

Comunicación para la salud

BENJAMIN R. BATES¹

TRADUCCIÓN:

ANNA TORRES

CARLOS FERNANDO ALVARADO DUQUE

Resumen

Pensando en los estilos de vida saludable, el profesor Bates hace una disertación en torno a cómo la comunicación juega un papel importante en la salud, en la relación persona-organización-medios. El autor demuestra con ejemplos la forma en que la inclusión de la comunicación en tanto un rol no solo de médicos, pacientes y organizaciones dedicadas a la salud, es la estrategia para pensar la salud como bienestar en general.

Palabras clave: medios, comunicación interpersonal, comunicación organizacional.

Health communication

Abstract

Thinking about healthy lifestyles, professor Bates makes a dissertation about how communication plays an important role in health, in the person-organization-media relationship. The author demonstrates with examples how the inclusion of communication as a role not only of doctors, patients and organizations dedicated to health, is the strategy for thinking about health as the welfare in general.

Keywords: media, interpersonal communication, organizational communication.

1 Profesor asociado y director asociado para estudios de posgrado en la Facultad de Estudios de Comunicación en la Universidad de Ohio (2003 – presente). Tiene un PhD y un Master en Comunicación Oral de la Universidad de Georgia, y es Licenciado en Discurso, Teatro y Danza, y Ciencia Política de la Universidad de Richmond. Su trabajo se basa en herramientas retóricas y en metodologías científico-sociales. Como se evidencia en sus artículos en *Quarterly Journal of Speech* (Revista trimestral del discurso), *Text and Performance Quarterly* (Publicación trimestral Texto y Actuación), *Social Science and Medicine* (Ciencia Social y Medicina) y *Journal of Research in Special Education Needs* (Revista de Investigación en Necesidades de Educación Especial), entre otros, la combinación de metodologías socio-científicas y la retórica tradicional pueden dar un entendimiento más amplio de cómo el público aprende las implicaciones de la promoción de la salud y la sanación. La calidad académica de Bates también aparece en revistas como *Health Communication* (Comunicación de la Salud), la revista *Journal of Media Humanities and Communication Studies*. Correo electrónico: batesb@ohio.edu

Una parte central de la conferencia que quiero compartir hoy es la necesidad de construir conexiones entre el Norte y el Sur. Por eso voy a hablar sobre cómo estas conexiones ya han empezado a ser formadas. El área donde, creo, se han hecho grandes avances es la comunicación para la salud; pero para señalar la importancia de este campo, necesito su ayuda. Me gustaría que todos se pusieran de pie; voy a decir algunas frases para que contesten, quedándose de pie si son verdaderas y sentándose si son falsas. Frase número uno: no fumo tabaco. Frase número dos: siempre me ejercito por 30 minutos al día y tres veces por semana. Frase número tres: como siete porciones de frutas y vegetales todos los días. Vamos a ver quiénes son los que son los más saludables. Por lo que veo, solamente tres personas cumplen con estos enunciados.

Todos nosotros somos personas inteligentes y educadas. Entonces podemos preguntar ¿por qué tenemos comportamientos que no son saludables? Esta es la pregunta que la comunicación de la salud intenta contestar. Yo voy a delinear tres áreas donde intentamos influenciar a la gente a participar en actividades que son más saludables, todos los días. Esas son: comunicación interpersonal, comunicación organizacional y comunicación mediática.

La primer área, **comunicación interpersonal**, puede entenderse a partir de la relación entre el médico y su paciente. Para muchos de nosotros la manera en que nos damos cuenta sobre los comportamientos que debemos adoptar y los que debemos evitar, tiene lugar cuando tenemos la charla con nuestros médicos. Sin embargo, siempre vamos al médico cuando estamos enfermos y no cuando estamos sanos². Cuando vamos al médico tenemos un diálogo interpersonal, es el momento en que queremos ser tratados para curar una enfermedad o dolencia que padecemos³. Por eso, mucho del trabajo de comunicación, hecho en el campo de comunicación de la salud, es sobre cómo el médico puede controlar ese diálogo⁴. ¿Cuáles preguntas debe hacer para descubrir que enfermedad tiene el paciente? ¿Cuándo ocurrió la enfermedad? ¿Hace cuánto tiempo se tiene el padecimiento? ¿Ha cambiado la dieta, actividades o patrones de dormir antes de enfermar?

El trabajo tradicional en esta área supone enseñar a los médicos a orientar con firmeza ese diálogo, para decirle al paciente lo que debe hacer⁵. Nosotros lo enfocamos en las necesidades diagnosticar ¿Cuál es su ritmo cardíaco? ¿Cuál es la temperatura? ¿Cómo aparece la garganta? El médico utiliza sus ojos, sus manos y su capacidad perceptiva en la conversación para descubrir por qué un paciente está enfermo. Sin embargo, no es suficiente solo saber por qué se está enfermo, el médico también necesita decirle al paciente lo que debe hacer para que mejore. Esta es la función básica de la comunicación interpersonal en

2 Robinson, J. D. (2003). An interactional structure of medical activities during acute visits and its implications for patients' participation. *Health Communication*, 15, 27-57.

3 Gill, V. T. (2005). Patient 'demand' for medical interventions: Exerting pressure for an offer in a primary care clinic visit. *Research on Language and Social Interaction*, 38, 451-479.

4 Shaikh, A., Knobloch, L. M., & Stiles, W. B. (2001). The use of a verbal response mode coding system in determining patient and physician roles in medical interviews. *Health Communication*, 13, 49-60; Walker, K. L., Arnold, C. L., Miller-Day, M., & Webb, L. M. (2002). Investigating the physician-patient relationship: Examining emerging themes. *Health Communication*, 14, 45-68.

5 Beisecker, A. E. (1990). Patient power in doctor-patient communication: What do we know? *Health Communication*, 2, 105-122.

el contexto de la salud, pero lo que pasa es que los médicos son pésimos comunicadores⁶. Aunque ellos pueden decirle a la paciente cuál enfermedad tiene, tal vez no atienden sus necesidades socioemocionales⁷.

Una cosa es comunicarle a alguien que tiene cáncer y que necesita quimioterapia, pero otra es decirle lo que eso significa para su habilidad de tener hijos, su relación con su esposo(a) o que puede implicar que va a morir⁸. Estudiosos de la comunicación interpersonal han buscado diferentes modos de mejorar la habilidad de los médicos para que no se dediquen únicamente a tratar el cuerpo, sino que también traten el alma y la mente. Se busca formar a los médicos a partir del concepto de salud que plantea la Organización Mundial para la Salud (World Health Organization). La salud no es solo la ausencia de las enfermedades, es un estado completo de bienestar físico, social, psicológico y espiritual⁹. Para lograr dicho fin, necesitamos mejorar la habilidad de los médicos para comunicarse con sus pacientes.

Esa habilidad de comunicar es compleja dadas las diferencias que existen entre los profesionales de la salud. Los médicos más jóvenes, quizás, estarán más dispuestos a aprender esta interacción con sus pacientes que los más viejos. Muchas veces los pacientes asumen que las médicas son más sensibles a las necesidades emocionales, o a veces los pacientes se sienten más cómodos hablando con médicos que son del mismo origen étnico que ellos. Igualmente, las diferencias entre pacientes también pueden complicar la relación comunicativa. Desde lo más simple, hay que entender que una persona que es muy vieja tiene necesidades comunicativas muy diferentes de las de un bebé. Sabiendo de esas complicaciones, estudiosos de la comunicación de la salud han propuesto dos maneras para ayudar en esa relación comunicativa. La primera, quizá la más importante, es **la educación de los médicos**¹⁰. Hemos empezado a enseñar a los médicos que ellos no pueden enfocarse únicamente en el cuerpo sino en la persona en todas sus dimensiones¹¹. Los encargados de la acreditación de médicos en Canadá, los Estados Unidos y en México exigen que ellos aprendan habilidades comunicativas¹². Estas ideas se han propagado más allá de Norte América hacia otras partes del mundo.

-
- 6 Teutsch, C. (2003). Patient-doctor communication. *Medical Clinics of North America*, 87,1115-45; Drazen, J. M., Shields, H. M., & Loscalzo, J. A division of medical communications in an academic medical center's department of medicine. *Academic Medicine*, forthcoming.
 - 7 von Friederichs-Fitzwater, M. M., Callahan, E. J., Flynn, N., & Williams, J. (1991). Relational control in physician-patient encounters. *Health Communication*, 3, 17-36.
 - 8 O'Hair, D., Villagran, M. M., Wittenberg, E., Brown, K., Ferguson, M., Hall, H. T., & Doty, T. (2003). Cancer survivorship and agency model: Implications for patient choice, decision making, and influence. *Health Communication*, 15, 193-202; Smith-McLallen, A., Fishbein, M., & Hornik, R. C. (2011). Psychosocial determinants of cancer-related information seeking among cancer patients. *Journal of Health Communication*, 16, 212-225.
 - 9 Callahan D. (1973).The WHO definition of 'health'. *Studies – Hastings Center*, 1 (3), 77-88.
 - 10 Mead, N., & Bower, P. (2001). Patient-centeredness: A conceptual framework and review of the empirical.
 - 11 Epstein, R. M. (2000). The science of patient-centered care. *Journal of Family Practice*, 49, 805–807; Levinson, W., & Roter, D. (1993). The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 11, 147–155; Platt, F. W., & Gordon, G. H. (1999). *Field guide to the difficult patient interview*. Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
 - 12 Commission on Osteopathic College Accreditation. (2011). *Accreditation of colleges of osteopathic medicine: COM accreditation standards and procedures*. Retrieved from <http://www.osteopathic.org/inside-aoa/accreditation/predoctoral%20accreditation/Documents/COM-standards-of-accreditation-effective-7-1-2011.pdf>

Al mismo tiempo no debemos culpar a los médicos por todos los problemas de comunicación que existen. Otra de las maneras para ayudar en la relación comunicativa, cosa que los estudiosos de la comunicación para la salud han intentado hacer, es **formar a los pacientes**¹³. No podemos ver un paciente solo como una persona terca y que debe ser regañada hasta que haga lo que debe. El paciente necesita enterarse de su propio bienestar y tratamiento médico. Los pacientes deben saber cómo hacer preguntas cuando no entienden y deben saber cómo expresar sus necesidades individuales al médico. Solamente tendremos una comunicación interpersonal buena cuando los dos participantes de la relación cumplan, con compromiso, con las necesidades comunicativas.

Esto parece obvio, y lo hemos intentado en los últimos 50 años, pero todavía falta mucho por hacer. Por eso es que ahora estamos yendo en varias direcciones diferentes. Si hemos entrenado al médico en formas para comunicarse mejor con su paciente, la pregunta es ¿cómo hacemos que los otros proveedores de salud se involucren en el mejoramiento de la salud de los pacientes? Por ejemplo, ¿su odontólogo nota que tiene diabetes por el olor del aliento?¹⁴ O, ¿su oftalmólogo puede decirle si tiene hipertensión cuando examinan sus ojos?¹⁵ ¿Su farmacéutico, cuando expende drogas prescritas por diferentes médicos, puede decirle si hay alguna interacción mala entre los medicamentos?¹⁶ Ya que hemos entrenado a los médicos, sabemos que debemos entrenar al odontólogo, al oftalmólogo y al farmacéutico, y enseñarles a comunicarse. Al mismo tiempo, mientras intentamos atraer más y más proveedores de salud a la conversación sobre la comunicación, también debemos atraer gente que no pertenece al área de salud para que se comprometa con la comunicación interpersonal.

Una cosa que sabemos es que un paciente que se siente solitario es un paciente enfermo. Un académico de los Estados Unidos, llamado James Chesebro, notó eso en Puerto Rico¹⁷. Él fue a las salas de emergencia y vio algo muy diferente de lo que se ve en los Estados Unidos. En los Estados Unidos, cuando uno va a la sala de emergencia, normalmente va solo, pero en Puerto Rico la familia entera del paciente lo acompaña. ¡La mamá, el papá, los hermanos y hermanas, los hijos, todos! Lo que Chesebro notó fue que cuando había mas miembros de la familia, el médico conseguía mas información sobre el paciente y el paciente entendía más sobre su condición (porque había mas gente para escuchar y entender lo que el medico estaba diciendo). Por eso el paciente estaba más dispuesto a hacer lo que el médico sugería.

¿Cómo puede aprender Norteamérica algo de la experiencia puertorriqueña? Podemos integrar más gente, que no son médicos, para ayudarnos a vivir vidas más saludables. En los

Liaison Committee on Medical Education. (2011). *Functions and structure of a medical school: Standards for accreditation of medical programs leading to the MD degree*. Retrieved from <http://www.lcme.org/functions2011may.pdf>

- 13 Aita, V., McIlvain, H., Backer, E., McVea, K., & Crabtree, B. (2005). Patient-centered care and communication.
- 14 Genco, R. J., Schifferle, R. E., Dunford, R. G., Falkner, K. L., Hsu, W. C., & Balukjian, J. (2014). Screening for diabetes mellitus in dental practices: a field trial. *Journal of the American Dental Association*, 145, 57-64.
- 15 Chatziralli, I. P., Kanonidou, E. D., Kerytopoulos, P., Dimitriadis, P., & Papazisis, L. E. (2012). The value of funduscopy in general practice. *Open Ophthalmology Journal*, 6, 4-5.
- 16 Grundy, Q., Bero, L., & Malone, R. (2013). Interactions between non-physician clinicians and industry: a systematic review. *PLoS Medicine*, 10 (11):e1001561.
- 17 Chesebro, J. W. (1982). Illness as a rhetorical act: A cross-cultural perspective. *Communication Quarterly*, 30, 321-331.

programas de atención a familias deben estar amigos, profesores, padres y muchos otros que, a partir de la comunicación interpersonal, pueden ayudarnos a hacer cosas más saludables en nuestra vida cotidiana.

La segunda área importante para lograr una vida saludable es **la comunicación organizacional** que sobrepasa la relación interpersonal, ya que no siempre tratamos a todas las personas uno-a-uno. Por eso también vemos procesos de comunicación en contextos organizacionales. Desde la clínica más pequeña en Botsuana, donde he trabajado, hasta el centro médico más moderno del mundo, siempre emergen cuestiones para la comunicación organizacional que deben ayudarnos a crear vidas más saludables.

Nos hemos enfocado en estudiar tres aspectos en la **escena de la salud** (health care setting) que el ex cirujano general, Everett C. Koop, asegura deben equilibrarse: calidad, acceso y costo¹⁸. El problema es que no es fácil. Si quieres un sistema de salud que no sea costoso, con mucho acceso, quizás será de calidad baja. Sin embargo, si sube la calidad y sigue con mucho acceso, será un sistema de salud muy costoso. El Doctor Koop dijo que lo que podemos hacer para solucionar este problema es utilizar la comunicación a través de esos elementos en equilibrio¹⁹.

Usando estrategias de comunicación diferentes podemos equilibrar cuestiones de calidad, acceso y costo. Desafortunadamente, en el contexto norteamericano, una de las lecciones que aprendimos fue que si usamos un *gatekeeping* (concepto introducido por Kurt Lewin para explicar la presión de grupo, como estrategia comunicativa, en torno a la toma de decisiones por parte de un individuo o del mismo grupo) para inducir a que las personas reciban los tratamientos que necesitan, podemos hacer que las cosas sean mucho más baratas. Si la enfermera o el médico dice que no necesita aquel test, o que no necesita aquella cirugía, o que no necesariamente requiere aquel medicamento costoso, él o ella le convence a tener una calidad de tratamiento menor para que el costo sea más bajo²⁰. La pregunta que hizo el Doctor Koop fue: “¿cómo podemos mantener un *gatekeeping* sincero y no solo usarlo como una manera de bajar los costos?” No queremos que la comunicación sea utilizada para negar el tratamiento a las personas que lo necesitan.

Otro problema comunicativo identificado por el Doctor Koop fue la continuidad del cuidado (tratamiento, asistencia)²¹. Si su primer médico no habla con su segundo médico, lo que él vio o las cosas que diagnosticó tendrán que ser hechas otra vez por el segundo médico, y por el tercero, el cuarto, quinto, etcétera. Para la mayoría de la gente, en los Estados Unidos, entre el momento que ven a sus médicos, cuando descubren que, por ejemplo, están embarazadas, y el momento que dan a luz, habrán visto siete médicos, veinte enfermeras, más de cien anes-

18 Koop, C. E. (1991). *Koop: The memoirs of America's family doctor*. New York: Random House; Koop, C. E. (1993, September 20). Remarks to physicians and supporters, The White House, Washington, DC.

19 Koop, C. E. (1998). Patient-provider communication and managed care. *Healthplan*, 39 (3), 13-4.

20 Bendix J. (2014). The prior authorization predicament. *Medical Economics*, 91 (13), 29-30.

21 Koop, C. E., Mosher, R., Kun, L., Geiling, J., Grigg, E., Long, S., Macedonia, C., Merrell, R. C., Satava, R., & Rosen, J. M. (2008). Future delivery of health care: Cybercare. *IEEE Engineering in Medicine and Biology Magazine*, 27 (6), 29-38; Rosen, J. M., Grigg, E. B., McKnight, M. F., Koop, C. E., Lillibridge, S., Kindberg, B. L., Hettinger, L., & Hutchinson, R. (2004). Transforming medicine for biodefense and healthcare delivery. *IEEE Engineering in Medicine and Biology Magazine*, 23 (1), 89-101.

tesiólogos, empleados de facturación y muchas otras personas²². Lo que dice el Doctor Koop es que si podemos hacer que cada médico hable con el otro, podríamos reducir la cantidad de exámenes, cirugías y procedimientos innecesarios y, a su vez, esto disminuiría el costo del tratamiento. Sin embargo, todo eso requiere buena comunicación. Una vez que tengamos un sistema de *gatekeeping* efectivo y un tratamiento continuo, la organización puede comunicarse internamente sobre el mejor plan para el manejo de las enfermedades (*disease management*).

Me gustaría contarles una historia que ilustra cómo la comunicación puede mejorar la calidad del cuidado de la salud. Una vez mi suegro estaba tomando más de una docena de medicamentos a la vez. Él tenía problemas con la respiración, entonces lo recetaron otro medicamento. Este medicamento aumentó su presión, por lo tanto le indicaron otro medicamento que le causaba una reacción (pica en su piel). Debido a ello le dieron otro medicamento que le daba mucho sueño y le causaba más problemas con la respiración. Si todos los médicos hubieran estudiado toda su historia médica y se hubieran comunicado con él sobre todos los medicamentos que estaba tomando, quizás hubiera tenido un plan de medicamento más efectivo y menos costoso. En vista de esto, lo llevamos, nuevamente, al médico con sus trece medicamentos diferentes y, para eliminar todos los medicamentos que le estaban causando efectos secundarios, reduciéndose la cantidad de trece a tres, fue necesario que habláramos con todos los médicos que lo habían tratado.

Aún más efectivo que el manejo de las enfermedades es la promoción de la salud. Todos sabemos lo que debemos hacer para mantenernos saludables. No fume, ejércitese más, coma menos y pare en los semáforos; pero algunas veces es difícil cumplir todo eso. Las organizaciones para la salud pueden ayudarnos si nos dan descuentos cuando mantenemos vidas saludables o las compañías en que trabajamos nos pueden dar un bono si somos más saludables y más productivos²³. Si cambiamos las comidas en las cafeterías o abrimos un gimnasio en la compañía, podemos aprovechar los recursos de las organizaciones para promover la salud en sus empleados, miembros y la comunidad; pero todo eso requiere un rol muy diferente por parte del médico. Si él no está ahí solo para diagnosticarnos y darnos medicamentos, y en su lugar es también un consejero (asesor), un experto en ejercicio y todas esas otras cosas, su papel empezará a tener implicaciones con su identidad. Los médicos son entrenados para ser médicos y no terapeutas, o consejeros o cualquier otra cosa que pedimos que sean. Entonces les pregunto ¿cuál es el sentido de ser médico cuando tienen que hacer tantas otras cosas?

No todo tiene que ser un problema de las organizaciones. Por ejemplo, hay mucho optimismo con respecto a los cambios positivos que trae consigo la tecnología. Cuando tenemos organizaciones que están separadas geográficamente podemos usar tecnologías de comunicación para conectar las ciudades urbanas con los pueblos rurales o podemos crear conexiones entre el Norte y el Sur, como lo está haciendo la Universidad de Chicago. ¿Se acuerdan de la clínica, muy chiquita, en Botsuana, que les mencioné? Utilizando los Smartphone los médicos

22 Godfrey-Edwards, E. (2013). Continuity of care vs fragmented care. *Midwives*, 16 (6), 33.

23 Farrell, A., & Geist-Martin, P. (2005). Communicating social health: Perceptions of wellness at work. *Management Communication Quarterly*, 18, 543-592; Zoller, H. M. (2003). Health on the line: Identity and disciplinary control in employee occupational health and safety discourse. *Journal of Applied Communication Research*, 31, 118-139; Zoller, H. M. (2003). Working out: Managerialism in workplace health promotion. *Management Communication Quarterly*, 17, 171-205.

de esta organización fueron capaces de conectarse con otros centros más avanzados para hacer consultas con facilidad a pesar de que esta clínica tenía un presupuesto diario de siete dólares. Esas son las conexiones que podemos crear utilizando no solamente la comunicación verbal, sino también la comunicación tecnológica.

La última área para una comunicación saludable de la que quiero hablar hoy, quizás, es la más familiar: **la comunicación mediática**. Todos los días, través de los medios impresos, la radio o la televisión, estamos rodeados de mensajes para la salud. Si recordamos lo que el profesor Garrido nos mostró en su conferencia: “el problema es cuando uno intenta aplicar un solo modelo de comunicación a todo. Eso genera perjuicios y no soluciona problemas”. En el campo de comunicación mediática somos culpables de hacer justamente eso. Creamos modelos de persuasión muy complejos, y pensamos que si manipulamos un variable siempre tendremos un resultado sistemático, científico y efectivo²⁴. Si sabemos quién es la audiencia con la que estamos hablando, sabemos exactamente lo que debemos decirles. Creemos que si escogimos el canal correcto, los públicos van a apropiarse el mensaje que les enviamos. Desafortunadamente, eso no ocurre²⁵.

Algunas rutas de trabajo adicionales que han pasado del Sur hasta el Norte, muestran el potencial para utilizar maneras diferentes de promover los medios con el fin de promover la salud. La primera que me gustaría enfatizar es la *educación a través del entretenimiento mediático*. Quizá conocen a Miguel Sabido, un productor de novelas mexicanas²⁶. Él produjo series como “Vamos Juntos” o “Caminamos” que hablaban sobre la sexualidad en los adolescentes o “Por Amor” que fue una telenovela sobre los derechos de las mujeres. Él dijo: “no debemos darle a la gente mensajes directos diciéndoles ‘coma esto’ o ‘no haga esto’, debemos crear un programa que sea entretenido y que también tenga una mensaje sobre la salud”.

Por ejemplo, escuchas un programa de radio y te gusta el personaje principal. Es una mujer que supera un desafío gracias a que adopta un comportamiento social saludable y, en consecuencia, se torna más saludable, más feliz, encuentra su verdadero amor y obtiene un final feliz. Basado en esta experiencia mexicana, la educación a través del entretenimiento mediático ha sido adoptada en otros países como Brasil, Bolivia, Chile, Venezuela y la mayoría de países de África y Asia²⁷. Frente a esto el Sur ha dicho: “no vamos a participar en teorías complejas, y no vamos dejar que Norteamérica nos diga cómo hacer nuestras campañas de salud. Vamos a desarrollar historias para nosotros y nuestra gente que nos ayuden a vivir vidas mejores”.

24 Dutta-Bergman, M. J. (2005). Theory and practice in health communication campaigns: A critical interrogation. *Health Communication*, 18, 103-122; Dutta-Bergman, M. J. (2004). Primary sources of health information: Comparisons in the domain of health attitudes, health cognitions, and health behaviors. *Health Communication*, 16, 273-288.

25 Dutta, M. J. (2007). Communicating about culture and health: Theorizing culture-centered and cultural sensitivity approaches. *Communication Theory*, 17, 304-328; Dutta, M. J. (2010). The critical cultural turn in Health Communication: Reflexivity, solidarity, and praxis. *Health Communication*, 25, 534-539.

26 Singhal, A., & Obregon, R. (1999). Social uses of commercial soap operas: A conversation with Miguel Sabido. *Journal of Development Communication*, 10, 68-77.

27 Singhal, A., & Rogers, E. (1999). *Entertainment-education: A communication strategy for social change*. New York: Routledge; Singhal, A., Cody, M. J., Rogers, E. M., & Sabido, M. (2003). *Entertainment-education and social change: History, research, and practice*. New York: Routledge.

Pero, paradójicamente, ahora se han empezado a utilizar las técnicas de Miguel Sabido que se usan en la programación de entretenimiento en Norteamérica²⁸.

En segundo lugar, se puede apreciar cómo el Sur ha promocionado los medios para abordar la salud mediante el uso de **estrategias basadas en la comunidad**. Esto se desprende del trabajo Paulo Freire, teórico-social brasileño²⁹. Él dijo que el conocimiento y el poder de actuar para resolver nuestros problemas no vienen de afuera. No podemos depender del Norte (Norteamérica y Europa) para determinar cómo usar nuestros recursos. El poder y conocimiento para actuar está en nuestras comunidades. Las personas que viven con problemas sociales pueden considerar sus propias circunstancias, entender la naturaleza y las causas de esos problemas, e inventar soluciones que nunca habrían sido imaginadas por alguien del Norte. Toda comunidad puede crear su propia intervención de comunicación en salud; y si este modelo funciona puede ser adoptado por otros, como las comunidades norteamericanas que están empezando a incluir las ideas de Freire para el cambio social³⁰.

Aquí es donde yo he apropiado unas ideas del Sur. Aprendí que podría usar un equipo de fútbol para enseñar a niños sobre comportamientos saludables.



Este es mi equipo de futbol (Benjamin Bates).

28 Klein, B. (2011). Entertaining ideas: social issues in entertainment television. *Media, Culture & Society*, 33, 905-921; Quintero Johnson, J. M., Harrison, K., & Quick, B. L. (2013). Understanding the effectiveness of the entertainment-education strategy: An investigation of how audience involvement, message processing, and message design influence health information recall. *Journal of Health Communication*, 18, 160-178.

29 Friere, P. (2000). *Pedagogy of the oppressed*. New York: Bloomsbury.

30 Nam, S. (2010). Critical media literacy as curricular praxis: Remapping the pedagogical borderlands of media literacy in U.S. mass communication programmes. *Javnost - The Public*, 17, 5-24; Singh, J.P. (2008). Paulo Freire: Possibilities for dialogic communication in a market-driven information age. *Information Communication & Society*, 11, 699-726.

Aprendimos de un experimento que fue hecho en la África sub-sahariana, donde en vez de tener niños en un salón aprendiendo sobre salud en clase, lo hacen jugando fútbol³¹. Cuando ellos juegan, el entrenador modela comportamientos saludables, habla del bienestar físico, demuestra cómo solucionar problemas sin pelear. Los chicos valoran su apariencia cepillándose los dientes y lavando el cabello, etcétera. El entrenador trabaja todos los comportamientos saludables que queremos que los niños adopten. Lo que descubrimos es que si modelamos mediante un entrenador, como lo hicimos en Athens, Ohio, los niños logran estar en forma, despiertos mentalmente y más dispuestos a comportarse de una manera aceptable con los padres, los profesores y la sociedad.

Pienso que todo esto ayuda a mostrar cómo ya existe un diálogo entre el Norte y el Sur que puede, en el futuro, mejorar la salud de todos. En síntesis, aprendimos que la comunicación interpersonal, organizacional y mediática, al igual que el diálogo comunicativo entre el Norte y el Sur puede resultar en un beneficio para ambas regiones. Muchas gracias.

31 Fuller, C. W., Junge, A., Dorasami, C., DeCelles, J., & Dvorak, J. (2011). '11 for Health', a football-based health education programme for children: a two-cohort study in Mauritius and Zimbabwe. *British Journal of Sports Medicine*, 45, 612-618; Sedibe, H. M., Kahn, K., Edin, K., Gitau, T., Ivarsson, A., Norris, S. A. (2014). Qualitative study exploring healthy eating practices and physical activity among adolescent girls in rural South Africa. *BMC Pediatrics*, 14, 211; dos Santos, F. K., Gomes, T. N., Damasceno, A., Prista, A., Eisenmann, J., & Maa, J. A. (2013). Physical activity, fitness and the metabolic syndrome in rural youths from Mozambique. *Annals of Human Biology*, 40, 15-22; Balfour, L., Farrar, T., McGilvray, M., Wilson, D., Tasca, G. A., Spaans, J. N., Mathews, C., Maziya, L., Khanyile, S., Dagleish, T. L., & Cameron, W. D. (2013). HIV prevention in action on the football field: the WhizzKids United program in South Africa. *AIDS Behaviour*, 17, 2045-2052; Madsen, K., Thompson, H., Adkins, A., & Crawford, Y. (2013). School-community partnerships: a cluster-randomized trial of an after-school soccer program. *JAMA – Pediatrics*, 167, 321-326.