con asociaciones como ANIS (Asociación Nacional de Informadores de Salud); no sabemos si debido a una ignorancia mutua calculada.
- . Sin embargo, la industria de la salud si que da muestras de interés por una investigación aplicada sobre comunicación y salud.
- . Hechamos en falta, por un lado, una mayor consistencia teórica en las investigaciones y, por otro, una mayor dedicación por parte de los investigadores al desarrollo teórico de la comunicación y la salud.
- . Existe una falta de interés y un desconocimiento en España de la comunicación para el cambio (para el desarrollo) cuanto menos inquietantes.
- . A la par observamos que la mayoría de las investigaciones viven de espaldas a la bioética, los determinantes sociales, los fines de la medicina, etc. Cabría preguntarse de qué hablamos, entonces. O desde qué punto de vista. O con qué finalidad.
- . Hoy por hoy, el único medio de referencia para la comunicación y la salud en España es la pagina web del Observatorio de Comunicación y Salud²¹. Carecemos de una publicación científica de la comunicación y la salud (afirmación que podemos extender a Iberoamérica).

²⁰ Llama la atención el desligamen que suele haber con educación para la salud.

²¹ www.portalcomunicacion.com/ocs

. Sólo hay cuatro grupos²² que de manera estable, con una mayor o menor intensidad productiva y ligazón con la universidad funcionen en España: El Observatorio de la Comunicación Científica²³, Psinet²⁴, El Observatorio de Comunicación y Salud y Comunicación y Salud de Madrid Salud²⁵. Desde el profesionalismo debemos citar a ANIS²⁶ y Grupo de Trabajo sobre Comunicación y Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC)²⁷. Creo que también deberíamos citar el trabajo de la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS)²⁸, aunque su labor sea más sectorial.

. En el apartado de la formación, a parte de cursos esporádicos (que con el auspicio de los laboratorios van en aumento), se deben destacar el Máster en Periodismo Sanitario (UCM y la Fundación de Educación para la Salud²⁹), el Máster en Comunicación Científica Médica y Medioambiental o los Seminarios de formación en comunicación científica, médica y de crisis (UPF), los Cursos de Comunicación y Salud (UCM y Madrid Salud) y El Seminario Comunicación y Salud (Universidad de Navarra). En el ámbito más específicamente profesional tenemos que citar los Cursos de Especialización en Información de la Salud (ANIS). No dudamos, al contrario, reivindicamos la necesidad de una formación continua del periodista en salud. Ahora bien, deberíamos deparar en que la actividad formativa es superior a la investigadora y preguntarnos porqué.

. Por último, citar las jornadas anuales Net-Health, organizadas por el OCS.

4.- ¿Qué podemos hacer?

O, si se prefiere qué debemos hacer para el progreso de los estudios sobre la comunicación y salud en nuestro país. Desde nuestro parecer, y de manera enumerativa: a/ conseguir la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad; b/ buscar un mayor rigor teórico; c/ diversificar los objetos de estudio y los métodos de investigación; d/ conformar grupos estables de investigación; e/ participar en más programas

²² Somos conscientes, y así lo hemos manifestado, que no citamos a los que realizan su trabajo de manera individual y en muchas ocasiones discontinua.

²³ <http://www.upf.edu/occ/>

²⁴ <http://www.uoc.edu/in3/psinet/>

²⁵ <http://www.madridsalud.es/ComunicacionSalud/comunicacion.htm>

²⁶ <http://www.anisalud.com/>

²⁷ www.semfyc.es

²⁸ www.seis.es

²⁹ <http://www.adepts.org/adepts/inicio.html>

competitivos, nacionales e internacionales; f/ lograr el interés de los doctorandos por este ámbito; g/ aumentar el grado de coordinación entre los investigadores; h/ despertar en las instituciones el interés por la comunicación y la salud, y trabajar con ellas; i/ mantener la independencia frente a la industria; j/ saber qué se hace fuera; k/ colaborar con investigadores extranjeros, especialmente de las Américas; l/ incluir en nuestras agendas la comunicación para el cambio; m/ producir una revista científica de comunicación y salud.

Bibliografía:

- ARAÚJO; CARDOSO; LERNER (2007): "Comunicação e Saúde: um olhar e uma prática de pesquisa", *ECO-PÓS*, vol. 10, nº 1, 79-92.
- BARRENA, E. (2003): "Agencias, la información en estado puro", en CATALÁN; IGLESIAS (coord.) *¡Informe en salud!*, 67-78, Madrid, Eneida.
- BAUER, T. A. (2006): "Estoy vivo..., luego estoy sano", *Comunicar*, nº 26, 43-50.
- BLECH, J. (2005): *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*, Destino, Barcelona.
- BERNARD KIEFF, GSE (2005): *El futuro de la comunicación médica en España y sus comunidades autónomas (2005-2010)*, SANED, Madrid.
- CASINO, G. (2003): "La información de la salud en los diarios de información general", en CATALÁN; IGLESIAS (coord.) *¡Informe en salud!*, 19-35, Madrid, Eneida.
- DALMASES, M. (2003): *Anàlisi de l'exercici actual de la medicina des de la perspectiva de la societat i dels metges*, Tesis Doctoral, U.A.B.
- DÍAZ ROJO; MORANT; WESTALL (2006): *El culto a la salud y la belleza. La retórica del bienestar*, Biblioteca Nueva, Madrid.
- FELAFACS (2002). *Hacia la formación de Periodistas en salud*. FELAFACS/OPS.
<http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSR/HSR05/peysa.htm> (consultado el 15 de octubre de 2005)
- GUTIERREZ, M.; HUERTAS, A. (2005): *Presència i tractament del contingut sobre la salut en la programació de la ràdio generalista*,
<http://www.audiovisualcat.net/recerca/radioisalut.pdf> (consultado el 11 de abril de 2006)
- HASTINGS CENTER (2004): *Los fines de la medicina*, Fundació Víctor Grífols i Lucas, Barcelona.
- INESME (2007). *Estudio INESME. La salud en los medios de comunicación escritos de información general*. <http://www.plannermedia.com/inesme/pdf/estudiosaludmedios.pdf> (consultado el 2 de diciembre de 2007)
- MARTÍN GORDILLO, M.; OSORIO, C. (2003): "Educar para participar en ciencia y tecnología. Un proyecto para la difusión de la cultura científica", *Revista Iberoamericana de Educación*, nº 32.
<http://www.rieoei.org/rie32a08.pdf> (consultado el 15 de octubre de 2007)
- MÁRQUEZ, S. Y MENEU, R. (2003): "La medicalización de la vida y sus protagonistas", *Gestión Clínica y Sanitaria*, nº 2, 47-54.
- MORAES, N. A. (2007): "Comunicação e saúde: entre sentidos, interesses e estratégias", *ECO-PÓS*, vol. 10, nº 1, 64-78.
- OMS (1998): *Promoción de la Salud. Glosario*, World Health Organization, Ginebra, 1998
<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf> (consultado el 15 de noviembre de 2006)
- PACKER; TARDELLI; CASTRO (2007). "A distribuição do conhecimento científico público em informação, comunicação e informática em saúde indexado nas bases de dados MEDLINE e LILACS", *Ciência & Saúde Coletiva*, May/June 2007, vol.12, no.3, 587-599.
- PAGLIARI et al. (2005): "What Is eHealth: A Scoping Exercise to Map the Field", *JMIR*, vol 7, nº 1.
<http://www.jmir.org/2005/1/e9/> (consultado el 20 de noviembre de 2007)
- PINTOS, V. S. (2001): "Comunicación y Salud", *Inmediaciones*, Noviembre 2001, 121/135.
- RENAUD, L.; RICO DE SOTELO, C. (2007): "Comunicación y Salud: Paradigmas Convergentes", *OBS*, nº 2, 215-226
- SALAVERRÍA, R. (2002): "Técnicas redaccionales para la divulgación científica". *Mediatika. Cuadernos de Medios de Comunicación*, nº 8, 13-25.

- SCAMBLER, G. (1991): *Sociology as Applied to Medicine*. Londres, Baillière Tindall.
- SEALE, C. (2002): *Media&Health*, SAGE, London.
- TERRÓN, J. L. (2007): "La comunicación para la salud en España, algunos apuntes", *ECO-PÓS*, vol. 10, nº 1, 23-44
- TERRÓN; GARCÍA SEDÓ (2007): "El Observatorio de Comunicación y Salud InCom-UAB", *ECO-PÓS*, vol. 10, nº 1, 251-263
- TUFTE, T. (2007): "La comunicación y la salud en un contexto globalizado. Situación, logros y retos", *V Encuentro de FISEC*.
http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/9/487/fisec7_m2pp39_53.pdf (consultado el 11 de diciembre de 2007).
- VASQUES-SOLÍS, J. (1998): "Salud: buen negocio para los medios", *Chasqui*, nº 63, 44-47.
- VERÓN, E. (1999). "Ciencia y Universidad. Entre la epistemología y la comunicación", *CIC*, nº 4, 149-155.
- VV.AA. (2007): *España 2006*, Fundación Orange,
http://www.fundacionauna.com/areas/25_publicaciones/publi_00.asp (consultado el 20 de julio de 2007)
- VV.AA. (2007). *Las TIC en la sanidad del futuro*. Fundación Telefónica. <http://www.ticensanidad.ariel.es/#> (consultado el 15 de julio de 2007)
- WAISBORD, S. (2001): "Nuevas tendencias y escenarios futuros en el periodismo: oportunidades para el periodismo en salud". Silvio, *Diálogo de la Comunicación*, nº 62, 85-95.