

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO

CARRERA:
COMUNICACIÓN SOCIAL.

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:
LICENCIADO EN COMUNICACIÓN SOCIAL

TEMA:
REVISTA ESPECIALIZADA EN BUENAS PRÁCTICAS DE SALUD PREVENTIVA
PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA

AUTOR:
DAYAN PATRICIO CORONADO HERRERA

DIRECTOR:
MIGUEL ÁNGEL SOTO SANDOVAL

Quito, agosto 2015

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO 1. Una mirada general de la comunicación ¡Error! Marcador no definido.	
1.1.La Comunicación y sus escuelas	¡Error! Marcador no definido.
1.2. Escuela de Chicago.....	¡Error! Marcador no definido.
1.3. Escuela de Frankfurt.....	¡Error! Marcador no definido.
1.4. Escuela Latinoamericana.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO 2. Comunicación para el desarrollo, abriendo el debate sobre otras realidades	¡Error! Marcador no definido.
2.1. Crítica a la construcción tradicional de comunicación¡Error! Marcador no definido.	
2.2. Comunicación horizontal para visibilizar realidades..	¡Error! Marcador no definido.
2.3. Comunicación para el Desarrollo	¡Error! Marcador no definido.
2.3.1.- Comunicación Desarrollo en el Ecuador.....	¡Error! Marcador no definido.
2.4. Comunicación y Salud.....	¡Error! Marcador no definido.
2.4.1. Relación entre Comunicación y Salud.....	¡Error! Marcador no definido.
2.4.2. Comunicación Participativa en Salud.....	¡Error! Marcador no definido.
2.4.3. Comunicación para el cambio de comportamientos	¡Error! Marcador no definido.
2.4.4. Teoría de la Acción razonada	¡Error! Marcador no definido.
2.5. Medios de Comunicación Alternativa y Micromedios¡Error! Marcador no definido.	
CAPÍTULO 3. La comunicación para la salud	¡Error! Marcador no definido.5
3.1. Principales características y aportes a la sociedad....	¡Error! Marcador no definido.5
3.2.- Elementos de la Comunicación para la Salud	¡Error! Marcador no definido.7
3.3. Comunicación para la Salud y Grupos de Atención Prioritaria..	¡Error! Marcador no definido.8
3.4.- Comunicación para la Salud en América Latina y Ecuador	¡Error! Marcador no definido.1
3.5.- Principales Políticas que el Estado ecuatoriano debe impulsar.	¡Error! Marcador no definido.3
3.6.- Salud y Medios de Comunicación Alternativa o Micromedios	¡Error! Marcador no definido.6
CAPÍTULO 4. La construcción colectiva del término discapacidad ¡Error! Marcador no definido.38	
4.1.- Discapacidad	¡Error! Marcador no definido.38
4.2.- Estigmatización	¡Error! Marcador no definido.39
4.3.- Inclusión social de la discapacidad	¡Error! Marcador no definido.2

4.4. Comunicación como discurso para visibilizar realidades.....	¡Error! Marcador no definido.5
4.5.- Relacionamiento efectivo.....	¡Error! Marcador no definido.7
4.6.- Comunicación para el desarrollo y discapacidad ..	¡Error! Marcador no definido.48
CAPÍTULO 5. Discapacidad y salud, un reto de todos;	¡Error! Marcador no definido.0
5.1. Buenas prácticas de salud para personas con discapacidad.....	¡Error! Marcador no definido.0
5.2. Comunicación para la salud.....	¡Error! Marcador no definido.3
5.3.- Comunicación para el Cambio Social	¡Error! Marcador no definido.6
5.4. Medicina preventiva y Buen Vivir	¡Error! Marcador no definido.7
5.5.- Comunicación como herramienta para mejorar la salud de las personas con discapacidad.....	¡Error! Marcador no definido.2
CAPÍTULO 6. Metodología sugerida para tratar la discapacidad;	¡Error! Marcador no definido.4
6.1. Metodología.....	¡Error! Marcador no definido.4
6.2. Preproducción	¡Error! Marcador no definido.5
6.2.1. Desarrollo de la revista	¡Error! Marcador no definido.6
6.3. Producción	¡Error! Marcador no definido.7
6.4. Postproducción	¡Error! Marcador no definido.7
CONCLUSIONES	¡Error! Marcador no definido.69
RECOMENDACIONES	¡Error! Marcador no definido.0
LISTA DE REFERENCIAS	¡Error! Marcador no definido.1
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.4

ÍNDICE DE TABLAS

Gráfica 1: Elementos de la Comunicación para la salud	8
Gráfica 2. Promoción de la salud en la discapacidad .	29
Gráfica 3: Funciones de la estigmatización	1
Tabla 4: Pilares de la política pública sobre discapacidad	3
Tabla 5: Comunicación positiva en la discapacidad.....	6
Tabla 6: Puntos a resaltar sobre la salud y discapacidad	2
Tabla 7: Componentes de la política pública del Buen Vivir	58
Tabla 8. Programas y servicios para personas con discapacidad.....	0

**DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN DEL USO DE
TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo, autorizo a la Universidad Politécnica Salesiana la publicación total o parcial de este trabajo de titulación y su reproducción sin fines de lucro.

Además, declaro que los conceptos, análisis desarrollados y las conclusiones del presente trabajo son de exclusiva responsabilidad del autor.

Quito, agosto del 2015

Dayan Coronado

1720795333

DEDICATORIA

A Dios, por bendecirme en cada aspecto de mi vida en especial en este proceso de culminación de mis estudios.

A mis padres, Rómulo y Rita por estar a cada paso de mi vida apoyándome con sus consejos aportando con su sabiduría a lo largo de mi existencia.

A mi hermana Ivonne y mi sobria Isabel, por ser parte esencial de mi vida con su apoyo en cada momento.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a los docentes que en el transcurso de la Carrera de Comunicación Social, con sus enseñanzas enriquecieron mis conocimientos e inculcaron que el comunicador social tiene como pasión la verdad de los hechos.

Y de forma especial agradecer a mi tutor Miguel Ángel Soto quien supo guiar mi trabajo de titulación.

Dayan Coronado

RESUMEN

La discapacidad física es una condición que motiva a tener mayor control sobre la salud de las personas afectadas. Esta nueva forma de funcionar del cuerpo humano provoca que las tareas cotidianas sean realizadas de una manera distinta, lo que conduce a que ciertos músculos, articulaciones, huesos, busquen su propia forma de adaptarse al nuevo accionar.

Se realiza un abordaje teórico de las principales corrientes del pensamiento desde las distintas escuelas de la comunicación, desde los conceptos básicos de comunicación hasta llegar a los preceptos de la Escuela de Chicago, comunicación basada en la interculturalidad.

Desde la Teoría Crítica a la construcción tradicional de comunicación, donde se realiza un análisis de la comunicación y su evolución, desde los símbolos, códigos, fonemas, estructuración del lenguaje, hasta emitir conceptos teóricos que influyen en el desenvolvimiento de las sociedades.

En el ámbito de la comunicación, así como en el de la salud se hace una aproximación al concepto de salud entendido como el proceso vital en los países que buscan desarrollo y estabilidad económica, donde la comunicación para la salud debe ser considerada como el acto a través del cual el individuo debe crear conciencia de la importancia de preservar su integridad física.

Es por esto que es necesario desarrollar una revista especializada en buenas prácticas, que profundice en las razones por las que una discapacidad, en este caso física, repercute en el estado de salud y obliga a abordar sus cuidados con especial profesionalidad y cercanía.

ABSTRACT

Physical disability is a condition that motivates more control over the health of those affected. This new way of functioning of the human body causes daily tasks are performed in a different way, which leads to certain muscles, joints, bones, find your own way to adapt to the new drive.

Communication and Schools conducted a theoretical approach of the mainstream of thought, from the basics of communication up to the precepts of the Chicago School, based on intercultural communication.

Since the criticism of the traditional construction of communication where an analysis of the communication and the stage is made from symbols, codes, phonics, language structure, to issue theoretical concepts that influence the development of societies.

In Health Communication and an approach to the concept of health, vital process in countries seeking development process and economic stability, which the Health Communication should be considered the act by which the individual must raise awareness becomes of the importance of preserving their physical integrity.

This is why it is necessary to develop a good practice specializing in magazine, which explores the reasons why a disabled, in this case physical, affects the health and requires special care to address their professionalism and closeness.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de tesis denominado: Revista especializada en buenas prácticas de salud preventiva para las personas con discapacidad física tuvo como premisa fundamental ser un espacio alternativo en materia de comunicación en salud, en el cual se hace una profunda investigación de acercamiento a la realidad y propone un lenguaje inclusivo, desde la mirada de las teorías de la comunicación, políticas públicas, inclusión social y abordaje con especialistas en el tema de discapacidades. El resultado final es una revista especializada, donde plasma a través de reportajes y consejos, el trabajo inclusivo con las personas con discapacidad.

En el primer capítulo, sobre la Comunicación y sus escuelas realizamos un abordaje teórico de las principales corrientes del pensamiento, desde los conceptos básicos de comunicación hasta llegar a los preceptos de la Escuela de Chicago, comunicación basada en la interculturalidad, donde se rescatan los aportes de Paul Lazarsfeld, Kurt Lewin, Charles Cooley. La Escuela de Frankfurt, sobre la Industria Cultural de Max Horkheimer, Friedrich Pollock y finalmente la Escuela Latinoamericana de la Comunicación, con Rosa María Alfaro, Luis Ramiro Beltrán, Daniel Prieto Castillo, Néstor García Canclini y Jesús Martín Barbero.

En el segundo capítulo se realiza una crítica a la construcción tradicional de comunicación donde se hace un análisis de la comunicación y su evolución, desde los símbolos, códigos, fonemas, estructuración del lenguaje, hasta emitir conceptos teóricos que influyen en el desenvolvimiento de las sociedades, fundamentadas en el pensamiento y construcción de teorías con fuerte influencia eurocéntrica, de América del Norte y Latinoamericana.

En el tercer capítulo referente a la Comunicación y salud se hace una aproximación al concepto de salud, entendido como un proceso vital en los países que buscan un desarrollo y estabilidad económica, donde la Comunicación para la salud debe ser considerada el acto por el cual el individuo debe crear conciencia de la importancia de preservar su integridad física y de los principales esfuerzos que realiza el Estado por atender a los grupos de atención prioritaria.

El cuarto capítulo que trata sobre la Construcción del término discapacidad el origen de una discapacidad suele ser algún trastorno en las facultades físicas o mentales, asimismo se presenta el estigma es una condición que se le asigna de forma invisible o subjetiva, que vuelve a una persona diferente a las demás discapacidad física, se puede expresar que no es necesariamente un atributo desacreditador. El atributo que en apariencia identifica a una persona como discapacitada lo que hace en realidad es confirmar la normalidad de otras personas.

El quinto capítulo sobre las Buenas prácticas de salud para personas con discapacidad se refiere a la salud como derecho fundamental de toda persona, adquiere una connotación especial cuando esa persona tiene una discapacidad. El presente trabajo de investigación profundiza en las razones por las que una discapacidad, en este caso física, repercute en el estado de salud y obliga a abordar sus cuidados con especial profesionalidad y cercanía.

CAPÍTULO 1.

UNA MIRADA GENERAL DE LA COMUNICACIÓN

1.1. La Comunicación y sus escuelas

El ser humano por su evolución a través de la historia ha presentado la necesidad de comunicarse. En este proceso de comunicación el individuo se adaptó a su entorno, actividad inherente a la naturaleza humana que implica una constante interacción y la puesta en común de mensajes significativos, a través de diversos canales y medios para influir en el comportamiento y desarrollo de los sistemas sociales. En este sentido, la comunicación es un proceso humano de interacción de lenguajes, códigos y símbolos, es un proceso sociocultural.

El concepto más significativo de comunicación es que establece Harold Laswell, quien plantea que la estructura del proceso de comunicación se basa a quién, el qué se dice, en cual canal se emite el mensaje, a quién se dirige y con qué efecto (Matellart, 1995).

“La transmisión de información, ideas, emociones, destrezas, etc. por el uso de símbolos-palabras, cuadros, cifras, gráficos, etc., es el acto o proceso de la transmisión de lo que generalmente se llama comunicación”. (Steiner, 2014)

Luis Ramiro Beltrán plantea un concepto de comunicación que se basa en el respeto por los criterios de los individuos, con la finalidad de satisfacer la necesidad de comunicarse. “La comunicación es el proceso de interacción social democrática que se basa sobre el intercambio de símbolos por los cuales los seres humanos comparten voluntariamente sus experiencias bajo condiciones de acceso libre e igualitario, diálogo y participación”. (Beltrán L. 2014, pág. 17).

La comunicación, conforme se van transformando las sociedades y con el aporte de la teoría y la tecnología, va cambiando de paradigmas, propuestas y representantes. A continuación se exponen tres escuelas de la comunicación, consideradas referentes para el diseño de esta propuesta comunicacional.

1.2. Escuela de Chicago

Según, Armand Mattelart, la Escuela de Chicago realiza sus aportes a la comunicación basada en la interculturalidad, en los asentamientos sociales fundamentados en la industrialización y en la integración de los inmigrantes en la sociedad norteamericana.

Asimismo, destacaron la importancia de los medios de comunicación en la sociedad y la interacción social. Los investigadores de la Escuela de Chicago no se limitaban al modelo de comunicación: emisor, mensaje, receptor, sino que veían la comunicación como un proceso simbólico.

“El campo de observación privilegiado por la escuela de Chicago es la ciudad como laboratorio social, con sus signos de desorganización, marginalidad, aculturación, asimilación; la ciudad como un lugar de movilidad”. (Mattelart, 1995, pág. 24)

Este mismo autor indica que las líneas teóricas de esta escuela surgen en el año de 1930 con la figura de Robert Park, quien utilizó su formación como periodista para aportar conceptos cercanos a las situaciones concretas que ayudaron a forjar instrumentos para el análisis de actitudes, de los comportamientos.

Asimismo, Mattelart afirma que en los estudios que realizaron en La Escuela de Chicago convergieron en microobservaciones de espacios sociales, las experiencias de un individuo de la sociedad en su vida cotidiana, como se expresa y como interactúa socialmente. Esta investigación se basó en el pragmatismo que se fundamenta en una base significativa del pensamiento. El pragmatismo sostiene que nuestro comportamiento y las cosas que hacemos diariamente son el resultado de lo que pensamos.

Pierce utiliza el pragmatismo como un método de clarificación conceptual para asentar las bases de una teoría de signos o semiótica. El método pragmatista de empirismo radical es hostil a las abstracciones. Su desconfianza hacia las verdades universales lo impulsa a dar preferencia a una visión concreta de las cosas. (Mattelart, 1995, pág. 26)

Los investigadores de la escuela de Chicago trabajaron en la propuesta de Ecología Humana, a la cual definieron como la ciencia de las relaciones de organismos con el entorno; la lucha por el espacio, es la que rige las relaciones interindividuales.

Los autores de esta Escuela rompieron este esquema y realizaron aportes fundamentados en la influencia de los medios de comunicación en la sociedad, como la persuasión de masas, el entretenimiento, opinión pública, entre otros.

A partir de los aportes de Paul Lazarsfeld, Kurt Lewin, Charles Cooley empezaron los estudios a fondo sobre los efectos de los medios de comunicación en la mentalidad de la sociedad, quienes a través de imágenes o mensajes, podrían cambiar el estado de ánimo, basado en un aparato cultural centralizado.

1.3. Escuela de Frankfurt

Esta escuela del pensamiento tuvo su origen en el Instituto de Investigaciones Sociales fundado en 1923, conformado por algunos investigadores como Max Horkheimer y Friedrich Pollock con una tendencia de orientación profundamente marxista. A raíz de la Segunda Guerra Mundial y del ascenso de Adolfo Hitler al poder de Alemania, los miembros de esta escuela decidieron instalarse en Estados Unidos, donde miembros denominados como de la ‘Segunda Generación’ postularon los preceptos de la Industria cultural.

En sus inicios, los pensadores de la escuela de Frankfurt tuvieron una orientación marxista enmarcado en el desarrollo de teorías relacionados con los problemas sociales y la desigualdad de clases.

El método marxista de interpretación de la historia se ve modificado por instrumentos tomados de la filosofía de la cultura, de la ética, de la psicología y de la psicología de las profundidades. El proyecto consiste en unir a Marx y a Freud (Matellart, 1995, pág. 52).

Uno de los objetivos que se plantearon fue reflexionar en torno al fenómeno del progreso humano y al hecho de que la sociedad industrial convirtió al ser humano en un ser oprimido y manipulado por los sistemas burocráticos del capitalismo.

Para Mattelart, A mediados de los años 40, esta escuela de pensamiento centra sus estudios en la Industria Cultural, o la 'Cultura de masas', donde llegaron a la conclusión que la cultura es manipulada, opuesta a la verdad, donde expresaron que los medios de comunicación era la fuente de represión del poder.

“A través de un modo industrial de producción se obtiene una cultura de masas hecha con una serie de objetos que llevan claramente la huella de la industria cultural: serialización, estandarización y división del trabajo”. (Mattelart, 1995, pág. 54)

En el texto Historia de las teorías de la comunicación, Mattelart afirma que a partir de esto, Jürgen Habermas, pensador alemán de la segunda generación, produce un cambio en la reflexión teórica y replantea el problema de la comunicación, no desde la perspectiva de la técnica, sino desde una teoría del lenguaje que de sentido epistemológico y ético a la teoría social crítica de los fundadores.

En este mismo textos se afirma que los aportes significativos de la escuela de Frankfurt a la comunicación se reflejan en las propuestas de métodos de investigación aplicados a las ciencias sociales, discusión sobre los medios de comunicación concebidos como industrias culturales; la introducción de la importancia del lenguaje en la acción comunicativa, trasladando el interés hacia una dimensión humana de la comunicación y restando importancia al papel de los medios como espacios para la persuasión.

1.4. Escuela Latinoamericana

La escuela Latinoamericana tiene su punto de origen en Argentina y Brasil a partir de 1960. El génesis de esta teoría de pensamiento se centra en el papel que juegan los medios de comunicación en la sociedad latinoamericana, el desarrollo de los pueblos y comunidades de la región, los proceso de inserción cultural y el fomento de la cultura popular, comunicación desarrollo y alternativa; donde sobresale una relación de reciprocidad entre el emisor y el receptor siendo importante el dialogo, la participación y el acceso a los medios de comunicación alternativos, los micromedios.

Los pensadores de la escuela Latinoamericana más representativos son Luis Ramiro Beltrán, Daniel Prieto Castillo, Néstor García Canclini, Jesús Martín Barbero, Rosa María Alfaro, quienes desde su experiencia en trabajos de comunicación plasmaron una propuesta alternativa, como es la comunicación para el desarrollo.

El Desarrollo es un pensamiento vinculado a las actividades del individuo donde se interponen aspectos sociales, económicos, culturales, como un eje y un camino que permita la construcción de relaciones sociales.

La comunicación se encuentra ligada al desarrollo entendido como una acción orientada a la transformación integral de la sociedad de allí que la comunicación para el desarrollo debe articular los avances teóricos con las experiencias particulares y promover el fortalecimiento de las identidades locales (MADRID D. , 2010, pág. 87).

La comunicación Latinoamericana nace de una fuerte inspiración entre la relación entre los medios de comunicación y la sociedad, ya que los consideran aparatos sumamente eficaces y absolutos, dominadores ideológicos, generadores de cultura y consumismo.

Ante esto, Luis Ramiro Beltrán (1998, 12) define a la comunicación como “el acto o proceso de intercambio de sentidos y símbolos entre individuos en condiciones libres y con interés de generar equidad, democracia y participación”. En este precepto, la Comunicación Latinoamericana, presenta acepciones en tres conceptos con respecto a la relación entre comunicación social y desarrollo nacional: ‘Comunicación de desarrollo’;

‘Comunicación de apoyo al desarrollo’ y ‘Comunicación alternativa para el desarrollo democrático’.

Beltrán (1998, 12) propone que la Comunicación de desarrollo plantea la noción de que los medios masivos tienen la responsabilidad de crear una atmósfera pública favorable al cambio. La comunicación de apoyo al desarrollo plantea que la comunicación planificada y organizada, es un instrumento clave para el logro de las metas prácticas de instituciones y proyectos de instituciones que propician el desarrollo.

La Comunicación alternativa para el desarrollo democrático tiene en cuenta que al expandir y equilibrar el acceso y la participación de la gente en el proceso de comunicación, tanto a nivel de los medios masivos como el de las relaciones interpersonales de base, el desarrollo debe asegurar, la justicia, la libertad y el gobierno de la mayoría, debe contribuir al fortalecimiento del sistema democrático representativo.

CAPÍTULO 2.

COMUNICACIÓN PARA EL DESARROLLO, ABRIENDO EL DEBATE SOBRE OTRAS REALIDADES

2.1. Crítica a la construcción tradicional de comunicación

La necesidad del ser humano por expresar sus ideas mediante un código de entendimiento mutuo está presente en toda la cadena evolutiva, pasando desde los primeros jeroglíficos, pinturas rupestres en las cavernas, intentos de lenguajes arcaicos fueron los indicios de expresiones orales y escritas en comunicación.

La comunicación presentó un avance constante en la forma de exponer los símbolos, códigos, fonemas, estructuración del lenguaje, hasta emitir conceptos teóricos que influyen en el desenvolvimiento de las sociedades, fundamentadas en el pensamiento y construcción de teorías con fuerte influencia eurocéntrica y de América del Norte, quienes por sus estudios interdisciplinarios establecieron la teoría de la comunicación.

Aristóteles abordó de manera sistemática la conceptualización de la práctica de comunicación en el libro *La Retórica*, donde fundamenta su propuesta en tres ejes: “La persona que habla (Quién), el discurso que pronuncia (dice Qué), la persona que escucha (a Quién)” (Cisneros, 2001, pág. 54), es decir, se aplican todos los medios posibles de persuasión, el fin intrínseco de la comunicación.

A partir de esta interpretación del planteamiento de Aristóteles, en Estados Unidos se empezaron a desarrollar los primeros acercamientos sobre el fenómeno de la comunicación. Uno de los pioneros fue Harold Laswell, quien modificó el modelo aristotélico e incorporó dos elementos: las intenciones con las que se emite el mensaje y las condiciones en que se recibe.

Las teorías de la comunicación, además de asumir el concepto de persuasión, no refieren exclusivamente al proceso de comunicación como fenómeno general que desarrolla en todo tipo de relación entre los hombres, sino que se concentran su atención en el auge de los medios de comunicación.

Es aquí que surgen corrientes de enfoque Funcionalista como la Teoría de la Sociedad de Masas, influenciadas por los medios de comunicación; el análisis funcional dividido en: la supervisión del entorno, la correlación de las distintas partes de la sociedad, la transmisión de la herencia social y el entretenimiento.

Desde un enfoque crítico, se considera que las masas son susceptibles de ser influenciadas por los medios de comunicación. El imperialismo cultural, que analiza los desequilibrios y desigualdades en los flujos internacionales de mensajes; los Estudios Culturales se encargan de ubicar en contexto la práctica y su cultura desde la lucha de clases y los grupos sociales para lograr una hegemonía, pasando posteriormente por la teoría de Acción Comunicativa de Jürgen Habermas, que se la entiende a través del entendimiento del mensaje.

“En la acción comunicativa se logra un saber común, y se reconocen pretensiones de validez susceptibles de crítica. La acción comunicativa no implica un pensamiento homogéneo por supuesto, sino que las convicciones compartidas vinculan a los participantes en términos de reciprocidad”. (Cisneros, 2001, pág. 54).

Estos aportes teóricos colocan sobre el escritorio que los medios de comunicación y el mensaje que emiten obedecen a líneas de poder o de mercado, donde a través de mensajes influyentes intentan cambiar el pensamiento o mentalidad del receptor. Luis Ramiro Beltrán expone un resumen concreto sobre el concepto tradicional de comunicación. (2007, pág. 5)

En resumen, la definición tradicional de comunicación es aquella que la describe como el acto o proceso de transmisión de mensajes de fuentes a receptores a través del intercambio de símbolos (pertenecientes a códigos compartidos por ellos) por medio de canales transportadores de señales. En este paradigma clásico, el propósito principal de la comunicación es el intento del comunicador de afectar en una dirección dada el comportamiento del receptor; es decir, producir ciertos efectos sobre la manera de sentir, pensar y actuar del que recibe la comunicación o, en una palabra, persuasión. La retroalimentación se considera instrumental para asegurar el logro de los objetivos del comunicador.

En este sentido, el proceso de comunicación ha sido visto desde una forma jerárquica, donde no se altera el orden establecido y los dueños de la información y del poder continúan ejerciendo el dominio sobre la sociedad.

Este tipo de comunicación vertical, en términos de Paulo Freire, la compara con la Educación Vertical Bancaria, donde el educador deposita en el alumno unos conocimientos sin dejarse criticar, de esta manera minimiza del todo al educando dejándolo como absoluto ignorante, e impidiéndole la relación libre en la educación.

Paulo Freire (2005), en su libro la Pedagogía del Oprimido, exhorta a crecimiento de la educación horizontal, cuyo principal objetivo no es otro sino la auténtica comunicación dialógica entre los hombres, que les permite el encuentro, la liberación, la revolución, y el vivir bajo valores educativos, donde prevalece la humildad para recibir lo que viene por parte del otro y para corregir nuestras equivocaciones, el respeto a sí mismos y hacia los demás, relación que queda oportuna con la Comunicación horizontal.

2.2. Comunicación horizontal para visibilizar realidades

La comunicación horizontal nace de la necesidad de dar viva voz a las personas, de romper un paradigma en el cual la sociedad no tenía el poder de decisión o de dar a conocer sus pensamientos sobre la realidad, sobre los acontecimientos o la coyuntura del sistema política, manipulado y estructurado por el poder de los medios de comunicación de masas.

Una de las premisas fundamentales de la Comunicación Horizontal es el fuerte afecto que tiene el diálogo, el acceso y la participación entre los individuos que componen el proceso de comunicación, para deconstruir ese sistema escolástico de verticalidad, donde el emisor del mensaje era considerado el dueño de la verdad, mientras que los receptores eran los acumuladores de información, sin ninguna posibilidad de intercambio de ideas.

Este proceso de concientización lo estructuró Paulo Freire, a modo de símil, en el libro Extensión o Comunicación, donde hace relación entre el poder, los campesinos y el

educando. Este tipo de relaciones estructurales; rígidas y verticales, no hay lugar para el diálogo.

Para esto propone una salida contrapone a los modelos verticales y unidireccionales y en la reciprocidad reclamada a la comunicación, varios teóricos latinoamericanos lograron marcar la diferencia frente al modelo clásico de emisor-mensaje-receptor y por el contrario, dejar claro que la comunicación no solamente requiere de interlocutores sino de la comunicación en doble vía, el diálogo.

“Lo que se pretende, con el diálogo, es la problematización del propio conocimiento, en su indiscutible relación con la realidad concreta, en la cual se genera y sobre la cual incide, para mejor comprenderla, explicarla, transformarla”. (Freire, 1991, pág. 57)

Para Luis Ramiro Beltrán, la comunicación es “un proceso de interacción social democrática que se basa en el intercambio de símbolos por los cuales los seres humanos comparten voluntariamente sus experiencias bajo condiciones de acceso libre e igualitario, diálogo y participativo”. (2007, pág. 21)

En este sentido, el pensador boliviano planteó los lineamientos para la formulación de un “Modelo de Comunicación Horizontal centrado en el acceso, diálogo y la participación entendido como factores interdependientes”. (Beltrán L. R., 2007, pág. 21)

La Comunicación horizontal hace posible el diálogo de las heterogeneidades personales, sociales y culturales, donde se logran construir relaciones de cercanía, goce, confianza, lo que dio paso a una serie de corrientes del pensamiento desde Latinoamérica, como la Comunicación para el Desarrollo.

2.3. Comunicación para el Desarrollo

La evolución del pensamiento y la investigación sobre comunicación en América Latina permite situar adecuadamente el contexto teórico en el cual habita la Comunicación para el Desarrollo.

La investigación norteamericana en el campo de la comunicación presidida especialmente por los estudios de Lazarsfeld a partir de dos ejes predominantes: los efectos de los medios y el análisis de contenido de los mensajes de los medios. Esta teoría es la precursora de los estudios sobre el desarrollo desde la perspectiva de la comunicación.

Los primeros estudios de comunicación en América Latina son herederos de la investigación norteamericana. La década de los 60's, son el punto de inicio de mirada crítica al modelo de desarrollo socioeconómico de la cual derivó un cuestionamiento a las estructuras y modelos de comunicación dominantes en Latinoamérica; además del debate internacional sobre los desequilibrios en el sistema informativo internacional y la tesis a favor de un Nuevo Orden Mundial de la Información y la Comunicación.

Según el proyecto ordenador norteamericano después de la Segunda Guerra Mundial, se inaugura una utopía modernizadora que equipara nación moderna con nación desarrollada. “El desarrollo es entendido como un proceso de extensión de modernas tácticas, capacidades y organización social, irradiado desde las sociedades industrializadas hacia los centros urbanos en los países periféricos, y desde estas áreas a las atrasadas zonas rurales”. (Contreras, 2000, pág. 20)

Los primeros programas institucionales que utilizaron la comunicación con el fin de introducir transformaciones, esencialmente económicas, nacieron a finales de los años cuarenta, en el concierto de la reconstrucción del mundo después de la Segunda Guerra Mundial, por iniciativa de los primeros organismos de cooperación, empresas y fundaciones privadas como son la USAID, UNESCO, FAO, UNICEF, entre otros.

Al tiempo que desde finales de los cuarenta se extendían por el mundo los primeros programas de desarrollo, en Latinoamérica surgió una forma radicalmente diferente de entender la comunicación para el desarrollo. El germen de esta nueva perspectiva provino de una extensa variedad de experiencias populares (indígenas, feministas, campesinas, urbanas, etc.) dispersas por todo el continente, que comenzaron a emplear la comunicación a fin de promover la autonomía y el empoderamiento de grupos en situación de dependencia. Así, de forma espontánea, autodidacta y con mayor o menor creatividad. (Barranquero, 2010, pág. 12)

El programa proporcionaba a los gobiernos, incluyendo desde luego a los de Latinoamérica, apoyo para ampliación y mejoramiento de infraestructura de caminos, vivienda, electricidad, agua potable y alcantarillado. Por otra parte, estableció con dichos gobiernos servicios cooperativos de agricultura, salud y educación a partir del inicio de la década de 1950.

Esta acción pro desarrollo en estos campos requería provocar por persuasión educativa cambios de conducta tanto en funcionarios como en beneficiarios, incluyó en cada uno de esos servicios sociales una unidad dedicada a la información de apuntalamiento a los fines del respectivo sector.

Esta medida llegaría a constituir una de las raíces mayores de la actividad que sólo varios años después iría a conocerse como Comunicación para el Desarrollo. Para Rosa María Alfaro, en el libro *Una Comunicación para otro Desarrollo*, la comunicación está ligada al desarrollo, no sólo como aporte auxiliar y metodológico del mismo, sino como objeto mismo de transformación de la sociedad y de los sujetos que la componen.

“El desarrollo debe unir y complementar eficacia con democracia, organización de participación, mejorando la calidad de vida, el acceso digno a los bienes y el empleo, con lo cual el desarrollo se asocia a la búsqueda de explícita y graduada justicia inmediata”. (Alfaro, *Una Comunicación para otro Desarrollo*, 1993, pág. 13)

Juan Díaz Bordenave, comunicólogo paraguayo, planteó formular un “modo de desarrollo diferente del emanado del capitalismo liberal y del comunismo estatal y proponer a nuestros pueblos un socialismo democrático de bases comunitarias, autogestionarias y participativas.

“La Comunicación para el Desarrollo es una disciplina que busca cambios en la sociedad, intenta unificar el mundo individual y subjetivo con el colectivo social; se alinea con un progreso y mejoramiento social, tanto técnico como ético, entiende el mundo en que se encuentra y se adapta a él por la necesidad urgente de un proceso de crecimiento” (Alfaro, 1993, pág. 25)

Adalid Contreras, plantea en el Libro *Imágenes e Imaginarios de la Comunicación Desarrollo* (Contreras, 2000, pág. 20), expone la clasificación de las experiencias de la comunicación relacionadas con el desarrollo bajo tres posibilidades:

Comunicación de Desarrollo, es la creación, gracias a la influencia de los medios de comunicación masiva, de una atmósfera pública favorable al cambio que se considera indispensable para lograr la modernización de sociedades tradicionales mediante el adelanto tecnológico, el crecimiento económico y el progreso material.

Comunicación de apoyo al Desarrollo, funcional e instrumentalizada a las acciones de cambio en campos tan diversos como la salud, la educación, el medio ambiente, la producción, la organización social, las situaciones de desastre, entre otros.

Comunicación Alternativa para el Desarrollo, tendencia en donde la comunicación se hace objeto y sujeto de los cambios provocando la participación protagónica de la ciudadanía.

Comunicación Desarrollo o Comunicación con Desarrollo, concebido como proceso consiente diseñado y construido por los sujetos y se hace en función de un horizonte que se construye desde las culturas.

La Comunicación para el Desarrollo son dos esferas de la cotidianidad íntimamente relacionadas y cada vez que comunicamos introducimos innovaciones dentro del tramado social.

“La Comunicación para el Desarrollo es el saber aplicado que estudia el vínculo histórico, teórico y procedimental entre los procesos comunicativos y la mejora de las condiciones de vida humana. Se orienta al campo de diseño, ejecución y evaluación de estrategias de cambio social en el ámbito individual, social y medioambiental”. (Barranquero, 2010, pág. 12).

2.3.1.- Comunicación Desarrollo en el Ecuador

El concepto de Comunicación para el Desarrollo se ha instaurado en el pensamiento latinoamericano desde hace cinco décadas atrás, debido al resurgimiento de los ciudadanos por dar a conocer sus experiencias ante los gobiernos en los años de 1970 y 1980, en el cual Ecuador no estuvo exento de esta corriente ideológica.

Desde una perspectiva histórica, las Naciones Unidas han jugado un papel fundamental en materia de comunicación e información sobre el debate central de la Comunicación para el Desarrollo, el cual se acentúa la democracia. A partir de allí se aplicaron modelos de desarrollo orientados al crecimiento económico y la modernización de la sociedad.

En la década del 70, se constituyeron agrupaciones profesionales como la Asociación Latinoamericana de Escuelas Radiofónicas (ALER), que se sumó a la Federación Latinoamericana de Periodistas (FELAP); la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIIC) antecedida por el precursor Instituto de Investigación de la Comunicación (ININCO) en Venezuela.

Posteriormente en el Ecuador, principalmente en Quito se instauró el Centro Internacional de Estudios Superiores para América Latina (CIESPAL), el cual generó en la región el análisis crítico general de la investigación en comunicación en práctica en la región bajo modelos foráneos.

En general, las premisas, los objetos y los métodos de investigación propios de esos modelos fueron objetados por varias consideraciones de orden académico y político. Se procuró, con impulso inicial del dinámico e integrador.

Posteriormente se revalorizó el concepto de Comunicación Desarrollo encausándolo dentro del proyecto del Sumak Kawsay o del Buen Vivir, el cual dentro de la Constitución de la República del Ecuador elaborado en 2008, en el artículo 3 del Desarrollo Nacional: Planificar el Desarrollo nacional, erradicar la pobreza, promover el desarrollo sustentable y la redistribución equitativa de los recursos y la riqueza define al “desarrollo como la consecución del Buen Vivir para todos y todas”. (Bravo, 2011)

2.4. Comunicación y Salud

“Porque la salud lo es todo y sin la salud todo es nada”, dicho popular que se refiere a que este con la vitalidad del cuerpo, los seres humanos se encuentran en la capacidad de poder realizar cualquier actividad inherente a su diario vivir.

Dentro del campo de la comunicación, el concepto de la salud ocupa un puesto fundamental dentro de los proceso de inclusión social, aunque el campo no ha sido explorado a forma profunda por la complejidad de los términos que se manejan para explicar las patologías del cuerpo humano.

De acuerdo a un texto de la Organización Mundial de la Salud (Mosquera, Comunicación en Salud: Concepto, Teoría y Experiencias, 2002), “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 un elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y persona”.

Según Luis Ramiro Beltrán, el empleo sistemático de medios de comunicación individuales, de grupo, masivos y mixtos, así como tradicionales y modernos, así como los medios informativos y los multimedia, es una herramienta de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales que cumplan los objetivos de los programas de salud pública. Esta diseminación de información sobre salud entre la población, aumenta la concientización sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo.

“En un sentido general e ideal, la comunicación para la salud consiste de la aplicación, planificada y sistemática, de instrumentos de comunicación social al logro de comportamientos de la población compatibles con sus necesidades de bienestar y con las finalidades de servicio expresadas en políticas, estrategias y planes de salud pública”. (Beltrán L. R., 1998, pág. 35)

La educación también ha jugado un papel importante en la búsqueda de una definición de comunicación para la salud. En Latinoamérica la Comunicación para la salud sólo

logró posicionarse a principios de los años ochenta, después del establecimiento de la Educación Sanitaria.

El uso de los medios masivos, la tendencia a someter la producción de mensajes a un régimen de rigurosa programación, desde la investigación del público hasta la evaluación de los efectos de los mensajes en la conducta de este, y la facilidad de acceder a formatos participativos derivados de la comunicación democratizante, fueron los aspectos que caracterizaron a la comunicación para la salud como un aspecto de extrema importancia en la planeación de proyectos para la salud.

En este sentido, la comunicación en salud se concibe como un proceso estratégico para optimizar las acciones encaminadas a lograr una utilización racional de la oferta de servicios de salud, mejorar la eficiencia y efectividad de los programas dirigidos a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

“Las investigaciones han demostrado que 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”. (Mosquera, 2010)

Luis Ramiro Beltrán, plantea dos concepciones de la Comunicación para la Salud. En primera instancia es Vista como proceso social, mecanismo de intervención institucional para ejercer, a escala multitudinaria, influencia sociocultural que proporcione conocimientos, propicie actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública.

Vista como ejercicio profesional, la comunicación para la salud es el empleo sistemático de medios de comunicación, individuales, de grupo, masivos y mixtos, tanto tradicionales como modernos, como herramientas de apoyo al fomento de comportamientos colectivos funcionales al logro de los objetivos de los servicios de salud pública.

En este sentido, la comunicación debe orientarse a fortalecer procesos locales que promuevan cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en la población,

fortaleciendo la capacidad de individuos y comunidades de incidir efectivamente sobre las determinantes de la salud.

De esta forma, la comunicación va más allá de su utilidad instrumental, para constituirse en un proceso de carácter social que posibilita el reconocimiento, encuentro y diálogo de los diversos saberes, contribuyendo a consolidar la articulación entre los diferentes sectores sociales en torno a la salud, para generar procesos de cambio que mejoren las condiciones de bienestar de la población, es por esto que se derivan algunas teorías sobre la Comunicación para la Salud.

2.4.1. Relación entre Comunicación y Salud

La Comunicación es un dato constitutivo de la realidad de la sociedad, es un componente imprescindible el sentido de entender las prácticas históricas de la evolución de los seres humanos. En este sentido, es indudable la relación que existe entre Comunicación y Salud, pues se encuentra directamente relacionado en el escenario cultural y no en el escenario mediático.

Es decir, la Comunicación va más allá del sentido de vincularlo con los medios de comunicación, es transversal a toda la existencia de la humanidad. En este punto incide la cultura, que implica algún aprendizaje, porque es manipulación de la naturaleza, exige repetir lo aprendido o a su vez crear modos nuevos de hacer frente a las necesidades que surgen día a día, de organizarse a formas naturales o culturales ya existentes.

Se debe tomar en cuenta que la cultura es algo innato del hombre. Más allá del arte, La alteridad, comprendida como la preocupación por el otro, conocer al otro, es generada por la cultura.

La cultura es la aglomeración de todas las formas de expresión de la sociedad, en la cual están inmersos códigos, normas, rituales, rasgos, creencias, entre otras expresiones que el ser humano ha adoptado a lo largo de su proceso evolutivo.

“La cultura designa una mediación que permite a los sujetos sociales conocer y manejar su realidad, que les ofrece autoconciencia de sus relaciones mutuas, así como la forma

en que se distinguen y se relacionan lo subjetivo y lo objetivo, lo individual y lo social, lo interior y lo exterior” (Méndez, 2003, pág. 56).

La comunicación se propone como una perspectiva integral e integradora, que intenta articular saberes y miradas de los actores que participan en un proceso de salud. Estas iniciativas de comunicación apuntan a conocer los lenguajes, el modo de relacionarse y de vinculación, para trabajar las problemáticas de salud sin escisión posible del espacio de lo cotidiano, de la cultura local, como ámbito ineludible de la representación de los problemas.

La dimensión intercultural ubica a la salud en los procesos culturales. Es pensar la salud, la enfermedad y la atención desde una perspectiva relacional que recupera los procesos históricos y considera que todo campo sociocultural es heterogéneo.

Permite advertir que la comunicación en salud ocurre en el ámbito de las contradicciones, las disputas de sentido y las asimetrías en el acceso a los recursos, sean materiales o simbólicos.

En este caso es necesario realizar un abordaje de la relación comunicación y salud a partir de la incorporación de dimensiones como comunidad, interculturalidad y cultura popular, de la identidad. Respuesta que pondría a la discusión en el campo de lo ideológico y supondría un avance hacia la democratización de las relaciones sociales en el ámbito de la salud.

“La identidad es fragmentada pues cada identidad nos vincula con otros individuos que ocupan distintos espacios geográficos y sociales; y, es diferenciada ya que al sentirnos parte de un grupo determinado de personas, nos permite el reconocimiento de nuestras especificidades y nuestras diferencias con respecto a los otros” (Guerrero, 2002, pág. 70).

En el sentido de relación entre Comunicación y Salud, no se trata sólo de enviar información y difundir el mensaje que se quiere transmitir, sino de interactuar con los destinatarios, para construir sentidos colectivos y discursos que refieran a sus

necesidades y problemas percibidos, que se discutan y resignifiquen en sus espacios y ámbitos colectivos.

En el Ecuador existen programas de difusión en Salud impulsados tanto por empresas públicas y privadas, que abarcan temas relacionados con las discapacidades. Entre los más emblemáticos se encuentran el programa Manuela Espejo, que desarrolla la Vicepresidencia del Estado, o Arco Iris de Alegría, programa impulsado por el Consejo Nacional de Igualada de Discapacidades, el cual promueve el respeto a los derechos de las personas con discapacidad en el Ecuador, basado en la sensibilización de las discapacidades a través de la sensibilización en el arte.

2.4.2. Comunicación Participativa en Salud

El concepto de comunicación participativa parte del supuesto de que aquellos afectados por las decisiones, deben estar involucrados en la toma de estas. Es decir, la efectividad de los programas y las campañas de comunicación orientadas hacia el cambio de actitudes y comportamientos, depende de la participación activa de la comunidad afectada en la implementación de estrategias de prevención o promoción que a su vez tengan en cuenta la realidad social y cultural de la comunidad.

“El proceso de comunicación horizontal juega un papel esencial para posibilitar la participación de la comunidad de una manera igualitaria en la toma de decisiones que afectan sus vidas. Este proceso se basa en el diálogo, aunque se empleen distintos medios de comunicación, ya sean tradicionales o modernos”. (Mosquera, 2003, pág. 3)

Cuando son utilizados por la comunidad, los medios masivos de comunicación tienen la posibilidad de actuar como instrumentos efectivos en la transmisión de conocimiento que promueva cambios sociales y conlleve a la sostenibilidad de las iniciativas.

2.4.3. Comunicación para el cambio de comportamientos

Las concepciones que llevan a cambios conductuales o de comportamiento se abordan en el por qué los individuos se comportan de determinada manera en relación con su salud, con la utilización de la oferta de servicios de salud, adquisición de hábitos,

modificación de conocimientos, actitudes y, en última instancia, con los comportamientos saludables.

En esta parte se ubican etapas diferentes: precontemplación, contemplación, decisión/determinación, acción y mantenimiento. La valoración de las conductas de los personajes por la audiencia se hace de manera consciente y se produce a partir de una metodología de recompensas y castigos impuestos a estos durante el desarrollo de las historias. De esta manera, la audiencia se da cuenta de cuáles son los comportamientos pro-sociales y cuáles van en deterioro de su propia convivencia.

2.4.4. Teoría de la Acción razonada

La teoría de la Acción Razonada sostiene que el cambio de una conducta específica es determinado principalmente por la fuerza de las intenciones personales a desempeñar esa conducta. La intención de desempeñar una conducta específica es vista como una función de dos factores: la actitud personal hacia el desempeño de la conducta (los sentimientos positivos o negativos del sujeto, acerca del desempeño de la conducta) o las normas subjetivas del individuo acerca de la conducta (la percepción personal, que él o ella tienen de lo que piensan otras personas sobre las conductas que ellos deberían o no desempeñar).

Las actitudes son una función de las creencias conductuales (la creencia que desempeñar la conducta puede llevar a ciertos resultados) y sus procesos evaluativos (la evaluación de esos resultados). Las normas subjetivas son vistas como una función de las creencias normativas (las creencias que una población y/o individuo piensa que uno debe desempeñar o no, la conducta en cuestión); y las motivaciones para obedecer, es decir, hasta que punto un individuo quiere hacer lo que los pensamientos de referencia pretenden que él o ella haga. (Mosquera, 2003)

Las tres teorías mencionadas arriba, identificada un número limitado de variables que sirven como determinantes de un cambio específico en las conductas de salud, que a su vez presentan tres enfoques que varían dependiendo del grupo de personas con el cual se quiere trabajar. Enfoque sociocultural, donde las acciones varían según el lugar en el que se implementen y el grupo al que va dirigido, se deben tomar en cuenta las necesidades de acuerdo al contexto; enfoque de género, que toma en cuenta las

diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a necesidades y oportunidades; enfoque generacional en el cual se toman en cuenta las diferencias de edad, comunicación, educación.

2.5. Medios de Comunicación Alternativa y Micromedios

La Comunicación Alternativa la premisa principal es resurgimiento y proyección de los individuos, promoviendo la participación protagónica de la ciudadanía.

“Al expandir y equilibrar el acceso y la participación de la gente en el proceso de comunicación, tanto a niveles de medios masivos como a los interpersonales de base, el desarrollo debe asegurar, además de beneficios materiales, la justicia social, la libertad para todos, y el gobierno de la mayoría” (Contreras, 2000, pág. 20)

Uno de los ejes más importantes que definieron este acercamiento es la total identificación entre lo alternativo y la participación en la producción de los mismos, llegando inclusive a convertirse en un fetiche de la nueva y liberadora comunicación.

La experiencia más significativa y sostenida en el campo alternativo ha sido el uso de la radio popular, pasando de panfletos donde los ciudadanos redactaban el pensamiento popular hasta los programas en internet de radiodifusión, donde dan la participación protagónica y de viva voz a los ciudadanos.

Los Micromedios fueron la opción para dar a conocer y plasmar la idea que surgió en la Comunicación Alternativa. Nacieron desde una crítica epistemológica profunda al modelo comunicativo imperante tanto en la academia, como en los medios de comunicación convencionales o en organizaciones comprometidas con el desarrollo, como son agencias de cooperación, movimientos sociales, asociaciones, etc.

En este sentido, los Micromedios son canales de difusión, comunicación o herramientas en línea, que permiten al usuario a publicar en Internet, o en alguna otra plataforma física o virtual, información de forma gratuita y de fácil acceso, incluso para usuarios con el mínimo conocimiento técnico.

En este aspecto, crear, diagramar y aportar con contenidos relacionados en una revista especializada en buenas prácticas de salud preventiva para las personas con discapacidad física es un aporte esencial y participativo, debido a las notas periodísticas se llevaran a cabo por personas con esta condición, que desde su experiencia cuenten con un lenguaje sencillo y directo, cuáles son las mejores opciones para hacer llevadera su discapacidad.

CAPÍTULO 3

LA COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

3.1. Principales características y aportes a la sociedad

Una de las principales características con la que debe contar la población es el acceso seguro y digno a la salud, proceso vital en los países que buscan un proceso de desarrollo y estabilidad económica. Para esto se debe expresar en un lenguaje común las dolencias de los pacientes, así como el tratamiento de los galenos, quienes a su vez explican en términos técnicos el diagnóstico del cuadro viral.

Desde una perspectiva histórica, se ha observado un desplazamiento cualitativo en el pensamiento de la salud y la Comunicación para la Salud, pasando de un enfoque efectista, individualista y médico, hacia un enfoque donde la cultura, las relaciones sociales y la participación activa de las personas directamente afectadas por el problema son tomadas en cuenta por los profesionales, los cuales establecen un orden de prioridad y de realidad de la comunidad. Asimismo las experiencias vividas por la población pueden ser tomadas en cuenta en sus decisiones de vida.

La Comunicación para la Salud debe orientarse a fortalecer procesos locales que promuevan cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en la población, fortaleciendo la capacidad de individuos y comunidades de incidir efectivamente sobre las determinantes de la salud.

De esta forma, la comunicación va más allá de su utilidad instrumental, para constituirse en un proceso de carácter social que posibilita el reconocimiento, encuentro y diálogo de los diversos saberes, contribuyendo a consolidar la articulación entre los diferentes sectores sociales en torno a la salud, para generar procesos de cambio que mejoren las condiciones de bienestar de la población.

Una de las características de la Comunicación para la Salud se centra en la *vida y lenguaje de la población* (Loreto, 1997), es decir en todos los procesos históricos que ha atravesado la sociedad para llegar a comprenderse. Las *creencias y costumbres de la*

población (Loreto, 1997), en el cual se toma en consideración los saberes ancestrales de la comunidad; el *interés por parte de la población*, esto se deriva en que la ciudadanía debe estar comprometida en buscar métodos efectivos para tener una buena salud.

Las *experiencias vividas de la gente* (Loreto, 1997), esto se pone en evidencia sobre los diversos aprendizajes sociales que la sociedad ha adoptado como parte de buscar un remedio alternativo a sus dolencias, como por ejemplo las hierbas medicinales.

La *familia y el medio ambiente en que se relaciona la población*, es decir el lugar histórico donde se han posicionado los individuos, la diferenciación de clases sociales y el lugar de residencia y esto se enmarca dentro de la *historia de la comunidad* (Loreto, 1997).

Uno de los principales aportes de la Comunicación para la Salud es la construcción de mensajes que deben ser tomados en consideración por la ciudadanía, los cuales se clasifican en la respuesta, el cual significa si la población entendió el mensaje transmitido. Estas respuestas deben ser adecuadas o inadecuadas.

La repetición consiste en que el individuo debe repetir varias veces el mensaje para que el receptor lo entienda, los recuerde y lo ponga en práctica. La interrupción (Loreto, 1997), es una ocurrencia que hace que el mensaje sea interferido, esto a su vez impide que el proceso de comunicación del mensaje sea efectivo.

La Comunicación para la Salud puede contribuir en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad, que incluye la relación entre el médico y el paciente, la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos, la construcción de mensajes y campañas de salud pública en conjunto con la disseminación de información concerniente a riesgos para los individuos y las poblaciones, o comunicación preventiva.

“De acuerdo con un documento de la Organización Mundial de la Salud, 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”. (Mosquera, 2003, pág. 1)

En este contexto, la Comunicación para la Salud se concibe como un proceso estratégico para optimizar las acciones encaminadas a lograr una utilización racional de la oferta de servicios de salud, mejorar la eficiencia y efectividad de los programas dirigidos a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

En un sentido general e ideal, la comunicación para la salud consiste de la aplicación, planificada y sistemática, de instrumentos de comunicación social al logro de comportamientos de la población compatibles con sus necesidades de bienestar y con las finalidades de servicio expresadas en políticas, estrategias y planes de salud pública. (Mosquera, 2002)

En este sentido, la Comunicación para la Salud debe ser considerada el acto por el cual el individuo debe crear conciencia de la importancia de preservar su integridad física a través de diversos procesos de la medicina tradicional o moderna, con el fin de contribuir con su trabajo a la sociedad.

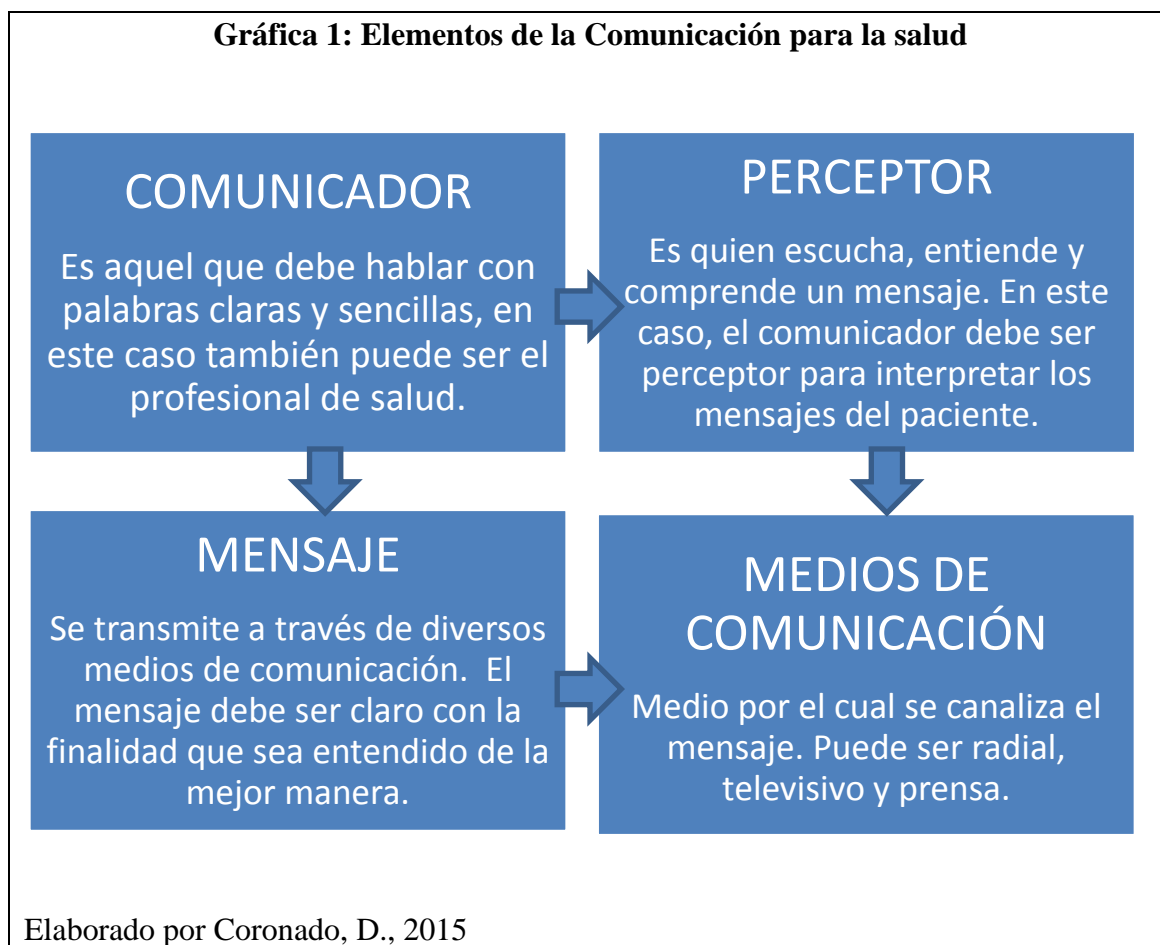
3.2.- Elementos de la Comunicación para la Salud

La teoría de la comunicación para la salud utiliza cuatro elementos para el proceso de comunicación: audiencia, mensaje, fuente y canal. Los programas efectivos de comunicación en salud identifican y le dan prioridad a la segmentación de audiencias, entregan mensajes precisos basados en fuentes veraces.

La comunicación para la salud abarca conceptos teóricos, donde se relacionan con áreas de conocimiento relacionadas con la educación, el periodismo sanitario, la comunicación interpersonal, leyes por la salud en los medios de comunicación, la comunicación dentro de las organizaciones, la comunicación sobre riesgos y el marketing social.

Asimismo puede adoptar muchas formas que van desde la comunicación de masas y los multimedia a las tradicionales y específicas de una cultura, tales como la narración de historias, teatro y canciones; también puede adoptar la forma de mensajes de salud subyacentes, o ser incorporados dentro de los medios de comunicación existentes tal como los seriales de radio y televisión.

De esta forma se establece que los elementos de la comunicación para la salud son:
(Loreto, 1997)



3.3. Comunicación para la Salud y Grupos de Atención Prioritaria

La Comunicación para la Salud debe entenderse como el proceso que evita que los individuos contraigan algún brote, infección o virus procedente de otro ser humano o animal, para lo cual se crean diversos tipos de estrategias de prevención para el bienestar de la población.

La medicina se ha entendido tradicionalmente como el arte y la ciencia de prevenir enfermedades, es así que esta rama de la investigación se subdivide en la medicina preventiva o salud preventiva, que es el conjunto de actuaciones médicas dirigidas específicamente a la curación o la prevención de la enfermedad.

Entonces se podría decir que la medicina preventiva o salud preventiva es: “la ciencia y arte de prevenir la enfermedad, alargar la vida, mejorar la salud física y mental y conseguir el mayor grado de bienestar”. (Gestal, 2008, pág. 70)

Este proyecto de investigación, enfocado en realizar una revista para las buenas prácticas de salud preventiva para las personas con discapacidad, tomará el criterio de médicos especialistas para prevenir enfermedades basadas en un conjunto de actuaciones y consejos médicos.

En la salud preventiva o medicina preventiva se aplica a los Grupos de Atención Prioritaria, de los cuales, según la evolución de la enfermedad se divide en cuatro áreas prioritarias, que se relacionan con la Promoción de la Salud, que tiene como objetivo la salud individual y colectiva, que se detallan en el siguiente cuadro:

Gráfica 2. Promoción de la salud en la discapacidad

Prevención primaria	Conjunto de actividades sanitarias que se realizan tanto por la comunidad o los gobiernos como por el personal sanitario antes de que aparezca una determinada enfermedad. Es decir, son todas las actuaciones que se realizan sobre personas sanas.
Prevención secundaria	Se basa en los diagnósticos de las muestras poblacionales. Su propósito es la detección y tratamiento de la enfermedad en estadíos muy precoces
Prevención terciaria	Es el conjunto de actuaciones médicas encaminadas a prevenir las complicaciones y secuelas de una enfermedad ya establecida
Prevención cuaternaria	Es el conjunto de actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario

Nota: Adaptado de (SANMARTÍ, Concepto actual de medicina preventiva, 2006)

Esto se hace evidente en las personas con discapacidad física, los cuales requieren de mayor atención, más no ayuda, que no debe ser excluyente, es una condición del ser humano que puede ser adquirida en cualquier etapa de su vida, durante la gestación, en el momento del parto, la infancia, adolescencia, juventud, madurez y tercera edad.

La Constitución del Ecuador, aprobada en Montecristi, Manabí en 2008, rescata el sentido humano y de solidaridad que prima en el Capítulo 3 referente a los Grupos de Atención Prioritaria y los Derechos de las Personas el cual reza: las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado; el mismo tratamiento tendrán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos.

En el Título II de Derechos, Capítulo Tercero, Sección Sexta, artículo 47 manifiesta: “El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equipación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social” (Constitución, 2008) además se reconoce a la persona con discapacidad, los siguientes derechos:

La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida. 2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirá las correspondientes ayudas técnicas. 3. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte. 4. La obtención de créditos y rebajas tributarias que les permita iniciar y mantener actividades productivas, y la obtención de becas de estudio en todos los niveles de educación. 5. El desarrollo de programas y políticas dirigidas a fomentar su esparcimiento y descanso. (Constitución, 2008).

De esta forma, la Comunicación para la salud es el proceso por el cual se brinda una atención incluyente, de prevención de catástrofes en términos de salud para los individuos que conforman la sociedad y en especial para los Grupos de Atención Prioritaria, quienes tienen garantizados sus derechos en la Constitución de la República del Ecuador.

3.4.- Comunicación para la Salud en América Latina y Ecuador

En América Latina, el concepto de Comunicación para la Salud se encuentra en apogeo desde hace aproximadamente 30 años atrás, con la implementación de planes y acciones que se encuentran dirigidos para el bienestar de la población, con la finalidad de evitar el posible contagio de enfermedades y no entrar en acción cuando el virus se encuentra en el sistema inmunológico.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha sido una de las entidades que promueven la salud y el bienestar para la población. Es así que en 1986, en promulgó la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud y en la cual estableció que los medios de comunicación son los actores claves para la promoción y salud preventiva.

En la vigésima tercera Conferencia Sanitaria Panamericana, que se cumplió en septiembre de 1990, se puso en manifiesto que la comunicación social es considerada el elemento fundamental para la formación básica de personas, familias y comunidades.

Al término de Promoción de la Salud se sumó paulatinamente las áreas de Educación para la Salud y luego Comunicación para la Salud, propuesto por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El 30 de septiembre de 1993, el trigésimo noveno Consejo Directivo aprobó la resolución Promoción de la Salud en las Américas, el cual insto a los gobiernos que incluyan, como instrumentos claves de los programas de salud de la comunidad, campañas de comunicación social y de educación promoviendo la responsabilidad de la población.

Una de las definiciones acertadas sobre la Comunicación para la Salud es propuesta por la Organización Mundial de la Salud (Healthy People 2010, volumen I) donde “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”. (Atoche, 2000)

La Comunicación para la Salud puede contribuir en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad incluyendo la relación médico y paciente, la adherencia del individuo a las recomendaciones médicas y regímenes terapéuticos, la construcción de mensajes y campañas de salud pública.

Para Luis Ramiro Beltrán, la Comunicación para la Salud “consiste de la aplicación, planificada y sistemática, de instrumentos de comunicación social al logro de comportamientos de la población compatibles con sus necesidades de bienestar y con las finalidades de servicio expresadas en políticas, estrategias y planes de salud pública”. (Beltrán L. R., 1998, pág. 35).

Asimismo amplía el concepto al referir que la Comunicación para la Salud es vista como un *proceso social*, mecanismo de intervención institucional para ejercer, a escala multitudinaria, influencia sociocultural que proporcione conocimientos, propicie actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública.

Además es vista como *ejercicio profesional*, en el empleo sistémico de medios de comunicación –individuales, de grupo, masivos y mixtos, tanto tradicionales como modernos- como herramientas de apoyo al fomento de comportamientos colectivos funcionales al logro de los objetivos de los servicios de salud pública.

En este sentido y desde la posición ética, “la comunicación social se alza como un instrumento de salud pública”. (Cuesta, Comunicación y Salud: Avances en modelos y estrategias de intervención, 2008, pág. 22). En el Ecuador, según el Censo de Población y Vivienda elaborado en 2010 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el país existen 432.443 (INEC, 2010) personas con algún tipo de discapacidad, ya sea física-motora, visual, auditiva, mental, entre otras.

En la provincia de Pichincha y específicamente en el cantón Quito, existen un total de 23.622 personas con discapacidad física y motora, según datos del Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades. (Conadis D. C., 2013)

La Ley Orgánica de Discapacidades, aprobada por la Asamblea Nacional del Ecuador el 26 de junio de 2012, establece en el Capítulo Segundo, de los Derechos de las Personas con Discapacidad, en la sección Segunda de la Salud, en el artículo 19 de Derecho de la Salud que: el Estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud y asegurará el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada permanente y prioritaria, habilitación y rehabilitación funcional e integral en salud, en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, con enfoque de género, generacional e intercultural.

En este sentido, Ecuador estableció la política pública de inclusión social a las personas con discapacidad como en el campo de la salud, educativo, vivienda, trabajo, entre otros, el cual reconoce las diferencias de los sujetos, pero no los discrimina, sino brinda igualdad de oportunidades en los ámbitos sociales.

3.5.- Principales Políticas que el Estado ecuatoriano debe impulsar

Una de las principales políticas públicas que impulsa el Gobierno ecuatoriano es garantizar el derecho a que los ciudadanos no sufran de ningún tipo de discriminación y que contarán con atención oportuna, ya sea pública o privada, en cualquier casa asistencial.

En la Constitución de la República aprobada en 2008 (Constitución, 2008) en Montecristi, Manabí, en el Capítulo Tercero de los Derechos de las personas y Grupos de Atención Prioritaria, en la sección sexta de las Personas con Discapacidad manifiesta que el Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social, donde se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a la atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.

Asimismo, la rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas; rebajas en los servicios públicos y en servicios

privados de transporte y espectáculos, exenciones en el régimen tributario; el trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades, que fomente sus capacidades y potencialidades, a través de políticas que permitan su incorporación en entidades públicas y privadas; acceso a una vivienda adecuada.

El acceso a atención psicológica gratuita para las personas con discapacidad y sus familias, en particular en caso de discapacidad intelectual; acceso de manera adecuada a todos los bienes y servicios. Se eliminarán las barreras arquitectónicas y el acceso a mecanismos, medios y formas alternativas de comunicación.

Por su parte en el artículo 48 de la misma Constitución señala que el Estado adoptará a favor de las personas con discapacidad medidas que aseguren la inclusión social, mediante planes y programas estatales y privados coordinados, que fomenten su participación política, social, cultural, educativa y económica; así como la obtención de créditos y rebajas o exoneraciones tributarias que les permita iniciar y mantener actividades productivas, y la obtención de becas de estudio en todos los niveles de educación inicial, media y superior.

Por otro lado, el desarrollo de programas y políticas dirigidas a fomentar su esparcimiento y descanso; la participación política, que asegure su representación, de acuerdo con la ley.

Mientras que el artículo 49 reza: “Las personas y las familias que cuiden a personas con discapacidad que requieran atención permanente serán cubiertas por la Seguridad Social y recibirán capacitación periódica para mejorar la calidad de la atención”. (Constitución, 2008).

Por su parte en la Ley Orgánica de Discapacidades (Conadis D. C., 2013), manifiesta que la atención integral a la salud de las personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante será de responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, que la prestará a través de la red pública integral de salud.

Como parte del proyecto de la revista especializada en buenas prácticas en salud preventiva, se debe tomar en consideración el artículo 20 de la Subsistencia de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación, el cual dice:

La autoridad sanitaria nacional establecerá los procedimientos de coordinación, atención y supervisión de las unidades de salud públicas y privadas a fin de que brinden servicios profesionales especializados de habilitación y rehabilitación. La autoridad sanitaria nacional proporcionará a las personas con discapacidad y a sus familiares, la información relativa a su tipo de discapacidad.

En Ecuador la autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud, que lleva a cabo dos programas con la finalidad de establecer buenas prácticas en salud preventiva para la población en los cuales se incluye a personas que pertenecen a los Grupos de Atención Prioritaria, como son las personas con discapacidad.

Los programas son llevados a cabo por la Dirección Nacional de Educación y Comunicación de la Prevención y Promoción de la Salud (Salud, Dirección Nacional de Educación y Comunicación de la Prevención y Promoción de Salud, 203), el cual coordina la formulación e implementación de proyectos de políticas públicas, así como la elaboración de estrategias, iniciativas, planes y proyectos de educación y comunicación de prevención y promoción de la salud, así como conducir la formulación de insumos de proyectos de normativas técnicas y otros instrumentos legales sobre educación y comunicación para la prevención y promoción de la salud.

Asimismo implementaron el proyecto de Dirección Nacional de Prevención y Promoción de Salud el cual “propone y asegura la implementación de estrategias en determinantes de salud y sociales con el fin de lograr, capacidades, espacios y acciones de prevención para la reducción de factores y comportamientos de riesgos, que pretenden crear condiciones saludables para el buen vivir de la población”. (Salud, 2013).

Estas políticas de inclusión se han exteriorizado, es así que en España se aprobó el pasado 29 de noviembre de 2013 la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social el cual aporta con un cambio significativo en la

visión de la discapacidad, –que, de forma implícita, ha existido siempre en la sociedad-, en pro de una concepción más adaptada a la realidad actual, basada en los derechos humanos.

Es así que el Ecuador es uno de los países referentes en materia de inclusión de las personas con discapacidad en ámbito laboral, educativo, pero hace falta profundizar en materia de buenas prácticas de prevención en salud para las personas con discapacidad, no solo en lo relacionado con las terapias físicas o toma de medicamentos, sino también en cuestiones de nutrición y alimentación, algo fundamental para establecer la sociedad del Buen Vivir.

3.6.- Salud y Medios de Comunicación Alternativa o Micromedios

Los Medios de Comunicación Alternativa tienen como premisa fundamental el resurgimiento y proyección de los individuos, promoviendo la participación protagónica de la ciudadanía, pero la presencia de los micromedios en la población ecuatoriana es muy escasa. Estos Micromedios tienen el compromiso social de crear conciencias, la obligación de evidenciar las prácticas comerciales de los medios masivos, por medio de la promoción de la cultura, la identidad y el orgullo nacional, que son premisas fundamentales para que la sociedad logre el desarrollo conveniente para sus intereses como comunidad.

“Al expandir y equilibrar el acceso y participación de la gente en el proceso de comunicación, tanto a niveles medios masivos como a los interpersonales de base, el desarrollo debe asegurar, además de beneficios materiales, la justicia social, la libertad para todos y el gobierno de la mayorías”. (Contreras, 2000, pág. 20)

La Comunicación Alternativa y lo Micromedios significa para muchos, la esperanza materializada en documentos, revistas, imágenes, videos y audios que dan la palabra viva a los individuos que en un intento social buscan la concientización por las vías del conocimiento informativo.

En este sentido, es imperante brindar un espacio en una revista especializada en buenas práctica de salud preventiva para las personas con discapacidad física, quienes tendrán

en sus manos la posibilidad de conocer artículos referentes a su diario convivir, no sólo de cómo afrontar sus limitaciones, sino de consejos de alimentación, nutrición, sexualidad contado bajo la óptica de especialistas médicos.

Este Micromedio, plasmado en la revista especializada, será el especial idóneo para que las personas con discapacidad física sean quienes cuenten a través de las páginas impresas, las experiencias de vida y de temas médicos, a través de la redacción simple, directa y profunda y, así no caer en la lógica tradicional, romper el paradigma que las personas con discapacidad que no pueden ingresar en los campos laborales y de esta forma, instaurar el bienestar en la población.

CAPÍTULO 4.

LA CONSTRUCCIÓN COLECTIVA DEL TÉRMINO DISCAPACIDAD

4.1.- Discapacidad

En el contexto actual, la discapacidad es un estado físico del ser humano el cual le imposibilita cumplir con ciertas actividades o roles en su diario vivir. En un sentido más amplio, el ser humano tendrá dificultades para desarrollar tareas cotidianas que, al resto de los individuos, no les resultan complicadas. El origen de una discapacidad suele ser algún trastorno en las facultades físicas o mentales.

Según el Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades, el término discapacidad no es un concepto excluyente, es una condición del ser humano que puede ser adquirida en cualquier etapa de su vida durante: “la gestación, al momento del parto, la infancia, adolescencia, juventud, madurez y tercera edad. No tiene distingo de raza, religión, género o condición sociales está latente en todos los factores que rodean la actividad humana, en el hogar, trabajo, transporte, momento de recreación y la vida diaria” (Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades, 2014).

Según la causa de la discapacidad física, la parte neurológica también puede verse afectada; en estos casos, se puede decir que presenta una deficiencia neuro-motora. Algunas personas podrán tener dificultades para hablar, caminar, visual, en el momento de usar sus extremidades u otras partes del cuerpo para controlar sus movimientos.

La Organización Mundial de la Salud, con el objetivo de ofrecer una mayor unificación del concepto de discapacidad, establece una segunda clasificación internacional, donde coloca en manifiesto el concepto de discapacidad.

“Término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)”. (Madrid D. G., 2008)

En los últimos años, la discapacidad comenzó a ser considerada a partir de una perspectiva de derechos humanos. El objetivo pasó a ser la integración de las personas con discapacidad en la comunidad, facilitando esto a partir de la idea de accesibilidad.

En esta revista de buenas prácticas en salud para las personas con discapacidad, se contempla la adecuación de entornos y dispositivos para que las personas con discapacidad conozcan sobre como transitar y convivir en la comunidad.

Para esto se necesitan considerar ciertos aspectos técnicos que reduzcan las barreras para quienes sufren de alguna discapacidad (como rampas para las personas que se movilizan en sillas de ruedas o semáforos con sonido para los no videntes), entre otras.

4.2.- Estigmatización

Un concepto útil para aproximarse al análisis de la discapacidad física como hecho social es el de ‘estigma’, tema estudiado por el sociólogo Erving Goffman (Goffman, 1995) (1950 – 1960). Según Goffman, es el medio social el que establece las categorías de personas que en él se encuentran.

La sola presencia de una persona con discapacidad física, ante los ojos de otro individuo, moviliza las primeras apariencias que permiten “prever en qué categoría se halla y cuáles son sus atributos”. (Goffman, 1995, pág. 12). Estos atributos, que pueden demostrarse como pertenecientes a este individuo observado, son su “identidad social real”.

El estigma es una condición que se le asigna de forma invisible o subjetiva, que vuelve a una persona diferente a las demás. Goffman manifiesta que el concepto de estigma no debe entenderse de un modo esencial sino relacional.

Entonces, en el caso de la discapacidad física, se puede expresar que no es necesariamente un atributo desacreditador. El atributo que en apariencia identifica a una persona como discapacitada lo que hace en realidad es confirmar la normalidad de otras personas.

El atributo no se trata sólo del atributo físico o mental que califica a las personas con discapacidad física, sino que expone sobre la relación social que puede estigmatizar a estas personas en sus diferentes prácticas de contacto.

Las personas con discapacidad, según Goffman, está incluido en uno de los tres tipos de estigma el que corresponde a las “abominaciones del cuerpo” (Goffman, 1995, pág. 14). Este atributo, en términos de estigma, “puede imponerse a la fuerza a nuestra atención y nos lleva a alejarnos de la persona cuando lo encontramos, anulando el llamado que nos hacen sus restantes atributos (Goffman, 1995, pág. 15). Es decir, que se está pensando el estigma a partir de las situaciones sociales empíricas que encuentran a individuos normales y estigmatizados en los espacios de co-presencia física.

Dentro del contexto social y del imaginario de la sociedad, el propósito de la estigmatización de las personas con discapacidad, en el marco del discurso cotidiano, el uso de términos específicamente referidos al estigma, tales como “inválido, bastardo y tarado” (Goffman, 1995, pág. 15) sin conocer en muchos casos su significado original.

El autor realiza una aproximación estructural en lo que prevalecen el prejuicio, la discriminación y el estereotipo de un modo que hoy se vería muy cercano al grotesco. Sin embargo, más allá del discurso progresista que se aplica sobre la discapacidad, la discriminación y disminución de las personas con discapacidad puede leerse tanto en el lenguaje y el contacto social como en el espacio arquitectónico urbano.

En este sentido, aún se puede tomar sus palabras y decir que se cree que la persona con un estigma (por ejemplo un discapacitado) “no es totalmente humana” (Goffman, 1995, pág. 16) y que “valiéndonos de este supuesto practicamos diversos tipos de discriminación, mediante la cual reducimos en la práctica, aunque a menudo sin pensarlo, sus posibilidades de vida”.

Según Crocker (Ruiz, 2005, pág. 3), propone cuatro funciones del fenómeno de estigmatización:

Gráfica 3: Funciones de la estigmatización

<p>Mediante la estigmatización del otro</p>	<p>El estigmatizador puede creer que él es mejor que ese otro, así, el estigmatizar serviría para incrementar la propia autoestima. Cuando se discrimina o se agrede a un exogrupo se establece una comparación hacia abajo (compararse con alguien en peor situación a uno mismo) que hace sentir superior a quien discrimina, mejorando su autoestima y protegiéndole de las amenazas.</p>
<p>Otras veces, la estigmatización del otro</p>	<p>Pertenece al exogrupo (grupo distinto al propio, que se denomina endogrupo), sirve para incrementar la autoestima colectiva o la identidad social, la teoría de la Identidad Social mantiene que la discriminación y la comparación con grupos en peor situación hace sentir al propio grupo superior. Dicha superioridad justificaría la discriminación hacia el exogrupo.</p>
<p>Justificación de un sistema basado en la desigualdad</p>	<p>Desde estas perspectivas, en todos los sistemas sociales existen al menos dos grupos situados en diferentes niveles de la jerarquía, y las personas con un mayor estatus estigmatizarían a las de menor estatus para justificar sus privilegios, sintiéndose merecedores de dicha posición y creyendo que el sistema que los beneficia es justo.</p>
<p>Amortiguador de la ansiedad o del miedo ante ciertas amenazas</p>	<p>Con respecto a la discapacidad, examinaron en qué medida la interacción con personas estigmatizadas (discapacidad física) conllevaba una amenaza. Las respuestas de amenaza fueron medidas fisiológicamente, conductualmente y de manera subjetiva.</p>
<p>Elaborado por Coronado, D., 2015</p>	

En este sentido, a las personas con discapacidad merecen tener los mismos derechos y oportunidades que los demás ciudadanos. En la actualidad, las políticas públicas de

inclusión brindan mayor seguridad y acceso libre y democrático hacia los sistemas de trabajo, educación sin ningún tipo de discriminación.

4.3.- Inclusión social de la discapacidad

Una de las principales políticas públicas que impulsa el Gobierno ecuatoriano es garantizar el derecho a que los ciudadanos no sufran de ningún tipo de discriminación y que contarán con atención oportuna, ya sea pública o privada, en cualquier casa asistencial.

En la Constitución de la República aprobada en 2008 en Montecristi, Manabí, en el Capítulo Tercero de los Derechos de las personas y Grupos de Atención Prioritaria, en la sección sexta de las Personas con Discapacidad manifiesta que el Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social, donde se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a la atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.

En este sentido, el Gobierno del Ecuador ha asumido el reto de construir una sociedad de inclusión, justa y solidaria que promueva la inclusión social de todos los sectores, especialmente de aquellos grupos que requieren atención prioritaria como es el caso de las personas con discapacidad.

Una de las principales entidades que impulsan programas de desarrollo en el acceso a una mejor calidad de vida para las personas con discapacidad es el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS), el cual ejerce las funciones de formulación de políticas nacionales relacionadas con las discapacidades; de planificación de acciones que permitieron el fortalecimiento de los programas de prevención de discapacidades; de atención e integración; de defensa de los derechos; de conducción de investigaciones y de coordinación de acciones que en relación con las discapacidades realizaron

organismos y entidades de los sectores público y privado, en el marco de la Ley 180 sobre Discapacidades expedida en 1992.

En el Ecuador, las personas con discapacidad cuentan con cuatro pilares fundamentales que rigen sobre las políticas públicas y herramientas de gestión para la garantía de derechos, los cuales son:

Tabla 4: Pilares de la política pública sobre discapacidad

Formulación	Políticas públicas y herramientas de gestión pública para erradicar la desigualdad y la discriminación que afectan la vida de las personas con capacidad y sus familias, en coordinación con las entidades rectoras y ejecutoras del Estado; sector privado y sociedad civil.
Transversalización	Políticas públicas y el principio de igualdad y no discriminación en discapacidades en la planificación institucional de los organismos y entidades del Estado para garantizar el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad y sus familias.
Observancia	Aplicación de las políticas públicas en discapacidades y el cumplimiento de la normativa nacional e internacional de los derechos humanos de las personas con discapacidad y sus familias a través de mecanismos de control social y rendición de cuentas.
Seguimiento y Evaluación	Cumplimiento de las políticas públicas implementadas por los organismos y entidades del Estado de acuerdo a sus competencias, sus presupuestos, resultados e impactos, para el ejercicio y garantía de derechos humanos de las personas con discapacidad y sus familias.

Fuente: ((CONADIS), 2014)

Uno de los objetivos centrales del CONADIS es consolidar un país solidarios y de igualdad de oportunidades, además ejecuta un nuevo proyecto de inversión a nivel nacional y territorial, denominado “Transversalización y Observancia de las Políticas

Públicas sobre Discapacidades en el Ecuador 2014-2017”, el que se desarrollará a través de productos y espacios comunicacionales como talleres, arte, teatro, títeres, caravanas artísticas, música, materiales impresos y audiovisuales, difusión en medios masivos y alternativos, entre otros.

Esta iniciativa llegará a 221 cantones del país en los cuales se coordinará con la sociedad civil, autoridades locales, movimiento asociativo de personas con discapacidad, observatorios ciudadanos, federaciones nacionales de y para la discapacidad (FENEDIF, FENCE, FENASEC, FEPAPDEM y FENODIS), medios de comunicación locales, entre otras instituciones públicas y privadas bajo la dirección de 23 coordinaciones provinciales para cumplir con este objetivo. ((CONADIS), 2014, pág. 79)

Otra acción que impulsa el CONADIS en coordinación con las Federaciones Nacionales de y para la Discapacidad, es el apoyo a la creación, legalización y el fortalecimiento del Observatorio Ciudadano Nacional para el Cumplimiento de los Derechos de las Personas con Discapacidad del Ecuador.

Este mecanismo de control social y participación ciudadana, cuenta con representación nacional a través de tres regionales (Quito, Guayaquil y Cuenca), su objetivo es promover un entorno en el que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la dirección de los asuntos públicos, sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás, en el marco del cumplimiento de sus derechos.

Asimismo, la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (Senescyt) firmó un convenio junto con el CONADIS para impulsar el acceso democrático y en igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad a la educación superior denominado Política de Cuotas.

Este convenio busca promover una política inclusiva que garantice el acceso, permanencia y culminación de la carrera universitaria de las personas con discapacidad, aplicando un sistema de tutorías que busque institucionalizar el seguimiento y apoyo en el desarrollo académico de los beneficiarios dentro del plan piloto de la política de cuotas.

En la actualidad son 15 personas con discapacidad quienes estudiarán su carrera universitaria en la Universidad Tecnológica Equinoccial, Universidad Politécnica Salesiana, Universidad Internacional SEK, Universidad San Gregorio de Portoviejo y la Universidad Metropolitana, Instituciones de Educación Superior (IES) que se sumaron a esta política de acción afirmativa para el acceso de grupos históricamente excluidos a la educación superior.

4.4. Comunicación como discurso para visibilizar realidades

La discapacidad física no es un concepto excluyente, es una condición del ser humano que puede ser adquirida en cualquier etapa de su vida durante la gestación, al momento del parto, la infancia, adolescencia, juventud, madurez y tercera edad.

No tiene distinción de raza, religión, género o condición social que está latente en todos los factores que rodean la actividad humana, en el hogar, el trabajo, transporte al momento de recreación y la vida diaria.

Para Goffman, la sociedad impone un discurso excluyente a las personas con discapacidad el cual dice que “creemos por definición social que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana” (Goffman, 1995, pág. 16)

Construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar una inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esta persona, racionalizando a veces una animosidad que se basa en otras diferencias, como por ejemplo, la clase social. En nuestro discurso cotidiano utilizamos como fuente de imágenes y metáforas, términos específicamente referidos al estigma, como inválido, bastardo y tarado. (GOFFMAN, 1995, pág. 16)

Ante esto, el CONADIS en base a la Constitución de la República del Ecuador plantea cambiar esta concepción social de las personas con discapacidad, hacia un lenguaje y expresiones de respeto. El uso de expresiones cotidianas referentes a la discapacidad, influyen directamente en la construcción colectiva de ideas sobre ella.

Por lo cual existe la necesidad de emplear las palabras adecuadas para referirnos a la discapacidad, sin caer en las expresiones discriminatorias u ofensivas.

Es recomendable referirse a una persona con discapacidad con amabilidad, preguntarle si requiere de nuestra asistencia. Esta es una opción válida porque permite la posibilidad de que responda afirmativamente o de alguna manera particular.

Tabla 5: Comunicación positiva en la discapacidad

Término incorrecto	Se debe decir (término correcto)
Discapacitados, personas especiales, capacidades diferentes o especiales, inválidos, minusválidos, tullidos, rengos, sordomudos, paralíticos, lisiados, patojos, enfermitos, pobrecitos, etc.	Personas con discapacidad
Grupos o sectores vulnerables.	Grupos de atención prioritaria
Retrasado, débil mental, mongolito, discapacitados mentales, inocentes, retardados, subnormales, morón, shunsho.	Persona con discapacidad intelectual
Personas normales y personas anormales.	Personas con discapacidad y personas sin discapacidad
Sordomudo, mudito.	Personas con discapacidad auditiva o persona sorda
Defecto de nacimiento.	Discapacidad congénita
Mutilado, muco, cortadito, mocho.	Persona con amputación.

Fuente: ((CONADIS), 2014)

Estos términos son utilizados para referirse con propiedad, a los temas de la discapacidad y a las personas con discapacidad, poniendo énfasis en la necesidad de atención a la diversidad, en la creación de ciudadanos críticos y responsables, dueños de sus propias decisiones y, en definitiva, en la búsqueda de una democracia real. Estas expresiones fueron construidas sobre la base de un lenguaje amigable y positivo.

4.5.- Relacionamiento efectivo

Para que una persona sin discapacidad pueda relacionarse efectivamente con una persona con discapacidad, en este caso física, se han preparado algunas recomendaciones según el tipo de discapacidad, las mismas que ponemos a su consideración.

La discapacidad física es una condición funcional del cuerpo humano que puede ocasionar dificultad o imposibilidad motriz; es decir para caminar, para correr, para tomar cosas en las manos, para subir gradas, para levantarse, para sentarse, para mantener el equilibrio, para controlar esfínteres, para acceder a lugares que tengan barreras físicas, etc.

- **Si la persona usa silla de ruedas:**

No debes empujar la silla sin decírselo.
Tienes que hablar directamente con la persona en silla de ruedas y no con su acompañante.
Es mejor situarse de frente y a la misma altura (de ser posible sentados).
No se debe levantar la silla por el apoya brazos.
Hay que verificar la posición correcta de los pies en las piseras.
Debemos cuidar que la ropa y/o frazadas que utilice la persona con discapacidad no queden atrapadas en las ruedas de la silla.
Para pasar un obstáculo o gradas, girar la silla y ascenderla o descenderla por sus ruedas traseras.
Si desconoces el manejo de la silla de ruedas, pregúntale al usuario

((CONADIS), 2014)

- **Si usa muleta o prótesis**

Debes ajustar tu paso al suyo
Evita que lo empujen
No lo dejes solo cuando tiene que transportar objetos o paquetes

Procura que nunca quede separarlo de sus muletas.

Si usa prótesis, se recomienda no fijar su mirada en esta

((CONADIS), 2014)

Estas recomendaciones brindarán un acceso en plenas condiciones a las personas con discapacidad en la sociedad. No sustantivar lo adjetivo, o no volver esencial lo secundario, hay que recordar que lo sustantivo es lo esencial y lo adjetivo es lo complementario.

En el campo de los derechos humanos lo esencial es que todos somos personas, aunque diversas y lo adjetivo es que algunas tienen diversidad de etnia, de sexo, de color de piel o de lugar de nacimiento, por ejemplo. Cuando nos referimos a quien tiene una discapacidad, lo sustantivo es que se trata de una persona con deberes y derechos y lo adjetivo es que tiene una discapacidad.

4.6.- Comunicación para el desarrollo y discapacidad

El desarrollo de competencias comunicacionales para las personas con discapacidad física es un tópico de fundamental importancia en términos de la rehabilitación e inclusión del discapacitado en todos los ámbitos de la sociedad.

Es decir que la comprensión de los mecanismos que activan la comunicación, permite identificar comportamientos y actitudes que ayudan a desarrollar la excelencia en la vida personal y laboral, lo que da lugar a una manera diferente de pensar, sentir, relacionarse, actuar, superar hábitos negativos y dinamizar nuestros recursos y potencialidades.

El Desarrollo es un pensamiento vinculado a las actividades del individuo donde se interponen aspectos sociales, económicos, culturales, como un eje y un camino que permita la construcción de relaciones sociales.

“La comunicación se encuentra ligada al desarrollo entendido como una acción orientada a la transformación integral de la sociedad de allí que la comunicación para el

desarrollo debe articular los avances teóricos con las experiencias particulares y promover el fortalecimiento de las identidades locales”. (Madrid D. , 2010, pág. 87)

La Comunicación de Desarrollo plantea la noción de que los medios masivos tienen la responsabilidad de crear una atmósfera pública favorable al cambio. La comunicación de apoyo al desarrollo plantea que la comunicación planificada y organizada, es un instrumento clave para el logro de las metas prácticas de instituciones y proyectos de instituciones que propician el desarrollo.

En este sentido, la comunicación para el desarrollo y la discapacidad tienen un vínculo entrañable, pues la principal acción es brindar viva voz a los actores para que a través de sus acciones, movimientos, actuaciones políticas y sociales, puedan figurar y sobresalir en el contexto nacional, sin ningún tipo de rechazo.

CAPÍTULO 5

DISCAPACIDAD Y SALUD, UN RETO DE TODOS

5.1. Buenas prácticas de salud para personas con discapacidad

La salud, como derecho fundamental de toda persona, adquiere una connotación especial cuando esa persona tiene una discapacidad. El presente trabajo de investigación profundiza en las razones por las que una discapacidad, en este caso física, repercute en el estado de salud y obliga a abordar sus cuidados con especial profesionalidad y cercanía.

La discapacidad física es un factor más a tener en cuenta, tanto por las dificultades inherentes a ella misma. Las personas con discapacidad tienen derecho a manifestarse, ser escuchadas y sobre todo se debe de garantizar que sean ellas las que expresen sus puntos de vista y dejando solo, en las situaciones que sea posible, la voz de los familiares o representantes legales.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS SALUD, 2012) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación.

“Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado)”. (OMS SALUD, 2012)

Según datos y estadísticas de las Organización Mundial de Salud, estiman que más de mil millones de personas, es decir un 15% de la población mundial, son personas con discapacidad en alguna de sus distintas manifestaciones.

Asimismo presentan importantes dificultades entre 110 millones (2,2%) y 190 millones (3,8%) personas mayores de 15 años. Por otro lado las tasas de discapacidad están

umentando debido en parte al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas.

El derecho a la salud que tiene toda persona, como derecho consustancial con su propia naturaleza humana, es una conquista muy reciente. Lo es como concepto pero no llega todavía a ser una realidad en muchos países y en múltiples circunstancias que cada uno de nosotros ha podido vivir y es por esto que es necesario poner en acción las buenas prácticas de salud para personas con discapacidad.

El primer principio debe ser considerado como el derecho en el acceso a la salud en todas sus ramas y derivaciones, “es por esto a ninguna persona con discapacidad se debe negar forma alguna de tratamiento que hubiera de ser aplicada sin titubear a otra persona que no tuviera discapacidad. Va en ello un principio fundamental: la dignidad de la condición humana”. (Floréz, 2005)

Otro de los aspectos a destacar es la implementación de políticas preventivas en salud para personas con discapacidad, pues además de atender al problema concreto que pueda surgir en cada momento, es mucho más lógico, “más humano e incluso más económicamente rentable, desarrollar una política preventiva que se anticipe a la aparición de los problemas” (Floréz, 2005).

“Consecuencia de lo anterior debe ser el establecer, para cada forma de discapacidad, un programa de salud que contemple las alteraciones de salud más frecuentes en esa particular forma de discapacidad, y establezca las pautas de conducta que se deben seguir para solucionarlas de la manera más racional posible. Estos programas han de ser sencillos y realistas, de modo que puedan ser asumidos y aplicados de un modo general por parte de la población”. (Floréz, 2005)

La población con discapacidad, globalmente considerada, tiene un mayor grado de vulnerabilidad y un menor grado de protección frente a las diversas situaciones patológicas que se pueden plantear en su vida. Unas veces, porque no dispone de los mismos sistemas de alarma que los demás, sea por falta de información, o por falta de capacidad para percibirlos como tales. En otras situaciones porque carece de autonomía

o de iniciativa para responder a esa alarma, para acudir a solucionarla, y para poner en marcha las soluciones adecuadas.

En este sentido, se establece tres puntos a destacar sobre las buenas prácticas en salud:

Tabla 6: Puntos a resaltar sobre la salud y discapacidad

<p>Medidas educativas</p>	<p>Ajustadas a las necesidades de cada tipo de discapacidad, que puedan ser aplicadas a la población. La educación para la salud es un hecho que va cobrando importancia creciente. Las páginas y revistas dedicadas a la salud aportan con contenido destacado para la sociedad.</p> <p>Las personas con discapacidad han de disponer de su propio sistema de formación, de su propia educación para mantener su salud, expuesta y desarrollada de manera que esté adaptada y sea accesible a su condición física o intelectual. Los contenidos de estos programas y la forma de ser ofrecidos han de tener cualidades pedagógicas indispensables para que sean realmente útiles y efectivos, inteligibles y fácilmente seguidos por las respectivas poblaciones.</p>
<p>Programas de salud</p>	<p>Elaborar e implantar programas de salud específicos para cada una cada forma de discapacidad, y dentro de cada una, para cada subgrupo de discapacidad. Esto significa que hay que estudiar y analizar los distintos problemas de salud a los que pueden estar más frecuentemente abocados los individuos, teniendo en cuenta la naturaleza de la discapacidad, los subgrupos que la conforman.</p>
<p>Perspectiva peculiar</p>	<p>Este programa de salud ha de contener una perspectiva peculiar. No sólo ha de considerar las alteraciones patológicas que con más probabilidad puedan aparecer</p>

	en esa específica forma de discapacidad, sino también la solución concreta que se debe dar a una patología corriente, en función de la discapacidad que se considere.
--	---

Fuente: (Floréz, 2005)

Referirse a las buenas prácticas en salud para las personas con discapacidad debe formar parte consustancial del trabajo diario de la profesión sanitaria. Pero esta atención trasciende el compromiso de una transacción estrictamente profesional para convertirse en un acto particularmente humano; dicho simplemente, exige por parte del profesional un plus de humanidad.

Todo ser que sufre apela a nuestra sensibilidad. Un ser con discapacidad que quizá ni siquiera puede expresar toda la cualidad e intensidad de su sufrimiento debe suscitar en los profesionales sanitarios una motivación especial para despertar su atención y su disponibilidad hacia el paciente y su familia.

5.2. Comunicación para la salud

La Comunicación para la Salud debe entenderse como el proceso que evita que los individuos contraigan algún brote, infección o virus procedente de otro ser humano o animal, para lo cual se crean diversos tipos de estrategias de prevención para el bienestar de la población.

La importancia de la comunicación en el ámbito de la salud es clara. Existe una disparidad entre los avances logrados por la medicina y el conocimiento y la aplicación de estos por el público. Mientras que los profesionales de la salud tienen grandes conocimientos sobre la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, no saben necesariamente cómo comunicar efectivamente esa información tan vital para la sociedad.

Esta situación constituye el foco central de interés del área de comunicación para la salud, es decir, el estudio de la naturaleza y la función de los medios necesarios para hacer que los temas de salud lleguen y produzcan un efecto en las audiencias objetivo.

“Dentro del ámbito del quehacer de la comunicación para la salud se consideran a) la calidad de la comunicación interpersonal en locales de salud, por ejemplo, entre el médico y el paciente; b) la comunicación entre miembros de una organización, por ejemplo, en instituciones de salud; y c) el alcance de los medios de comunicación masiva así como el diseño, la ejecución y la evaluación de campañas de comunicación. (ALCALAY, 1999)

La Comunicación para la Salud puede contribuir en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad, que incluye la relación entre el médico y el paciente, la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos, la construcción de mensajes y campañas de salud pública en conjunto con la disseminación de información concerniente.

Desde hace algunos años, los modelos sobre salud pública han derivado de un planteamiento médico basado en un concepto de salud “biológico”, (Cuesta, Menéndez, & García, Comunicación Social y Salud: Un nuevo planteamiento estratégico, 2008, pág. 19) que postulaba una etiología fisiológica de la enfermedad y un tratamiento farmacológico o quirúrgico, a un modelo “biopsicosocial” (Cuesta, Menéndez, & García, Comunicación Social y Salud: Un nuevo planteamiento estratégico, 2008, pág. 19), donde la etiología de la enfermedad es biológica o psicosocial y, frecuentemente, resultado de una interacción entre ambas. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que la salud es el bien físico, psicológico y social de la persona.

De estos modelos integradores de salud, la comunicación social revive un rol esencial en su construcción del discurso, el cual tiene que ver con la trasmisión de información que permita a la ciudadanía conocer las diferentes opciones de conducta de salud.

Asimismo, la creación de hábitos de conducta saludable mediante la implementación de programas de educación para la salud y la creación de marcos de referencias sociales que facilitan la adaptación o desajuste del entorno, mediante la creación de estándares de meta y creación de disonancias.

En este sentido, la evolución de las definiciones en comunicación para la salud, ha incluido cambios sustanciales en la planeación y la conceptualización utilizada en su desarrollo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar de cisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud.

“Este tipo de comunicación es reconocida como un elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y personal. Asimismo, la comunicación en salud puede contribuir en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad incluyendo las relaciones médico y 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”. (Mosquera, Comunicación en Salud: Concepto, Teoría y Experiencias, 2003)

La teoría de la comunicación para la salud utiliza cuatro elementos clave del proceso de comunicación: audiencia, mensaje, fuente y canal sumados a un fuerte componente de investigación y participación. Los programas efectivos de comunicación en salud identifican y le dan prioridad a la segmentación de audiencias, entregan mensajes precisos basados en fuentes científicamente veraces y logran llegar a las audiencias a través de canales de comunicación.

“La comunicación debe orientarse a fortalecer procesos locales que promuevan cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en la población, fortaleciendo la capacidad de individuos y comunidades de incidir efectivamente sobre las determinantes de la salud”. (Mosquera, Comunicación en Salud: Concepto, Teoría y Experiencias, 2003, pág. 3)

Desde una perspectiva histórica, se ha observado un desplazamiento cualitativo en el pensamiento de la salud y la comunicación en salud, al menos conceptualmente, de un enfoque efectista, individualista y biomédico hacia un enfoque en donde las culturas, las relaciones sociales y la participación activa de las personas directamente afectadas por el problema, se constituyen ahora en referentes esenciales para el diseño de programas de comunicación en salud.

5.3.- Comunicación para el Cambio Social

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, 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.

“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”. (RÍOS, 2011, pág. 136)

Este modelo podría catalogarse como de nivel comunitario, los cuales ayudan a comprender cómo funcionan y cambian los sistemas sociales y cómo pueden activarse las comunidades y organizaciones, siendo esenciales para las actividades integrales de promoción de la salud. Estos modelos incorporan una perspectiva ecológica y constituyen la base para tratar de lograr metas de mejor salud en individuos, grupos, instituciones y comunidades.

La Comunicación para el Cambio Social aspira a un cambio en la vida de un grupo social, de acuerdo con los parámetros que rigen esa comunidad entre los que se destacan los elementos culturales y socioeconómicos. Podríamos indicar que la Comunicación para el Cambio Social propicia la democratización y el acceso a la salud a toda la población, aspecto que es promovido por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, entre otros organismos de prestigio internacional.

“En la Comunicación para el Cambio Social son las personas de la comunidad las que tienen la posibilidad de formular sus propias agendas para el cambio. Agendas que pueden dirigirse a propiciar cambios sociales en comunidades pequeñas, ciudades y a nivel internacional”. (RÍOS, 2011, pág. 137)

Este proceso aunque se fundamenta mayormente en el diálogo emplea distintos medios de comunicación, ya sean tradicionales o modernos. Cuando son utilizados por la comunidad, los medios masivos de comunicación tienen la posibilidad de actuar como instrumentos efectivos en la transmisión de conocimiento que promueva cambios sociales y conlleve a la sostenibilidad de las iniciativas.

5.4. Medicina preventiva y Buen Vivir

En un concepto amplio, el fortalecimiento de la medicina preventiva como mecanismo de reducción de patologías prevenibles y del ausentismo laboral es uno de los aspectos de la salud ocupacional al cual se le brinda un mayor énfasis dentro de las instituciones.

“La medicina preventiva es, pues, una parte de la medicina. Su campo de acción es mucho más restringido que el de la salud pública que, en su concepción más moderna, comprende el conjunto de actividades organizadas de la comunidad dirigidas al fomento, la defensa y la restauración de la salud de la población”. (SanMartí, Concepto actual de medicina preventiva, 2014, pág. 1)

La medicina preventiva se trata de un conjunto de acciones y esfuerzos organizados de la comunidad para fomentar y defender la salud de sus ciudadanos y recuperarla en los casos en que ésta se haya perdido. Uno de tales esfuerzos es el que aporta la medicina en sus dos vertientes, preventiva y asistencial.

En este sentido, la medicina preventiva está inmersa en las personas con discapacidad, debido a que necesitan ciertas atenciones especiales las cuales deben ser atendidas por profesionales en salud y en su propio hogar con sus familiares.

Las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tienen por objetivo el fomento y la defensa de la salud, así como la prevención de las enfermedades mediante actuaciones que inciden sobre las personas. Se trata de incrementar los niveles de salud de los individuos y colectividades, y prevenir las enfermedades específicas cuya historia natural sea conocida y frente a las cuales se disponga de instrumentos de prevención primaria o secundaria eficaces y eficientes.

La discapacidad, reconocida como una condición de salud pública global y de derechos fundamentales, ha sido considerada como una prioridad para Ecuador durante el actual Gobierno. A partir de su Declaración como una política de Estado en 2007, el país ha obtenido grandes avances y resultados en materia de discapacidades.

Con el desarrollo de programas como la Misión Solidaria Manuela Espejo o el programa Joaquín Gallegos Lara, se ha sentado un precedente dentro del trabajo en el tema de discapacidades los que han sido reconocidos a nivel mundial y han servido de referente para otros estados de América Latina, esto se enfoca dentro del Plan Nacional para el Buen Vivir que realizó la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) enfocado en el Objetivo 2 enfocado en auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial en la diversidad. (SENPLADES, 2013).

En este sentido, varias instituciones trabajan coordinadamente para establecer la política del Buen Vivir como premisa esencial de inclusión, entre ellas destaca la planificación de actividades del 2014 del Ministerio de Inclusión Económica y Social.

Tabla 7: Componentes de la política pública del Buen Vivir

Componentes	Objetivos específicos
Habilitación a personas con discapacidad	Implementar servicios de atención integral a personas con discapacidad que potencien las habilidades, aptitudes, capacidades y conocimientos necesarios para generar autonomía, acceso al libre ejercicio de derechos y una vida plena a las personas con discapacidad.
Salud preventiva, alimentación y nutrición	Brindar asistencia alimentaria-nutricional a través de cuatro ingestas diarias garantizando su calidad.
Participación familiar y comunitaria	Fortalecer la participación de la familia y de los distintos actores de la comunidad en el desarrollo integral de las

	personas con discapacidad.
Estrategias de cuidado al cuidado	Implementar servicios de atención, acompañamiento, capacitación a la persona cuidadora para el ejercicio pleno de sus derechos.
Estrategias de relacionamiento intersectorial	Fortalecer el sistema de servicios públicos para personas con discapacidad.

((MIES), 2014)

Otra aplicación del Buen Vivir la realiza el Ministerio de Salud del Ecuador el cual atribuye ciertas cualidades, condiciones o características a una persona y los diversos elementos que permitan atribuir a alguien la condición legal de Persona con Discapacidad, para acceder a los derechos o beneficios de la Ley y otras disposiciones relacionadas con esta materia a escala nacional e internacional; acogiendo a la Ley Orgánica de Discapacidades y su respectivo reglamento.

“El Ministerio de Salud Pública del Ecuador garantiza la entrega de órtesis y prótesis a todas las personas con discapacidad que requieran de este tipo de ayuda técnica, con el fin de contribuir a la recuperación de su nivel de independencia y funcionalidad mejorando su movilización, autonomía y por ende contribuyendo a mejorar su calidad de vida”. (SALUD, www.salud.gob.ec, 2013)

Las prótesis se entregan a las personas con amputaciones de las extremidades inferiores y superiores independientemente de su causa, mientras que las órtesis se entregan a las personas que necesitan modificar ciertos aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético con el fin de corregir o facilitar la ejecución de una acción, actividad o desplazamiento, procurando ahorro de energía y mayor seguridad al realizarla.

A continuación detalló los programas y servicios sociales para las personas con discapacidad:

Tabla 8. Programas y servicios para personas con discapacidad

<p>Ley de Régimen Tributario Interno</p>	<p>Registro Oficial, Suplemento No. 463 del 17 de noviembre del 2004, Art. 77 Exenciones.- Estarán exentos del impuesto a los consumos especiales: los vehículos híbridos; y, los vehículos ortopédicos y no ortopédicos, importados o adquiridos localmente y destinados al traslado y uso de personas con discapacidad, conforme a las disposiciones constantes en la Ley de Discapacidades y la Constitución.</p>
<p>Codificación de la Ley Orgánica de Aduanas, Art. 27</p>	<p>Exenciones.- Están exentas del pago de tributos al comercio exterior, excepto las tasas por servicio aduanero, las importaciones a consumo de las siguientes mercancías:</p> <p>Los vehículos ortopédicos, aparatos médicos, ayudas técnicas, herramientas especiales, materia prima para órtesis y prótesis que utilizan las personas con discapacidades para su uso o las personas jurídicas encargadas de su protección.</p>
<p>PROGRAMA – MIDUVI</p>	<p>(Bono para vivienda) Decreto Presidencial No. 1175. Registro Oficial No 376 del 8 de julio de 2008; Decreto Presidencial No. 1626. Registro Oficial No. 561 del 1 de abril de 2009 Bono para compra, construcción, mejoramiento y ampliación de vivienda.</p>
<p>Sistema de incentivos de vivienda rural y urbano marginal</p>	<p>Registro Oficial No. 256 del 12 de agosto de 2010</p> <p>Las viviendas que se construyan, terminen o mejoren con el incentivo de vivienda rural o urbano marginal, se califican como viviendas de interés social aplicables a exoneraciones tributarias.</p>
<p>Ley No. 99-24 Reforma de</p>	<p>Registro Oficial No. 181 del 30 de abril de 1999, Art. 20</p>

las Finanzas Públicas	Exoneración de impuesto a la Renta a los ingresos obtenidos por personas con discapacidad, en un monto equivalente al triple de la fracción básica.
Ministerio Coordinador de Desarrollo Social	Asignación económica mensual para personas con discapacidad en situación de pobreza (Registro del SELBEN).

(CONADIS, 2014)

La situación de crisis económica y la paulatina pérdida de derechos de las personas y comunidades, pone en evidencia la urgente necesidad de cambiar el modelo vigente. Las personas están cada vez más insatisfechas, infelices y ‘estresadas’, por lo que se cuestionan el sentido de la vida.

La movilización social global incrementa, y también surgen iniciativas locales que buscan caminos para volver a la madre tierra, simplificando la vida para un mayor disfrute en equilibrio y armonía. El Buen Vivir es una propuesta personal, comunitaria, local y al mismo tiempo global, que nos presenta alternativas para la transformación de la aldea planetaria.

El Buen Vivir con énfasis en la garantía, titularidad y ejercicio de derechos de los grupos de atención prioritaria. Esto implica garantizar enfoque de derechos y justicia en la formulación, definición, ejecución e implementación de las políticas y acción del Estado, Sociedad y Familia para todo el ciclo de vida y por condición de discapacidad. Implica también la eliminación de condiciones que limitan el pleno ejercicio de derechos y la atención directa a las personas cuyos derechos han sido vulnerados.

En este sentido, el Buen Vivir es una alternativa práctica, la lucha actual de los pueblos indígenas se encauza a la defensa de la madre tierra y de la vida, por lo que su mensaje aboga por el trabajo global y la unidad y que en este caso también engloba a las personas con discapacidad, como se explicó en este capítulo.

5.5.- Comunicación como herramienta para mejorar la salud de las personas con discapacidad

A la vista de las ideas y los datos expuestos en el presente trabajo de investigación, se puede ampliar que la población con discapacidad, globalmente considerada, tiene un mayor grado de vulnerabilidad y un menor grado de protección frente a las diversas situaciones patológicas que se pueden plantear en su vida.

Unas veces, porque no dispone de los mismos sistemas de alarma que los demás, sea por falta de información, o por falta de capacidad para percibirlos como tales. Y otras, porque carece de autonomía o de iniciativa para responder a esa alarma, para acudir a solucionarla, y para poner en marcha las soluciones adecuadas y en este sentido entra en juego la comunicación como herramienta para mejorar la salud de las personas con discapacidad.

En este sentido, la Comunicación plantea la noción de que los medios masivos tienen la responsabilidad de crear una atmósfera pública favorable al cambio. Por su parte la comunicación como herramienta para mejorar la salud de las personas con discapacidad tiene que ver con las diversas formas de interacción social del mensaje que se quiere emitir.

Esto plantea que la comunicación planificada y organizada, es un instrumento clave para el logro de las metas prácticas de instituciones y proyectos de instituciones que propicien mejorar la salud de las personas.

En el Ecuador, con especificidad en los medios de comunicación, la Superintendencia de la Información y Comunicación emitió un comunicado en el cual los radios, los canales de televisión, revistas, deberán implementar “progresivamente” (SUPERCOM, 2015) los mecanismos para acceder a los beneficios de la comunicación, sus medios, tecnologías, establecidos en la Convención de la Organización de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Para esto, la comunicación debe ser un eje transversal en el proceso, el paradigma participativo y de cambio social de la comunicación es el que debe aplicarse en el proceso de transformación de la realidad de las personas con discapacidad para crear en equipo y desde los sujetos espacios accesibles, incluyentes y no discriminatorios que les permitan desarrollarse y desenvolverse como otros ciudadanos.

En este sentido, la discapacidad no es en sí, exclusivamente, un problema funcional de alguna parte del organismo humano, sino que es un problema social; tanto de barreras arquitectónicas como barreras actitudinales y de relaciones sociales.

“Hay que conseguir también la integración en el terreno mediático, donde aún subyace unas fórmulas de tratamiento sobre la información de la discapacidad poco rigurosas, unos enfoques basados en generalizaciones, una apelación constante al estereotipo como herramienta para captar la realidad del colectivo a partir de simplificaciones aceptadas por la mayoría y una perspectiva del universo de la discapacidad que, en modo alguno, facilita la integración del discapacitado en su entorno”. (Perujo, 2002)

La discapacidad debe romper con su tradicional aislamiento en la sociedad, en gran medida motivado por sus notables carencias a la hora de reclamar un mayor espacio en el ámbito de lo noticiable.

Sólo así, el colectivo podrá traspasar sus propios límites, ser más y mejor conocido, colarse entre las cuestiones preferentes que conforman la actualidad y combatir unas fórmulas de acercamiento periodístico cuyo saldo le ha sido siempre más bien desfavorable. En esencia, “los medios, con sus noticias, empujan al hombre a ponerse en contacto con el mundo.

CAPÍTULO 6.

METODOLOGÍA SUGERIDA PARA TRATAR LA DISCAPACIDAD

6.1. Metodología

La discapacidad física tiene varias acepciones, entre las cuales se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada.

Uno de las principales causas de la discapacidad física está relacionado con problemas durante la gestación, la condición de prematuro del bebé o a dificultades en el momento del nacimiento. También pueden ser causadas por lesión medular en consecuencia de accidentes.

En este sentido, la parte neurológica también puede verse afectada, es por esto que es necesario tomar acciones de comunicación para sobrellevar y tener mayor control sobre la salud de las personas afectadas.

Esta nueva forma de funcionar del cuerpo humano provoca que las tareas cotidianas sean realizadas de una manera distinta, lo que conduce a que ciertos músculos, articulaciones, huesos, busquen su propia forma de adaptarse al nuevo accionar.

El público objetivo el cual aborda esta revista está destinado a todas las personas con algún tipo de discapacidad física, hombres y mujeres, de cualquier condición social, sin restricción de edad.

La principal diferencia entre una revista especializada y una tradicional radica en que los artículos de la primera presuponen un conocimiento previo en un campo particular, en este caso la discapacidad y sus prácticas.

Esta revista estará escrita principalmente para personas con discapacidad y médicos especialistas. Esta identificación del grupo objetivo permite a los escritores profundizar en más detalles y discutir temas que no serán de interés para los lectores de las publicaciones de interés general.

En este trabajo de investigación, el elaborar una revista sobre las buenas prácticas de salud de las personas con discapacidad física, con el fin de fomentar una salud preventiva, permite hacer un ejercicio de acercamiento a su realidad y crear conciencia en las posibilidades que tienen para hacer contenidos comunicacionales.

6.2. Preproducción

En esta fase de la realización de una revista especializada en buenas prácticas de salud preventiva para las personas con discapacidad física, se tomó en consideración los pasos esenciales para ponerla en marcha, como son la temática a tratar y el público objetivo al cual se va a dirigir.

Como elemento de comunicación, se propone a la revista con un eje perspectivo integral, que intenta articular saberes y miradas de los actores que participan en un proceso de salud.

Estas iniciativas de comunicación apuntan a conocer los lenguajes, el modo de relacionarse y de vinculación, para trabajar las problemáticas de salud sin escisión posible del espacio de lo cotidiano, de la cultura local, como ámbito ineludible de la representación de los problemas.

Se definió el nombre de la revista, que es: “El Buen Vivir de la discapacidad”, asimismo se diseñó la portada y la contraportada, se estableció 16 hojas en la revista, así como los contenidos, el cómo montar la revista, para esto se recurrió a un machote.

“Para esto se necesita realizar un proyecto editorial, donde se establece el público objetivo de la revista y análisis sociodemográfico. Audiencia que se aspira alcanzar: su número, segmentos de preferencia (popular o revista de referencia profesional o social)”. (Graf, 2011)

En el resumen ejecutivo sobre el proyecto editorial. Establecer la línea editorial de la nueva revista, contenidos, estilo y presentación que se adapta mejor al público. Es decir establecer las intenciones de fondo que inspirarán a la publicación y que guiarán su

desarrollo a lo largo del tiempo. Además habrá que incluir las prioridades informativas de la revista y el estilo general.

La dimensión intercultural ubica a la salud en los procesos culturales. Es pensar la salud, la enfermedad y la atención desde una perspectiva relacional que recupera los procesos históricos y considera que todo campo sociocultural es heterogéneo.

6.2.1. Desarrollo de la revista

En segundo momento se definió el sumario ejecutivo, donde se detalla todos los puntos relevantes de esta revista especializada en buenas prácticas para las personas con discapacidad. Resumen en el que se explican los puntos más relevantes del proyecto.

Se estableció el estilo de redacción, los principios editoriales, el índice de contenidos, descripción de las secciones y suplementos, su estructura, ritmo y orden.

La organización de la redacción, organigrama, cargos y funciones, así como la propuesta gráfica de diseño editorial, en el cual se establece un planteamiento de la política de texto, presentación, fotografía e ilustración, la arquitectura interna de las páginas, el uso de la tipografía, que es Arial 11, formato, cabeceras y uso del color.

En este caso es necesario realizar un abordaje de la relación comunicación y salud a partir de la incorporación de dimensiones como comunidad, interculturalidad y cultura popular, de la identidad y bajo la cual se trabajó en los siguientes aspectos:

Valor o aportación del artículo.- Los contenidos de la revista tendrán que ver con la posibilidad de comunicar un resultado original de investigación o un método para fomentar las buenas prácticas en salud de las personas con discapacidad física, además de ofrecer explicaciones del mismo tema de manera clara y fácil de comprender.

Tipos de lectores.- Dirigido a personas con discapacidad física, independientemente de su condición y de todas las edades, especialistas en la materia, es decir a médicos, investigadores, sociólogos, tanto estudiantes y profesionistas. Esta segmentación de los públicos responde a una transformación de la cual han formado parte los usuarios.

Actualidad del tema.- Considerando que esta revista está dirigida a un público específico, interesado en conocer temas precisos según sus necesidades e intereses, se procurará tener actualidad en los temas que se abordarán en la misma. Incluso se buscará información útil para el grupo de lectores al que está dirigido.

Referencia a trabajos previos.- Se preocupará que cada artículo escrito haga referencia a trabajos previos, tomando en cuenta que el tema ha sido escasamente tratado en el país.

Organización y presentación.- La organización y presentación de la revista brindará una lectura comprensible, acorde a las necesidades del lector, y tendrá gráficos para ejemplificar de mejor manera las prácticas de las personas con discapacidad física.

Bibliografía.- Para que los lectores no versados en el tema, que tengan interés en éste, puedan estudiarlo a más profundidad.

Material gráfico y de apoyo.- Ofreciendo apoyos visuales para enriquecer, mejorar y extender, la explicación de los artículos.

6.3. Producción

En la producción de la revista especializada se llevó a cabo la planificación de entrevistas a reconocidos especialistas en el área de discapacidades, se visitó importantes centros de rehabilitación física, donde explicaron a profundidad los procesos de ejercicios, fisioterapias que ofertan a la ciudadanía. Toda la información recolectada está disponible en la revista que se adjunta a la presente.

6.4. Postproducción

Este es uno de los pasos primordiales dentro de la elaboración de una revista. La postproducción se realizó el esquema de maqueta de la revista, los encabezados, el

diseño de fotografías y la inclusión de las infografías. Esto se realizó con el programa Adobe InDesign, Adobe Photoshop.

CONCLUSIONES

Como se puede ver en este estudio, las buenas prácticas de salud preventiva para las personas con discapacidad física es un tema que aún no se visibiliza en los medios de comunicación, que presentan un visión reduccionista de todo el entorno que conlleva llevar una vida atada a una silla de ruedas, muletas, entre otras.

En el presente trabajo de tesis concluye que las personas que conviven con una discapacidad física son estigmatizadas o sufren de discriminación tanto laboral, académica, política y social, debido a su condición que motiva a otras personas a verlas como sujetos asexuales y dependientes.

En el Ecuador no existen las suficientes organizaciones gubernamentales, particulares y de servicio ciudadano que brinden la suficiente información de cómo tratar los temas de las buenas prácticas en salud para personas con discapacidad física.

Las personas que sufren algún tipo de discapacidad física deben contar con todos los beneficios que brinda el Estado ecuatoriano en materia de inclusión social y de accesibilidad, entre ellos se exponen: acceso laboral, espacios físicos adecuados, atención médica y preventiva de carácter preferencial y espacios de debate sobre su condición.

RECOMENDACIONES

Los medios de comunicación tradicionales deben fomentar espacios inclusivos donde se presente nuevas formas para tratar temas referentes a la discapacidad física.

Los medios de comunicación masivos, academia, centros educativos se naturalice la condición de discapacidad física y se fortalezca los valores de respeto, comprensión hacia el Grupo de Atención Prioritaria.

Se recomienda crear espacios de debate para personas que se encuentran en esta condición a fin de crear criterios desde la academia, la sociedad y las instituciones, para tener una mirada más clara de la situación y fomentar el debate sobre las características de los grupos de atención prioritaria.

Asimismo, se sugiere elaborar productos especializados en la condición de estas personas que les permita tener elementos para llevar una vida más incluyente, propositiva y dinámica.

LISTA DE REFERENCIA

- (CONADIS), C. N. (04 de 2014). *www.consejodiscapacidades.gob.ec*. Recuperado el 20 de 01 de 2015, de *www.consejodiscapacidades.gob.ec*: <http://www.discapacidadesecuador.org/images/stories/File/lenguaje%20positivo.pdf>
- (MIES), M. D. (2014). *www.inclusión.gob.ec*. Recuperado el 03 de 02 de 2015, de <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Anexo-4.-Planificaci%C3%B3n-de-Actividades1.pdf>
- Alcalay, R. (03 de 1999). *Revista Panamericana de Salud*. Recuperado el 03 de 02 de 2015, de www.scielo.org: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999000300020
- Alfaro, R. M. (1993). *Una Comunicación para otro Desarrollo*. Lima: Calandria.
- Alfaro, R. M. (1993). *Una Comunicación para otro Desarrollo, para el diálogo entre el norte y el sur*. Lima: Calandria.
- Atoche, M. (2000). *Comunicación en Salud en América Latina*. Recuperado el 07 de 10 de 2014, de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/atoche_mm/2.pdf
- Barranquero, A. (2010). *Comunicación Alternativa y comunicación para el cambio social democrático*. Málaga: AE-IC.
- Beltrán, L. R. (1998). *Comunicación para la salud del pueblo*. Bogotá.
- Beltrán, L. R. (10 de 2007). *Adiós a Aristóteles: La comunicación "horizontal"*. Recuperado el 08 de 09 de 2014, de <http://www.rebellion.org/docs/54654.pdf>
- Beltrán, L. R. (21 de 02 de 2007). *Un Adiós a Aristóteles: La Comunicación Horizontal*. Recuperado el 14 de 09 de 2014, de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-
- Beltrán, L. R. (2014). *www.rebellion.org*. Recuperado el 05 de 09 de 2014, de [www.rebellion.org](http://www.rebellion.org/docs/54654.pdf): <http://www.rebellion.org/docs/54654.pdf>
- Bravo, R. (2011). *La Comunicación para el Desarrollo en las políticas públicas ecuatorianas: retrospectiva y situación actual*. Recuperado el 21 de 10 de 2014, de <http://tucomunidadinfo.wordpress.com/2011/10/14/la-comunicacion-para-el-desarrollo-y-su-aplicacion-en-el-ecuador/>
- Cisneros, J. (09 de 2001). *El concepto de la comunicación: El cristal con que se mira*. Recuperado el 08 de 09 de 2014, de [www.grupo.us.es](http://grupo.us.es): <http://grupo.us.es/grehcco/ambitos07-08/cisneros.pdf>
- CONADIS. (2014). *www.consejodiscapacidades.gob.ec*. Recuperado el 03 de 02 de 2015, de <http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/programa-1/>
- CONADIS, D. C. (05 de 2013). Registro Nacional de Discapacidades. Ecuador.
- Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades, C. (agosto de 2014). *Lenguaje positivo y buen trata hacia las personas con discapacidad. Lenguaje positivo y buen trata hacia las personas con discapacidad*. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Constitución. (2008). Recuperado el 06 de 10 de 2014, de <http://www.discapacidadesecuador.org/portal/images/stories/File/leyes%20y%20Ordenanzas/Constitucion.pdf>
- Contreras, A. (2000). *Imágenes e Imaginarios de la Comunicación Desarrollo*. Quito: Quipus.

- Cuesta, U. (04 de 2008). *Comunicación y Salud: Avances en modelos y estrategias de intervención*. Recuperado el 07 de 10 de 2014, de http://www.madridsalud.es/comunicacion_salud/documentos/ComunicacionySaludAvances.pdf
- Cuesta, U., Menéndez, T., & García, M. (17 de 04 de 2008). *Comunicación social y salud: Un nuevo planteamiento estratégico*. Recuperado el 03 de 02 de 2015, de www.madridessalud.es: http://www.madridsalud.es/comunicacion_salud/documentos/ComunicacionySaludAvances.pdf
- Floréz, J. (14 de 08 de 2005). *www.downcantabria.com*. Recuperado el 03 de 02 de 2015, de www.downcantabria.com: <http://www.downcantabria.com/revistapdf/84/8-14.pdf>
- Freire, P. (1991). *Extensión o Comunicación? La concientización en el medio rural*. Montevideo: Siglo Veintiuno Editores.
- Freire, P. (14 de 04 de 2005). *La Pedagogía del Oprimido*. Recuperado el 08 de 09 de 2014, de <http://www.ensayistas.org/critica/liberacion/varios/freire.pdf>
- Gestal, J. J. (2008). *¿Qué es la Medicina preventiva y la salud pública?* Recuperado el 06 de 10 de 2014, de https://dspace.usc.es/bitstream/10347/373/1/pg_064-077_adaxe6.pdf
- Goffman, E. (1995). *Estigma. La identidad deteriorada*. Argentina, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Graf, V. (11 de 02 de 2011). *www.blog.visualgraf.es*. Recuperado el 01 de 06 de 2015, de www.blog.visualgraf.es: <http://blog.visualgraf.es/2011/02/27/como-hacer-una-revista/>
- Guerrero, P. (2002). *La cultura. Estrategias conceptuales para comprender la identidad, la diversidad, la alteridad y la diferencia*. Quito: Abya - Yala.
- INEC, I. N. (2010). Censo de Población y Vivienda. *POBLACIÓN POR CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, SEGÚN PROVINCIA, CANTÓN, PARROQUIA Y ÁREA DE EMPADRONAMIENTO*.
- Loreto, M. D. (1997). *Proyecto atención primaria de Salud en la Región de Loreto*. Recuperado el 06 de 10 de 2014, de www.fastonline.org: http://www.fastonline.org/CD3WD_40/HLTHES/APS/APS03S/ES/BEGIN.HTM#CONTENTS
- Madrid, D. (2010). *Epistemología de la Comunicación*. Quito: Universidad Politécnica Salesiana.
- Madrid, D. G. (10 de 2008). *www.madrid.org*. Recuperado el 06 de 01 de 2015, de www.madrid.org: http://www.madrid.org/cs/BlobServer?blobkey=id&blobwhere=1310853507259&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3D2-CONCEPTO+DE+DISCAPACIDAD_2.pdf&blobcol=urldata&blobtable=MungoBlobs
- Mattelart, A. y. (1995). *Historia de las teorías de comunicación*. Barcelona: Paidós.
- Méndez, A. (2003). *La apuesta invisible. Cultura, globalización y crítica social*. Valencia.
- Mosquera, M. (12 de 2002). *Comunicación en Salud: Concepto, Teoría y Experiencias*. Recuperado el 14 de 09 de 2014, de <http://www.comminit.com/node/150400>
- Mosquera, M. (Guadalajara de 2003). *Comunicación en Salud: Concepto, Teoría y Experiencias*. Recuperado el 14 de 09 de 2014, de http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf

- Mosquera, M. (2003). *Comunicación en Salud: Concepto, Teoría y Experiencias*. Recuperado el 03 de 03 de 2015, de http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf
- Mosquera, M. (2003). *Comunicación en Salud: Conceptos, teorías y experiencias*. Recuperado el 06 de 10 de 2014, de [www.portalcomunicacion.com: http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf](http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf)
- Mosquera, M. (12 de 2010). *Comunicación en Salud: Concepto, Teoría y Experiencias*. Recuperado el 14 de 09 de 2014, de <http://www.comminit.com/node/150400>
- OMS SALUD, O. M. (2012). <http://www.who.int>. Recuperado el 03 de 02 de 2015, de [http://www.who.int: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/)
- Perujo, F. (2002). www.grupo.us.es. Recuperado el 03 de 02 de 2015, de [www.grupo.us.es: http://www.grupo.us.es/grehcco/ambitos07-08/perujo.pdf](http://www.grupo.us.es/grehcco/ambitos07-08/perujo.pdf)
- Ríos, I. (2011). *Comunicación en Salud: Conceptos y modelos teóricos*. Recuperado el 03 de 02 de 2015, de <http://www.google.com/ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&sqi=2&ved=0CDIQFjAD&url=http%3A%2F%2Fpublicacionescienciassociales.ufro.cl%2Findex.php%2Fperspectivas%2Farticle%2Fdownload%2F111%2F94&ei=ZfrQVNg1zZnIBJrXgPgF&usg=AFQjCNHlcrUX>
- Ruiz, J. (06 de 01 de 2005). sid.usal.es. Recuperado el 20 de 01 de 2015, de [sid.usal.es: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART6925/desempleofisicos.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART6925/desempleofisicos.pdf)
- Salud, M. D. (08 de 01 de 2013). Dirección Nacional de Prevención y Promoción de Salud. Ecuador.
- Salud, M. D. (2013). www.salud.gob.ec. Recuperado el 03 de 02 de 2015, de [www.salud.gob.ec: http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-discapacidades/](http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-discapacidades/)
- Salud, M. D. (08 de 01 de 2013). Dirección Nacional de Educación y Comunicación de la Prevención y Promoción de Salud. Ecuador.
- Sanmartí, S. (2006). *Concepto actual de medicina preventiva*. Recuperado el 10 de 06 de 2014, de <http://lbe.uab.es/vm/sp/materiales/bloque-4/Guardia-Rodes/prevencion-Guardia-Rodes.pdf>
- Sanmartí, S. (2014). *Concepto actual de medicina preventiva*. Recuperado el 03 de 02 de 2015, de [Ibe.uab.es: http://lbe.uab.es/vm/sp/materiales/bloque-4/Guardia-Rodes/prevencion-Guardia-Rodes.pdf](http://lbe.uab.es/vm/sp/materiales/bloque-4/Guardia-Rodes/prevencion-Guardia-Rodes.pdf)
- Senplades. (2013). www.buenvivir.gob.ec. Recuperado el 03 de 02 de 2015, de [www.buenvivir.gob.ec: http://www.buenvivir.gob.ec/32](http://www.buenvivir.gob.ec/32)
- Steiner, B. B. (2014). www.rebellion.org. Recuperado el 05 de 09 de 2014, de [www.rebellion.org: http://www.rebellion.org/docs/54654.pdf](http://www.rebellion.org/docs/54654.pdf)
- Supercom. (08 de 01 de 2015). *OFICIO CIRCULAR 001*. Obtenido de <http://www.supercom.gob.ec/contenido/medios-de-comunicacion-deben-presentar-plan-de-acceso-para-personas-con-discapacidad>

Anexos

Quito, DM. 3 de agosto de 2015

A quien corresponda

Por medio del presente autorizo el uso de mi testimonio y la respectiva entrevista al Sr. Dayan Patricio Coronado Herrera para la elaboración de su tesis de pregrado sobre la discapacidad y salud en Ecuador.

El mencionado puede hacer uso del mismo según considere pertinente.

Atentamente,

Manuel Vera Sánchez

CC. 170500634-2

Quito, DM. 3 de agosto de 2015

A quien corresponda

Autorizo el uso de la entrevista realizada a mi persona al Sr. Dayan Patricio Coronado Herrera quien se encuentra realizando una revista especializada en discapacidad y salud.

El mencionado puede hacer uso del mismo según considere pertinente.

Atentamente,

Santiago Salcedo

CC. 070484703-7