



Comunicar

ISSN: 1134-3478

info@grupocomunicar.com

Grupo Comunicar

España

Théophile Balima, Serge
Comunicación para la salud en África: experiencias y desafíos
Comunicar, núm. 26, marzo, 2006, pp. 21-26
Grupo Comunicar
Huelva, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15802604>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

(Solicitado: 16-07-04 / Aceptado: 05-10-05)

- Serge Théophile Balima
Ouagadougou (Burkina Faso)

Comunicación para la salud en África: experiencias y desafíos

Communication for health in Africa: experiences and challenges

El presente artículo analiza la comunicación para la salud en África a través de algunas experiencias llevadas a cabo sobre el terreno. De estas campañas de educación se deduce que los enfoques de la comunicación son poco participativos. No integran la vivencia sociocultural de las poblaciones locales y se topan con una serie de dificultades de orden metodológico. Sin embargo la comunicación para la salud, bien enfocada, puede lograr reducir el impacto de los problemas de salud recurrentes en el continente.

This paper analyzes communication for health in Africa through some fields experiences. These education campaigns show that the communication approaches are little participative. They don't take into account the socio-cultural reality of local communities and then face various methodological problems. Yet, if well conducted, health oriented communication can help to reduce the impact of recurrent health problems in Africa.

DESCRIPTORES/KEY WORDS

Salud, comunicación, cultura, comportamientos, desafíos, experiencias, estrategias.
Health, communication, culture, behaviour, challenges, experiences, strategies.

El África negra inicia el tercer milenio sumida en sus recurrentes problemas de salud.

Esta situación, deplorable bajo cualquier punto de vista, sigue caracterizándose por el azote de la desnutrición infantil, las enfermedades infecciosas, la pobreza de la población, el analfabetismo y el SIDA, factores todos ellos que, aunados, devastan cada día el territorio africano.

En algunos países del continente se han organizado campañas de información con el objeto de promover la planificación familiar, la vacunación infantil y la lucha contra algunas nefastas prácticas sociales como

♦ Serge Théophile Balima es catedrático de Comunicación en la Universidad de Ouagadougou en Burkina Faso (serge.balima@univ_ouaga.bf).

son la ablación en las niñas, el matrimonio forzado o el trabajo en la infancia.

Con demasiada frecuencia los enfoques de la comunicación utilizados han sido de carácter lineal, unidireccional y de arriba hacia abajo; en la mayoría de los casos los resultados esperados en términos de cambios de comportamiento no llegaron a obtenerse y la experiencia ha demostrado que aún es patente la influencia de la herencia de conceptos y prácticas coloniales de la información y que son muchos los desafíos a los que todavía hay que hacer frente.

1. Incidencia de las prácticas dirigistas heredadas de la colonización

Durante el período colonial, África se vio sometida a los métodos del autoritarismo. Estos métodos, erigidos como sistema de gobierno, han perdurado tras la independencia política de los años sesenta. Así, la radio, introducida en África bajo la colonización, se ha caracterizado por unos métodos de gestión estatal y centralizada. Concebida como medio de propaganda y de campaña de información pública, nunca previó mecanismos de retroacción que permitiesen a la población expresar sus aspiraciones y sus frustraciones. Tras la independencia política de los años sesenta los poderes públicos africanos continuaron utilizando la radio bajo la misma perspectiva, esto es, como un auxiliar del poder administrativo. Concebida en estos términos, la radio, como medio de comunicación para el desarrollo, ocupó con rapidez un lugar preponderante en el continente africano. «Simplemente porque comparada con otros servicios de vulgarización, la radio local es el medio más barato de informar, de movilizar y de lograr la participación de la población en el desarrollo económico y social de su región» (Laflin, 1987). Debido a la variedad de lenguas nacionales, la radio demostró muy pronto que era el medio más eficaz de promover campañas de educación para la salud. Se emplearon asimismo otros medios de comunicación: la «caja de imágenes», las tertulias aldeanas, que reagrupaban a los miembros de las comunidades en torno a los animadores socio-sanitarios, proyecciones de vídeos en lugares públicos, juegos radiofónicos... A pesar de los esfuerzos emprendidos a nivel estatal, impulsados por las organizaciones internacionales, la implicación de la población sigue siendo relativamente escasa.

El problema principal que de ello se deriva es el saber por qué esas múltiples campañas de educación sanitaria no logran el cambio social esperado. A priori, esa resistencia va ligada a las prácticas culturales seculares, a las costumbres, hábitos y creencias popu-

lares del medio africano. Pero, ¿son estos factores socioculturales la única causa del débil impacto logrado por las campañas de educación sanitaria en África?

Los jóvenes africanos constituyen la población objetivo prioritaria de las campañas de información sobre las enfermedades tropicales, las infecciones sexualmente transmisibles y el VIH/SIDA. Estos jóvenes de menos de veinte años representan con frecuencia el 50% de la población total del país. Generalmente viven expuestos a comportamientos peligrosos: promiscuidad sexual, mala utilización del preservativo, inmadurez física, psíquica y fisiológica, falta de información de base, amor al riesgo, efecto de grupo y creencias en mitos y leyendas...

Por otra parte, debido al peso de sus tradiciones, costumbres, religión y creencias, estos jóvenes aún consideran tabú abordar ciertos temas ante adultos y padres. Estos últimos carecen de la información necesaria y la escuela convencional tampoco responde a las preguntas y preocupaciones de esos jóvenes africanos.

En este contexto, el enfoque comunicativo y circunstancial desempeña un papel determinante en las campañas de comunicación para la salud. Desgraciadamente los promotores de esas campañas han dado prioridad al contenido de los mensajes sin conceder el interés suficiente al proceso de comunicación en sí mismo. De este modo, en la estela del paradigma de la modernización, han inducido a la población a adoptar unos comportamientos nuevos y a abandonar los métodos sanitarios de la sociedad tradicional. Los promotores han ideado, pues, su enfoque comunicativo de forma lineal e irreversible, en la creencia de que la población expuesta a esos mensajes adoptaría automáticamente nuevos modos de comportamiento. Por desgracia, esos flujos de información en sentido único no han hecho sino establecer unas relaciones jerárquicas entre poderes públicos y ciudadanos sin lograr un impacto apreciable en el seno de las comunidades rurales. Es lícito pues preguntarse por qué la difusión de las innovaciones como enfoque comunicativo ha demostrado su ineficacia en materia de salud pública en África.

En realidad, los equipos sobre el terreno encargados de la educación de las comunidades se han visto confrontados a dificultades como la falta de vehículos o personal cualificado, a la insuficiencia del diagnóstico previo del medio antes de su intervención. En consecuencia, la mayoría de esos equipos africanos no se han basado en las aptitudes ya existentes en esas comunidades. Algunos países lo han tenido en cuenta y han logrado resultados apreciables. En Nigeria, se ha recurrido a determinados grupos para la elaboración

de productos alimenticios mejorados. Estos grupos han generado informaciones muy útiles sobre los temas vinculados al producto, pero también sobre la comunicación. Ello ha contribuido de forma muy apreciable en el proceso de toma de decisiones finales en el contexto de la introducción más generalizada de productos de destete nutricionalmente mejorados. Por ejemplo, estos grupos han indicado que la harina de niebé era mejor aceptada por las madres como ingrediente de consolidación que la adición de harina de malta.

Como puede verse, el diagnóstico participativo es a menudo la primera forma de interacción entre los educadores sanitarios y los miembros de la comunicación. Esto da lugar a una relación que favorece la participación entre ambas partes.

2. Procedimientos erróneos en las estrategias de comunicación para la salud

Tradicionalmente, la educación en materia sanitaria depende de las técnicas de educación formal, en base a las cuales han sido formados la mayoría de los profesionales de la salud. Este modelo de educación era esencialmente unilateral y consistía, para el experto, en facilitar información a los agentes sanitarios para que éstos, a su vez, comunicasen a la población lo que debía hacerse.

«A lo largo de los últimos decenios los profesionales en materia sanitaria han podido constatar que este enfoque tradicional unilateral no había logrado grandes éxitos... Sobre la base de los principios de la educación para adultos, los pedagogos han tomado conciencia del hecho de que los adultos aprenden de una forma diferente a la de los niños y, en consecuencia, han desarrollado nuevos métodos basados en la mayor experiencia de los adultos, en la necesidad de respetarlos y considerarlos como iguales y en su deseo de llegar a soluciones prácticas para sus problemas» (Guía de formación en comunicación para la salud, Basics, Health Com, Dakar, 1999: 8).

Las dificultades que han obstaculizado en África el logro de unos buenos resultados son de diverso orden:

- Los presupuestos destinados a los servicios de animación y promoción de la salud son a menudo insignificantes y no permiten a los actores en cuestión trabajar en condiciones decentes.

- La falta de coordinación en las intervenciones de los diferentes servicios sociales que trabajan sobre el terreno comporta con frecuencia una disonancia tanto a nivel de los mensajes emitidos como a nivel de los métodos empleados, dirigidos a las poblaciones locales.

- Las dificultades lingüísticas entre algunos técnicos sanitarios y las comunidades autóctonas, que obligan a recurrir a intérpretes locales cuya competencia no siempre está asegurada.

- Los factores religiosos, las creencias y los mitos interfieren a menudo, dando una lectura particular a fenómenos sociales tales como la ablación en las niñas, el consumo de huevos entre los niños, las consultas prenatales, el empleo del preservativo, la planificación familiar...

- La falta de formación de los animadores y técnicos sanitarios en comunicación participativa.

- Los grupos objetivo se identifican de forma glo-

En África, como en cualquier lugar, hay que aceptar la evidencia de que la relación causal entre la difusión de los mensajes de prevención y la capacidad de las poblaciones de traducir esos mensajes en actos preventivos está determinada por unas estructuras sociales complejas y por los vínculos de proximidad.

bal y no son segmentados ni definidos de forma rigurosa, lo que desemboca con frecuencia en mensajes de carácter general poco adaptados a situaciones específicas.

- El calendario de salidas sobre el terreno dirigidas a asociaciones y comunidades aldeanas no siempre es el adecuado. Muy a menudo el desplazamiento de los animadores sanitarios a las aldeas coincide con los días de mercado, de funerales, de fiestas folclóricas o manifestaciones religiosas, lo que hace que la población esté poco disponible o receptiva.

- La falta de continuidad y de evaluación de las campañas de educación sanitaria es causa de que los poderes públicos africanos no puedan rectificar a tiempo la forma y el contenido de los mensajes.

- La pobreza de los mecanismos de «feed-back» constituye una de las dificultades mayores de la comunicación para la salud en el continente.

- La débil participación de la población en la ela-

boración de procesos de comunicación en dirección a las comunidades concernidas.

Ciertas investigaciones llevadas a cabo en Burkina Faso han demostrado que, en efecto, cuando el público inicial para las campañas de información es cuidadosamente identificado y asociado al elaborar el programa, el resultado final es más visible y la intervención más lograda. Los medios, por sí solos, como vectores de difusión de los mensajes, no pueden provocar el impacto esperado en el seno de las comunidades aldeanas, muy a menudo replegadas en sus costumbres ancestrales. Esta situación puede resultar paradójica porque generalmente se tiende a creer que cuanto proviene de los media se acepta como moneda corriente y sonante en los medios en que la educación entre la población no es una práctica corriente. La UNESCO «considera que las poblaciones de los países en vías de desarrollo deben aprender a desarrollar su sentido crítico hacia los medios de comunicación que continúan bajo el severo control de los países occidentales» (Pierre, 1996: 39).

Un cambio de comportamiento duradero es difícil de obtener en las comunidades africanas. La concienciación y el intercambio de información son los objetivos más fáciles de alcanzar, pero esto no constituye más que la fase inicial de un largo proceso de cambio comportamental. Hay que tener presente la necesidad de conciliar modernidad y culturas ancestrales.

El análisis de los efectos concretos producidos por las campañas de prevención del sida por el marketing social del preservativo parece aún más problemático en África.

«A pesar de que las estadísticas actuales indiquen un aumento, a veces espectacular, de las ventas de preservativos, y aunque ciertos países hayan mejorado el sistema de distribución, ello no significa en absoluto que los consumidores se protejan eficazmente» (Rinn, 2002: 202). En África, como en cualquier lugar, hay que aceptar la evidencia de que la relación causal entre la difusión de los mensajes de prevención y la capacidad de las poblaciones de traducir esos mensajes en actos preventivos está determinada por unas estructuras sociales complejas y por los vínculos de

proximidad. La recepción de los mensajes no implica pues necesariamente la adhesión a su contenido.

Al proponer, pues, estrategias de comunicación para la salud que no integran los parámetros evocados más arriba, algunas campañas de información pública han sido percibidas como un proceso de pérdida de los valores africanos tradicionales con los que las poblaciones autóctonas se identifican.

3. ¿Cuáles son los desafíos que la comunicación para la salud puede asumir en África?

El enfoque participativo como metodología de intervención en materia de salud pública es relativamente reciente. Su puesta en marcha varía mucho de un país a otro e incluso en función de la naturaleza de los regímenes políticos. Si existen las condiciones mínimas exigidas por la democracia, la comunicación participativa para la salud puede engendrar cambios de actitudes y comportamientos.

Para ello hay que hacer frente a ciertos desafíos:

- Antes de promover una campaña de comunicación para la salud es preciso establecer un diagnóstico de la situación sociocultural, socioeconómica y socio-sanitaria a fin de conocer la naturaleza exacta del problema, sus causas y sus manifestaciones. Este planteamiento debería ir acompañado de los resultados de investigaciones anteriores, a fin de evitar que vuelvan a cometerse los mismos errores.

- Una vez llevado a cabo este diagnóstico del medio, ello debería permitir identificar los problemas principales de la

sociedad, en torno a los cuales las poblaciones y los actores concernidos llegasen a un acuerdo para encontrar el enfoque apropiado de comunicación.

- Otro desafío consiste en la identificación de los grupos objetivo y su segmentación en base a unos criterios pertinentes, a fin de adaptar convenientemente los mensajes a las necesidades reales. Muy a menudo las experiencias en África valoran raramente los ejes y las estrategias para cada grupo específico. Y, sin embargo, la selección de los grupos objetivo no puede ser más estratégica, ya que los componentes sociales africanos tienen a menudo intereses opuestos. Por otra parte, en África más que en cualquier otro lugar, «en el plano de la socialización, la familia tiene en primer lugar un papel instrumental en materia de consumo, su

primera función será pues enseñar a los niños todo aquello que constituye los aspectos básicos racionales» (Riesman y Roseborough, 1955, citado por Bree).

- Es necesario también que los promotores políticos comprendan lo que está en juego y evalúen los desafíos a que se enfrentan: orientar el reparto del tiempo, los recursos y las actividades, planificar las actividades de comunicación con las poblaciones concernidas. La colaboración con éstas y su responsabilización permitirán implicarles más a fondo en la ejecución de los programas de salud comunitaria. La necesidad de comunicación no surge sin proyecto. «Tras esta evidencia se esconde la idea de que la comunicación, para ser eficaz, precisa de un eje direccional fuerte. La dificultad nace de la conciliación paradójica entre el objetivo de las acciones en torno a ese eje y la adaptación del entorno local, lo que no puede lograrse sin una buena dosis de dominio y de reflexión... La escucha local toma así un valor de importancia igual al de la acción (Libaert, 2001: 151).

- Las campañas de educación sanitaria no pueden lograr efectos duraderos si no son llevadas a cabo en los idiomas locales, cuando la formación temática se dispensa a los animadores designados por la comunidad. A su vez, estos últimos tendrán a su cargo la formación de otros miembros del grupo. Este nuevo enfoque pone en entredicho las prácticas actuales de las instituciones de salud pública y de algunas organizaciones no gubernamentales que actúan sobre el terreno. «Las grandes campañas en los medios de comunicación, en particular las de los programas de salud, demostraron que no pueden inscribirse en el tiempo sin una financiación permanente. Además, no contribuyeron a establecer un diálogo entre comunidades. Desde su concepción esas campañas eran ajenas a los beneficiarios, y demasiado generales para ser aceptables culturalmente, en particular en países de tan rica diversidad étnica y cultural» (Gumucio, 2000: 10).

- Otro desafío al que hacer frente es el seguimiento y evaluación de las acciones de comunicación para la salud a nivel de los diferentes grupos objetivo. La práctica dominante en África tiende a olvidar la evaluación, confiándola con frecuencia a participantes externos que rechazan la integración de cualquier planteamiento participativo en sus misiones. De ahí que las partes interesadas estén muy a menudo ausentes de esta empresa y esos expertos externos no se preocupan más que de los intereses institucionales de quienes les proveen de fondos. El desafío en cuestión consiste en implicar hoy a todos los que hayan tomado parte en las actividades de comunicación para la salud a fin de apreciar los beneficios reales para la comunicación.

«Podría decirse que este proceso de comunicación responde al desafío de la participación de las poblaciones en su propio desarrollo. Al transformar los enfoques verticales basados en los intercambios de conocimientos, la comunicación para el desarrollo permite a los grupos apreciar por sí mismos los problemas a los que se enfrentan. Les ofrece también los medios de identificar las posibles soluciones, de tomar decisiones propias, adquirir los conocimientos precisos y, por último, movilizarse para la acción en favor de un cambio de actitud» (Bougairé, 2004: 140).

- Por último, nos encontramos ante la dimensión cultural de las campañas de salud que los promotores africanos tienen tendencia a olvidar. Según R. Masse, cada grupo social está constituido (de forma paralela a un conocimiento y a un sistema de cuidados y de interpretaciones de la enfermedad basados en la ciencia o en la tradición) de uno o más sistemas de atención y de interpretación de la enfermedad basados en el saber popular. En consecuencia, deben construirse puentes culturales entre la ciencia médica moderna y los conocimientos endógenos africanos, tanto en lo que respecta a la necesidad de los servicios preventivos como en la determinación del contenido de los programas de educación para la salud (1995: 13).

4. A modo de conclusión

En África, los avatares de la comunicación para la salud se deben al hecho de que las acciones de información se lleven a cabo con frecuencia sin un plan de desarrollo organizacional. Para que los programas de comunicación para la salud puedan favorecer los cambios positivos del comportamiento, tanto en los medios urbanos como en los rurales, es totalmente indispensable una rigurosa metodología.

Un cambio de comportamiento duradero es difícil de obtener en las comunidades africanas. La concienciación y el intercambio de información son los objetivos más fáciles de alcanzar, pero esto no constituye más que la fase inicial de un largo proceso de cambio comportamental. Hay que tener presente la necesidad de conciliar modernidad y culturas ancestrales. Basándose en el carácter evolutivo de la sociedad, Cheik Anta DIOP afirma que «quien dice integración de nuevos elementos supone un medio integrador; como lo es la sociedad que se basa en un pasado, no en su parte muerta sino en la parte viva y fuerte de un pasado lo suficientemente estudiado como para que todo un pueblo se identifique con él» (1995: 11).

En materia de educación para la salud, la investigación permite considerar el punto de vista de las poblaciones y facilitar nuevas ideas para las decisiones

apropiadas. Las encuestas, las entrevistas exhaustivas, las observaciones de comportamientos y los debates de grupo son métodos de investigación que pueden favorecer la planificación de la comunicación para la salud.

Referencias

- BOUGAÏRE, D. (2004): *L'approche communicative des campagnes de sensibilisation en santé publique au Burkina Faso: le cas de la planification familiale, du SIDA et de l'excision*. Tesis de doctorado, Universidad de Gröningen.
- BREE, J. (1993): *Les enfants, la consommation et le marketing*. París, PUF.
- DIOP, C.A. (1995): *Nation nègre et culture*. París, Présence Africaine.
- GUMUCIO, A. (2000): *Ondes de choc. Histoire de la communi-*

cation participative pour le changement social. Nueva York, Fondation Rockefeller; 10.

BREE, J. (1993): *Les enfants, la consommation et le marketing*. PUF, París.

LAFLIN M. (1987): «Radio locale: questions ardues», en *Development Communication Report*, 58. Estados Unidos.

LIBAERT, T. (2001): *La communication de proximité*. París, Liaisons.

MASSE, R. (1995): *Culture et santé publique*. Montreal/París/ Casablanca, Gaétan Morin.

PIETTE, J. (1996): *Education aux médias et fonction critique*. París. L'Harmattan.

RINN, M. (2002): *Les discours sociaux contre le Sida, rhétorique de la communication publique*. Bruselas, Deboeck Université.

VARIOS (1999): *Guide de formation à la communication pour la santé*. Dakar, Imprimerie Saint Paul.

Reflexiones
desde el butacón

