

CUADERNO DE TRABAJO

Comunicación en salud: conceptos y herramientas



Georgina González Gartland

EDICIONES **UNGS**



Universidad
Nacional de
General
Sarmiento

CUADERNO DE TRABAJO

**Comunicación en
salud: conceptos
y herramientas**

CUADERNO DE TRABAJO

**Comunicación en
salud: conceptos
y herramientas**

Georgina González Gartland

EDICIONES **UNGS**



Universidad
Nacional de
General
Sarmiento

González Gartland, Georgina

Comunicación en salud : conceptos y herramientas / Georgina González Gartland. - 1a ed.
- Los Polvorines : Universidad Nacional de General Sarmiento, 2019.

82 p. ; 28 x 20 cm. - (Política, políticas y sociedad. Cuadernos de trabajo ; 2)

ISBN 978-987-630-413-9

1. Comunicación. 2. Salud Pública. I. Título.
CDD 302.2

© Universidad Nacional de General Sarmiento, 2019

J. M. Gutiérrez 1150, Los Polvorines (B1613GSX)

Prov. de Buenos Aires, Argentina

Tel.: (54 11) 4469-7507

ediciones@ungs.edu.ar

www.ungs.edu.ar/ediciones

Diseño gráfico: Daniel Vidable - Ediciones UNGS

Diagramación: Eleonora Silva

Corrección: Edit Marinozzi

Hecho el depósito que marca la Ley 11.723

Prohibida su reproducción total o parcial

Derechos reservados

Impreso en Ediciones América

Abraham J. Luppi 1451, CABA, Argentina

en el mes de septiembre de 2019.

Tirada: 200 ejemplares.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
---------------------------	---

PARTE I

Definiciones y teorías: ¿qué es la comunicación en y para la salud?

Módulo 1

Comunicación en y para la promoción de la salud	11
---	----

PARTE II

Modelos y estrategias de comunicación en salud: ¿cómo abordamos la comunicación de las políticas de salud en el territorio?

Módulo 2

Modelos comunicativos de las políticas de salud	31
---	----

Módulo 3

Acciones y estrategias comunicativas de las políticas de salud en el territorio	41
--	----

PARTE III

Planificando la comunicación en y para la salud en el territorio

Módulo 4

De la planificación en comunicación	53
---	----

Módulo 5

Momentos de la planificación de comunicación en y para la salud en el territorio.....	65
--	----

COMENTARIOS FINALES	79
----------------------------------	----

Presentación

Vivimos en sociedades atravesadas por la comunicación: discursos, redes sociales, imágenes, publicidades, voces, silencios, entre otros. En general, se suele asociar la comunicación a los medios masivos o a las tecnologías, dejando de lado las prácticas sociales y culturales involucradas en cada proceso de comunicación en nuestra vida cotidiana.

Los diversos discursos mediáticos y no mediáticos a los que nos encontramos expuestos como destinatarios de políticas públicas de salud, como usuarios de los servicios de salud o como público, muchas veces confunden o evitan difundir informaciones o temas tendientes a promover hábitos saludables o de prevenir factores de riesgo entre la población. De allí que entendemos que la posibilidad efectiva de adoptar modos de vida saludables, tanto individual como colectivamente, requiere de la implementación de estrategias de comunicación para la salud pertinentes y adecuadas a los contextos y la gestión de las políticas de salud.

Este cuaderno de trabajo busca aportar conceptos y herramientas de comunicación que contribuyan con el diseño y la formulación de estrategias de salud en el territorio de promotorxs de salud, secretarixs y directorxs municipales de salud, profesionales y no profesionales de los equipos de salud.

En este sentido, cuando hacemos referencia al trabajo y las acciones desde

la comunicación en salud lo hacemos teniendo en cuenta la organización del sistema de salud pública en nuestro país. En principio, nos interesa señalar que es el sistema que provee y presta servicios de salud a toda la población independientemente de su capacidad de pago, se organiza en tres niveles de gobierno (nacional, provincial, municipal) y según Ariovich y Crojethovic (2015: 3)¹: "... entre sus funciones se destaca el atender las necesidades sanitarias de la población a través de la provisión de equipamiento médico, de profesionales y de auxiliares de la salud, internación, campañas de prevención, planes de vacunación, entrega gratuita de medicamentos, etc.". Por lo tanto, nuestro interés se centra en colaborar, a través de estas páginas, con la generación de instancias de diseño y producción de estrategias de comunicación que se adecuen a las características y funciones del sistema de salud pública.

Este cuaderno se organiza en *tres partes*. Una *primera parte* presenta las nociones de comunicación en y para la salud provenientes de organismos internacionales y de las corrientes teórico-metodológicas que las abordan. La *segunda parte* se ocupa de caracterizar e identificar los

¹ Ana Ariovich y María Crojethovic (2015). "La Fragmentación Institucional y la Potencialidad de las Redes de Servicios de Salud. Un aporte para su análisis". XI Jornadas de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 13 al 17 de julio.

principales modelos comunicativos de las políticas de salud según modalidades de gestión, los actores involucrados, los destinatarios, los medios, entre otros aspectos, que permiten reconocer criterios de aplicación en el territorio. Se presenta el rol que cumple la comunicación en y para la promoción de la salud como parte integrante del proceso de gestión de las políticas de salud en el territorio, teniendo en cuenta sus estrategias, recursos, medios y productos comunicativos. Asimismo, se

revisan las características y aplicación de estrategias de la comunicación en y para la promoción de la salud para dar cuenta de la relevancia que adquieren al momento de diseñar y formular políticas de salud dentro de un proceso de comunicación en salud. Finalmente, en la *tercera parte* se presentan los momentos y la definición de las estrategias para planificar la comunicación en los diferentes niveles y sectores del sistema sanitario teniendo en cuenta el abordaje territorial.

PARTE I

Definiciones
y teorías: ¿qué es
la comunicación en
y para la salud?





Fotografía: Eliana Molina

Módulo 1

Comunicación en y para la promoción de la salud

La visita al médico, la espera, la atención en la salita del barrio, sacar turno en el hospital, las charlas entre los concurrentes en una sala de espera son parte de los momentos que transitamos cuando de la salud se trata y que coexisten con la mesa de informes del hospital, las carteleras en los pasillos del centro de salud, las recetas y las indicaciones médicas, las campañas de vacunación en los medios de comunicación, entre otras. Se trata de las diversas situaciones de comunicación que conviven en el ámbito tanto de la atención como de la gestión de la salud.

Estas situaciones de comunicación forman parte tanto de nuestra vida cotidiana como de nuestras actividades o tareas en el ámbito social, cultural, laboral que van desde una conversación en el seno familiar, encuentros con amigos hasta reuniones del equipo de salud, la consulta médica, campañas de prevención, por ejemplo. *Situaciones de comunicación* que entendemos como el espacio vital en el que las personas, los grupos sociales y las comunidades entretejen las relaciones comunicativas a partir de las experiencias, las percepciones, las evaluaciones y siempre sostenidas en y por el lenguaje. Como plantea Prieto Castillo:

Estamos insertos, desde que nacemos, en situaciones de comunicación. La sociedad nos habla a través de múltiples discursos y nos va exigiendo que aprendamos a expresarnos de determinada manera y a referirnos a ciertos temas por encima de otros. Una situación de comunicación no se resuelve a través de algo tan pobre como aquello de un emisor que emite y un receptor que recibe. Estamos siempre inmersos en un todo significativo que se manifiesta por medio de distintos discursos, los cuales pueden contradecirse, sin dejar de pertenecer por ello al todo. Una relación de comunicación comprende las relaciones intrapersonales (yo conmigo mismo), grupales, sociales en general; las circunstancias económicas, políticas, culturales, el desarrollo de ciertas tecnologías, de ciertas formas de enfrentar y resolver los problemas de la naturaleza de la sociedad (1999: 81).

Comprender y reconocer las diferentes situaciones de comunicación que se despliegan en los espacios de atención y de la gestión de la salud requiere no solo reflexionar sobre las propias prácticas, sino también acordar puntos de partida sobre las nociones y conceptos de comunicación en general y de comunicación en y para la promoción de la salud en particular.

Partimos del supuesto que la comunicación (en sus diferentes modalidades: mediática, interpersonal, institucional o interactiva) se presenta como un aspecto relevante de la vida contemporánea a través de los medios de comunicación masiva, de las tecnologías digitales interactivas, de las relaciones interpersonales, comunitarias, por ejemplo. Entre estas y otras, encontramos diversas ideas de comunicación

que refieren a diferentes términos: asociación, comunidad, información, afectividad, sensibilidad, empatía, participación, codificación y decodificación, entre otros. Asimismo, todas estas nociones tienen correlato con acciones tales como:

Figura 1.1. Funciones de la comunicación



Fuente: elaboración propia sobre la base de Wolf, M. (2004). *La investigación de la comunicación de masas*. Barcelona: Paidós.

Estas ideas y acciones producen distintos sentidos según sea el lugar que concibe la comunicación. Con frecuencia se suele asociar la comunicación a los mensajes o la información que se lee en la prensa, se mira en la televisión o se escucha en la radio. Y en esa línea, en términos generales, tendemos a pensar la comunicación como aquella que se realiza a través de los medios de comunicación masiva, tales como la prensa, la radio, la televisión, internet, las redes sociales.

Si nos remontamos a los inicios de la investigación en comunicación encontraremos que se dedicaron a estudiar los efectos de la propaganda política y de la publicidad comercial a través de los medios masivos de comunicación en las audiencias. De esta perspectiva se conocen cinco (5) preguntas que plantea el sociólogo funcionalista Harold Lasswell (1902-1978) para estudiar la comunicación de masas, y que permiten describir los actos de comunicación. La base de este modelo es la psicología conductista o behaviorista,¹ que sostiene que la conducta humana es el conjunto de respuestas que presenta un ser vivo en relación con su entorno o estímulos. Por lo tanto, en el caso de la comunicación se supone que existe un *emisor activo* con voluntad de provocar determinados *efectos*, a través de cierto/s mensaje/s, en una *masa pasiva* de destinatarios que reacciona ante el estímulo.

¹ B. F. Skinner fue uno de los psicólogos conductistas más reconocidos, cuyo aporte en relación con el concepto de *condicionamiento operante* (acciones intencionales que tienen un efecto en el ambiente que nos rodea) a la filosofía del comportamiento fue fundante.

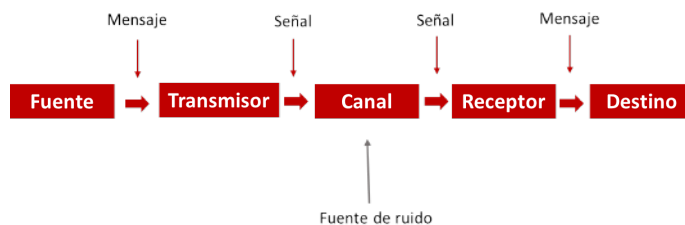
Figura 1.2. Paradigma de Harold Lasswell



Fuente: elaboración propia según Lasswell, H. D. (1948). “The Structure and Function on Communication in Society”. En Bryson, L. (coord.), *The Communication of Ideas*. Nueva York: Harper.

Paralelamente se difunde la denominada “Teoría Matemática de la Comunicación”² (1948) presentada por el ingeniero Claude E. Shannon y el sociólogo Warren Weaver, que buscaban la optimización de la transmisión de información por medio de canales técnicos. Este modelo describe el transporte de datos desde una *f fuente de información*, a través de un transmisor, que emite una *señal* que viaja por un canal hasta un *receptor* que decodifica la información que la transforma en un *mensaje* apto para un *destinatario*. Fundamentalmente, lo que les interesaba a Shannon y Weaver era perfeccionar la transferencia de datos a través de canales de comunicación tales como el cable telefónico o la onda radial.

Figura 1.3. Modelo matemático de la comunicación



Fuente: Representación gráfica del modelo matemático de la comunicación de Claude Shannon, tomado de López, R. (1998). *Crítica de la Teoría de la Información*. Disponible en: <https://www.moebio.uchile.cl/03/frprin01>

Estas dos maneras de explicar la comunicación coinciden en el modo lineal de caracterizarla. Ambas presumen que el proceso se origina en: “... un emisor que produce y envía un mensaje a través de un determinado canal (no importa que no sea de naturaleza tecnológica) y que terminan en la figura de un receptor que, al recibir los mensajes, los decodifica e interpreta consecuentemente” (Mata, 1985: 40).

Entre las limitaciones que tienen estas teorías, tales como centrarse en el emisor, el envío o transmisión de mensajes y sus efectos, dejando al receptor como el extremo pasivo de la cadena comunicativa, debemos advertir que, además, su preocupación

² Artículo publicado en el *Bell System Technical Journal*.

apuntaba a estudiar y conocer el comportamiento de los medios de comunicación en la sociedad.

No obstante, desde hace varias décadas los estudios de comunicación³ acuerdan que centrar la mirada solo en los medios no es suficiente para comprender los procesos de comunicación en nuestras sociedades. Para ello, proponen apelar a diversas disciplinas o enfoques como la semiótica, los estudios culturales europeos y latinoamericanos (ECC), la economía política de la comunicación (EPC), que han posibilitado superar los análisis lineales e instrumentales de la comunicación.

En este marco, desde la perspectiva latinoamericana de los Estudios Culturales se analizan los procesos de comunicación en nuestra sociedad como prácticas sociales, en términos de:

... “prácticas de enunciación” que se van construyendo a través de las narraciones, y mediante el desarrollo de habilidades y técnicas expresivas, un discurso que es entramado de la cultura y fundamento de la historia de vida de una comunidad. Complementariamente las prácticas sociales son también los no dichos, las estrategias de silencio, las resistencias. Todas ellas, las enunciadas y las que no lo son, se dan en un marco de condiciones de formulación y posibilidad que le dan encuadres y marcos de referencia (Uranga, 2007: 1).

Esta línea de trabajo analítico denominada “teoría de los discursos sociales” sostiene que resulta difícil conocer el o los efecto/s de sentido/s que se actualiza en la recepción de los discursos. En todo caso, los posibles efectos pueden hacer sentido en unos y otros receptores, nunca en todos los destinatarios por igual. A esta característica, Verón y Sigal la designan: “... como el principio de indeterminación relativa del sentido: el sentido no opera según una causalidad lineal” (2003: 15).

Consiguientemente, cuando hablamos de comunicación nos referimos a las diferentes situaciones de intercambio y producción de sentidos asimétricas entre diversos actores en un momento y espacio determinados. Es decir, los emisores despliegan algunas competencias que confieren cierto sentido, mientras que los receptores a su vez también le atribuyen sentido. Esto nos permite afirmar que *no son meros destinatarios vacíos* que reaccionan ante la intención de los primeros. Como explican Verón y Sigal: “... un discurso, producido por un emisor determinado en una situación determinada, no produce jamás un efecto solo y uno solo. Un discurso genera al ser producido en un contexto social dado, lo que podemos llamar un campo de efectos de sentido posibles” (2003: 14).

³ Nos referimos a la tradición de estudios de comunicación que se consolida durante el siglo xx en nuestro continente. Para conocer el desarrollo histórico y conceptual de esas perspectivas de comunicación recomendamos algunos de los siguientes autores: Wolf, M. (2004): *La investigación de la Comunicación de Masas*, Paidós, Buenos Aires; Mattelart, A. y Mattelart, M. (1997): *Historia de las Teorías de la Comunicación*, Paidós, Buenos Aires; De Moragas Spá, M. (2011): *Interpretar la Comunicación. Estudios sobre medios en América y Europa*, Gedisa, Barcelona, entre otros.

Por lo tanto, acordamos con el siguiente concepto de comunicación:

Definición:

La comunicación es un proceso social de producción, intercambio y negociación a través del cual se construye una trama de sentidos que involucra a todos los actores, sujetos individuales y colectivos, que va generando claves de lectura comunes, modos de entender y de entenderse, modos interpretativos en el marco de una sociedad y de una cultura (Uranga, 2007: 3).

La comunicación no se limita a la presencia de los medios de comunicación, sino que trata también de las relaciones entre personas y grupos en las que median e intervienen otros elementos, espacios, factores, contenidos, instituciones, entre otros. Como plantea Alfaro (1993: 27) es el reconocimiento de que existen relaciones dinámicas entre actores, a través de medios o no, en las que se encuentran “uno” y “otro”, o varios “otros” que se interpelan intersubjetivamente.

A partir de esta noción, entendemos que la comunicación es una dimensión involucrada en toda práctica social y, por ende, implicada en los procesos

de salud situados siempre en el marco de un territorio determinado.

Sin embargo, es hacia fines de siglo xx que se la considera como un elemento interviniente en el ámbito de la salud. Como señalan Díaz y Uranga (2011: 115), es en “la 1° Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, celebrada en 1986 en la ciudad de Ottawa (Canadá), que la comunicación empieza a hacerse un lugar en los procesos de salud”.

La Comunicación para la Salud tiene como antecedente a la Comunicación para el Desarrollo, perspectiva que a partir de la década del cincuenta, sostiene que los medios de comunicación producen efectos que posibilitan el cambio hacia el desarrollo económico de los países del Tercer Mundo. Este enfoque, que forma parte vertebral de los planes de desarrollo implementados en América Latina, se centra en la emisión de mensajes con fines educativos en tres áreas: agricultura, educación y salud. En estas áreas de intervención el principal supuesto es que los medios de comunicación pueden crear una atmósfera pública que favorece el cambio e innovación (modernización vía crecimiento económico). Esta idea fuerza es la que se conoce como una visión instrumental de la comunicación.

De este modo, Díaz y Uranga señalan que:

En línea con las teorías hegemónicas por aquellos años, se instaló una concepción de la comunicación con un claro sentido instrumental, que la consideraba como una herramienta para manipular y controlar las conductas individuales y colectivas; una idea claramente vinculada con las primeras teorías de la comunicación, basada en perspectivas sistémicas y funcionalistas, que la concibieron como mera transmisión de información con fines persuasivos (2011: 115).

Sin embargo, en América Latina la educación sanitaria no logró establecerse significativamente: en algunos países fue una especialización de la carrera de pedagogía o alguna área en ministerios o secretarías de salud. A inicios de la década del ochenta, la comunicación para la salud se comienza a imponer como subdisciplina en el campo de la promoción de la salud.

Ahora bien, considerando a la promoción de la salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de su salud y, por ende, tratar de mejorarlo, entendemos que la participación es esencial para sostener los esfuerzos y la acción en términos de promoción de la salud. Una de las estrategias posibles dirigida a mejorar el estado de la salud e instalar en la agenda pública de debate las cuestiones vinculadas a las políticas sanitarias (Organización Mundial de la Salud –OMS–, 1998) es la *comunicación para la salud*. Esta noción se puede precisar como aquel:

... proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente poder ejercer sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y el bienestar (Choque Larrauri, 2005: 8).

En este punto, lo que nos interesa resaltar es que el campo de la comunicación en o para la salud no obedece a una sola interpretación teórico-metodológica, sino que como plantean Cuberli, Casas y Demonte (2005: 46) existen diferentes abordajes: comunicación para el cambio de comportamiento, comunicación para el desarrollo y comunicación participativa.

Las teorías o enfoques del cambio de conducta, que incluimos en la comunicación para el cambio de comportamiento, cuyo apogeo fue entre las décadas del cincuenta y del setenta, parten del supuesto de que la modificación de los hábitos de vida se da a partir del individuo. Como plantea Ríos Hernández:

Dos conceptos clave dominan las teorías cognoscitivas del comportamiento en los niveles individual e interpersonal: 1. El comportamiento se considera mediado por el conocimiento, es decir, lo que sabemos y lo que creemos afecta a la manera como actuamos. 2. El conocimiento es necesario pero no suficiente para producir cambio de comportamiento. También desempeñan funciones importantes las percepciones, los sentimientos, la motivación, las aptitudes y los factores del entorno social (2011: 127).

El sustrato teórico de estos enfoques se desarrolla con: el “Modelo de Creencias de Salud” (MCS), la “Teoría de las etapas del cambio” y la “Teoría del aprendizaje social”.

El MCS⁴ se propone explicar cuáles son los motivos por los que una persona se involucra o no en ciertas conductas de salud. Según este modelo, las personas buscan evitar las enfermedades a partir de:

1. Las creencias o percepciones sobre la gravedad o no de un determinado problema;
2. las creencias o percepciones de la vulnerabilidad ante la/s enfermedad/es y
3. las creencias o percepciones de los costos y beneficios de la prevención de la/s enfermedad/es.

En este contexto: “La tarea de la comunicación sería la de otorgar los lineamientos teóricos y la fundamentación práctica para la elaboración de mensajes y materiales de comunicación tendientes a la persuasión de las personas a desarrollar acciones de salud” (Cuberli, Casas y Demonte, 2005: 46). De este modo, se supone que los medios de comunicación tienen una fuerte influencia en los comportamientos de salud de las personas. Sin embargo, entre las críticas nos encontramos con que se ha “puesto demasiado énfasis en creencias abstractas y conceptuales debido a la consideración extrema del elemento percepción como determinante para la predicción de conductas preventivas” (Ríos Hernández, 2011: 129).

Otro de los enfoques aplicados en el campo de la comunicación en y para la salud es la Teoría de las etapas del cambio que se centra en la toma de decisiones de las personas a partir de la consideración de un ciclo identificando diferentes etapas de cambio:

1. *Pre-contemplación*: las personas no se representan la necesidad de adoptar medidas de prevención y cuidado de la salud.
2. *Contemplación*: las personas no solo se representan la necesidad de modificar conductas, sino que comienzan a ser conscientes de las ventajas y desventajas de cambiar.
3. *Determinación*: las personas deciden adoptar diferentes medidas, como realizar una consulta médica, consultar un libro, conversar con algún conocido o familiar, entre otras.
4. *Acción*: las personas inician planes de acción que modifican su estilo de vida, por ejemplo, un plan de alimentación, la reducción del consumo de

⁴ El MCS fue desarrollado en la década del cincuenta por un equipo de psicólogos sociales, para estudiar las razones involucradas en la falta de participación de las personas de tres (3) ciudades norteamericanas en programas de detección precoz de tuberculosis. Ver: Ríos Hernández, 2011.

caféina, alcohol o sal, descanso adecuado, medicación recomendada por el profesional.

5. *Mantenimiento*: las personas prosiguen con los planes de acción iniciados. Se supone que han incorporado la conducta como hábito de vida.

Dado que se considera que el ciclo tiene avances y retrocesos se tienen en cuenta las posibles recaídas. Este modelo ha sido aplicado en diferentes casos como el tabaquismo, el alcoholismo, diabetes, control de peso, protección contra VIH, gestión del estrés, entre otros.

En este caso, las estrategias de comunicación se diseñan para cada una de las etapas que van atravesando las personas con el fin de adaptar los productos (contenidos, programas u otros) de los medios de comunicación en los primeros momentos, mientras que la comunicación interpersonal y las redes de apoyo se utilizan para las últimas fases del ciclo.

En tanto que la “Teoría del aprendizaje social”,⁵ que es la confluencia entre el conductismo⁶ y el cognitivismo,⁷ sostiene que las personas aprenden, se comportan y elaboran esquemas de pensamiento en relación con el entorno en el que se insertan, pero además lo hacen a partir de la observación de las acciones de otros. De allí que la comunicación puede complementar los procesos de aprendizaje social no solo a través de los diferentes medios de comunicación, sino también diseñando estrategias que tengan en cuenta las características socioculturales de las personas a las que se dirigen.

Por otra parte, la comunicación para el desarrollo⁸ (décadas del cincuenta y del sesenta), de la mano de la teoría de la modernización y del modelo de difusión de innovaciones, desarrolla un conjunto de investigaciones y estudios de opinión pública sobre la influencia de los medios de comunicación en procesos de desarrollo en países de América Latina⁹ para aplicar programas de acción en dichos territorios.

Una de las medidas de apoyo al desarrollo copatrocinado entre Estados Unidos y los gobiernos latinoamericanos fue en el ámbito de la salud, y estuvieron centradas en educación sanitaria orientadas a la planificación familiar.¹⁰ La comunicación en

⁵ Este modelo fue elaborado en 1977 por el psicólogo Albert Bandura con base en teorías del aprendizaje conductista sobre el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante de B. F. Skinner.

⁶ El conductismo es una corriente de la Psicología cuyo objeto de estudio es el análisis experimental de la conducta humana. Considera que la conducta del ser humano está determinada por los refuerzos y castigos que reciban del entorno. Ver: Watson, 1913.

⁷ El cognitivismo es una corriente de la Psicología que estudia los procesos implicados en la elaboración del conocimiento. Busca conocer el modo en que las personas comprenden la realidad a partir de la transformación sensorial. Ver: Piaget, 1984.

⁸ En los Módulos 3 y 4 se encontrará más desarrollo sobre este tema.

⁹ También se realizaron estudios y se aplicaron programas de apoyo al desarrollo en países del continente africano y asiático.

¹⁰ La educación sanitaria tenía como uno de sus objetivos difundir, entre las poblaciones latinoamericanas, la necesidad de planificar la cantidad de hijo/as en no más de dos por cada familia. La

y para la salud consistía “en el empleo de procedimientos de contacto personal, individual y en grupos, para ampliar el alcance y profundizar el impacto de mensajes instructivos para el cuidado de la salud pública; en lo masivo recurría a cartillas y carteles, especialmente para campañas” (Beltrán, 1993: 8). En México, por ejemplo, se comenzaron a producir telenovelas en cuyas tramas se presentaban indicaciones y recomendaciones sobre salud reproductiva. En Nicaragua, República Dominicana, Perú se combinaron programas radiales con visitas a escuelas y capacitación en salud. O bien, la difusión de una campaña en Honduras para reducir las altas tasas de mortalidad infantil por diarrea. Dicha estrategia se concentró en los medios de comunicación y en los servicios de salud con materiales gráficos y radiofónicos:

... se instruyó a promotores de salud para que actuaran también como multiplicadores de salud. Los resultados fueron significativos, [...] en un año la mortalidad infantil descendió de 47.5% a 25%. En la evaluación [...] se destacó que la información sobre el problema de salud y su prevención, había aumentado considerablemente (Cuberli, Casas y Demonte, 2005: 46).

A mediados de la década del noventa, se comienzan a plantear las limitaciones de los modelos de comunicación para el cambio o de la comunicación para el desarrollo: el énfasis en atender a la esfera de comportamiento individual junto con la escasa atención puesta en las características y relaciones con la comunidad a la que van dirigidos los mensajes de prevención y/o promoción de salud, así como también la mirada instrumental puesta en los medios de comunicación. En ámbitos académicos y profesionales empieza a surgir el enfoque de comunicación para el cambio social o comunicación participativa que, lejos de reproducir la linealidad de las perspectivas anteriores, pone el acento en las relaciones sociales, culturales y en la participación de las personas que se encuentran afectadas o perciben el problema directamente en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana (social, cultural, educativo, salud, económico, político).

En general, cuando se ha pensado en proyectos participativos de comunicación, los medios masivos han sido privilegiados con los resultados ya conocidos: enormes inversiones de las que queda muy poco en el ámbito comunitario cuando se retira el financiamiento y la asistencia técnica.

Si bien no es posible describir un modelo ideal, hay características comunes de la comunicación *participativa* en los proyectos e iniciativas que se reclaman *participativas*.

planificación familiar estaba regida por la premisa de la familia tipo: madre, padre y dos hijo/as para formar parte de sociedades modernas.

Comunicación y participación son dos palabras que comparten un mismo concepto. Etimológicamente, la alocución latina *communio* nos remite al hecho de participar y compartir. Cuando se trata de definir el perfil de la comunicación participativa, Gumucio Dagron (2001: 37-39) sostiene que es muy importante tener presente que es:

- un problema de poder: los enfoques participativos contribuyen a ubicar la toma de decisiones en manos de los ciudadanos y a consolidar la capacidad de las comunidades para confrontar sus ideas con expertos, técnicos y planificadores;
- un problema de identidad: la comunicación participativa contribuye a impulsar autoestima en el tejido social a través del fortalecimiento de las organizaciones propias de la comunidad. Protege los valores culturales, al mismo tiempo que facilita la integración de nuevos elementos. Otros modelos de comunicación para el desarrollo, que fueron implementados particularmente en torno a esquemas de salud, fracasaron a menudo en su intento de organizar sus estrategias y sus valores sin contar con la perspectiva de las comunidades beneficiarias.

Estos son algunos de los temas que distinguen a la comunicación participativa de otras estrategias de comunicación para el desarrollo en los procesos de cambio social:

- Proceso versus campaña: las comunidades, tomando en mano propia su futuro a través de un proceso de diálogo y de participación democrática en la planificación de las actividades comunicacionales, en lugar de campañas verticales, caras e insostenibles, que desencadenan movilizaciones sociales, pero no contribuyen a construir una capacidad de respuesta a las necesidades sociales, desde el ámbito comunitario.
- Con versus para: investigar, diseñar y diseminar mensajes con participación comunitaria, en lugar de diseñar, probar, lanzar y evaluar mensajes que fueron concebidos para la comunidad, pero resultan extraños a ella.
- Específico versus masivo: el proceso de comunicación adaptado a cada comunidad o grupo social en cuanto al contenido, el lenguaje, la cultura y los medios, en lugar de la tendencia a utilizar las mismas técnicas, los mismos medios y los mismos mensajes en contextos culturales diferentes y para diversos sectores sociales de la sociedad.
- Concientización versus persuasión: un proceso de concientización y de profunda comprensión de la realidad social, sus problemas y soluciones, en lugar de mecanismos de persuasión que inducen cambios de comportamien-

to a corto plazo, pero que son solamente sostenibles a través de campañas reiteradas.

En el caso del ámbito de salud, la participación de la comunidad es un elemento básico, tal como lo plantea la Carta de Ottawa de 1986. En este marco la comunicación, que promueve conocimientos, actitudes y prácticas de salud, se enfoca en fortalecer las relaciones comunitarias y las capacidades de las personas para incidir sobre los determinantes de su propia salud.

Sin embargo, a más de una década del inicio del siglo XXI, las perspectivas y propuestas desde las que se abordan los procesos de salud-enfermedad-atención siguen poniendo el énfasis en el cambio de comportamiento a través de la gran escala de los medios de comunicación y en menor medida, con alguna estrategia con actividades de corte comunitario, como talleres de debate o capacitación. Uno de los ejemplos que plantean Cuberli, Casas y Demonte sobre las campañas de prevención de VIH en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cuyas piezas gráficas en medios masivos se proponen convencer sobre el uso del preservativo, y a veces, enfocando las distintas fases de la enfermedad: “Estas estrategias responden a las funciones asignadas a la comunicación en salud desde los abordajes, ya señalados, de teorías del aprendizaje y creencias en salud” (2005: 47).

Por ende, nos interesa aquí destacar que nuestra perspectiva sobre la comunicación en y para la salud se alinea con concepciones *dialógicas y participativas* como las de Gumucio Dagron (2001), Kaplún (2000), Prieto Castillo (1999), entre otros, que ponen el acento en la articulación de sentidos dominantes y dominados en las comunidades en un tiempo y espacio dados.

Por lo que entendemos la comunicación en y para la salud como un espacio tanto *de producción de conocimiento y de intervención* en y con la comunidad para lograr alcanzar mejores niveles de salud en nuestras sociedades. En este camino, creemos importante destacar que la implementación de un enfoque de comunicación en y para la salud, que incluya a todos los actores involucrados en el proceso de salud-enfermedad-atención, debe actuar en tres dimensiones interrelacionadas (Zapezochny *et al.*, 2011: 7):

- *Dimensión política:* en la que se negocian recursos, contenidos y sentidos de las iniciativas de la política sanitaria; y en la que las autoridades y los decisores de los diferentes niveles del sistema deben conocerlas para colaborar y asegurar que tengan buenos resultados.
- *Dimensión organizativa:* en la que se deben construir espacios de encuentro, formación e interacción participativa con otras áreas del organismo donde se actúe (ministerios, secretarías, Centros de Atención Primaria de

la Salud –CAP–, etcétera, y también con otros actores estratégicos como organizaciones sociales, gremios, escuelas.

- *Dimensión sociocultural:* en la que se ubican las acciones y prácticas comunicativas a fin de comunicar acciones de gobierno, instalar y/o construir un tema de salud, aportar a la prevención de enfermedades o promocionar acciones saludables, contando con la participación de todos los actores involucrados.

Si bien la comunicación en y para la salud puede promover y facilitar comportamientos saludables en las sociedades, no garantiza que los individuos adopten efectivamente conductas o que las sostengan en el tiempo, así como tampoco puede modificar por sí sola la lógica del sistema sanitario (Díaz y Uranga, 2011: 123).

Ahora bien, el tipo de trabajo que podemos desarrollar desde la comunicación en y para la salud, teniendo en cuenta los campos de acción de la Carta de Ottawa consisten en: elaborar políticas públicas saludables; crear ambientes favorables a la salud; reforzar la acción comunitaria; desarrollar las aptitudes personales y reorientar los servicios sanitarios. Estas directrices permiten graficar las acciones que se pueden desarrollar en torno a la comunicación en y para la salud del siguiente modo:

De este modo, la comunicación en y para la salud es una *estrategia clave para informar, sensibilizar, concientizar, construir opiniones en y con la población en torno a aspectos concernientes a la salud y/o mantener, poner cuestiones sanitarias en la agenda pública. Abarca varias áreas que incluyen la educación, el periodismo sanitario, la comunicación interpersonal, la abogacía de la salud en los medios de comunicación, marketing social.*

Figura 1.4. Campos de trabajo en la comunicación en salud



Fuente: elaboración propia según directrices de la Carta de Ottawa (1986).

Bibliografía

- Alfaro, Rosa María (1993). *Una comunicación para otro desarrollo: para el diálogo entre el norte y el sur*, pp. 27-39. Lima: Calandria-Asociación de Comunicadores Sociales.
- Beltrán, Luis Ramiro (2005). “Comunicación para el desarrollo en Latinoamérica: un recuento de medio siglo”. Panel III: Problemática de la Comunicación para el Desarrollo en el contexto de la sociedad de la información. III Congreso Panamericano de la Comunicación, Carrera de Ciencias de la Comunicación Social, Universidad de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, 12 al 16 de julio.
- Choque Larrauri, Roque (2005). *Comunicación y educación para la promoción de la salud*. Disponible en <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>. Fecha de consulta: 10/6/2017.
- Cuberli, Milca; Casas, Laura y Demonte, Flavia (2005). “La Comunicación en el ámbito de la salud: Perspectivas para repensarla”. *Salud y Población*, n° 4, pp. 45-48.
- De Moragas Spá, Miguel (2011). *Interpretar la comunicación. Estudios sobre medios en América y Europa*. Barcelona: Gedisa.
- Díaz, Hernán y Uranga, Washington (2011). “Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria”. *Revista de Comunicación y Salud*, vol. 1, n° 1, pp. 113-124.
- Gumucio Dagron, Alfonso (2001). *Haciendo olas. Historias de comunicación participativa para el cambio social*. Nueva York: The Rockefeller Foundation.
- Kaplún, Gabriel (2000). *Comunicación organizacional: la importancia de los bordes y las ventajas de agacharse*. Quito: Cuadernos de Chasqui.
- Lasswell, Harold Dwight (1948). “The Structure and Function on Communication in Society”. En Bryson, L. (ed.), *The Communications of Ideas*. Nueva York: Harper.
- López, Ricardo (1998). “Crítica de la teoría de la información”. *Cinta de Moebio: Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, n° 3, pp. 24-30. Disponible en: <https://www.moebio.uchile.cl/03/frprin01.html>.
- Mata, María Cristina (1985). “Nociones para pensar la Comunicación”. Material elaborado para la Asignatura Extensión Rural. FCA-UNC (Fragmentado de Nociones para pensar la comunicación y la cultura masiva, Modulo 2, Curso de Especialización Educación para la Comunicación). Buenos Aires: La Crujía.
- Mattelart, Armand y Mattelart, Michèle (1997). *Historia de las teorías de la comunicación*. Buenos Aires: Paidós.
- OMS (1986). Carta de Ottawa. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf>
- Piaget, Jean (1984). *El lenguaje y el pensamiento en el niño pequeño*. Barcelona: Paidós.
- Prieto Castillo, Daniel (1999). *La comunicación en la educación*. Buenos Aires: CICCUS-La Crujía.
- Ríos Hernández, Iván (2011). “Comunicación en Salud: conceptos y modelos teóricos”. *Perspectivas de la Comunicación*, vol. 4, n° 1, Universidad de la Frontera, Temuco.
- Uranga, W. (2007). *Mirar desde la comunicación*. Mimeo. Buenos Aires.

- Verón, Eliseo y Sigal, Silvia (1986). *Perón o muerte. Los fundamentos discursivos del fenómeno peronista*, pp. 15-16. Buenos Aires: Legasa.
- Watson, John Broadus (1913). "Psychology as the behaviorist views it". *Psychological Review*, vol. 20, n° 20, pp. 158-177.
- Wolf, Mauro (2004). *La investigación de la comunicación de masas*. Barcelona: Paidós.
- Zapezochny, Valeria; Jait, Andrea; Tufro, Lucila; Bruno, Daniela y Deguer, Carolina (2011). "Mapeo nacional de capacidades en comunicación y salud pública en Argentina". *Revista de Comunicación y Salud*, vol. 1, n° 2, pp. 5-18.

PARTE II

Modelos y estrategias de comunicación en salud: ¿cómo abordamos la comunicación de las políticas de salud en el territorio?





Fotografía: Eliana Molina

Módulo 2

Modelos comunicativos de las políticas de salud

Durante el siglo xx, el desarrollo de estudios e investigaciones sobre la comunicación pública en América Latina se tornó significativo en el ámbito académico, en el de las organizaciones públicas del Estado como así también en los organismos internacionales. El centro de atención de este campo de estudios, en su mayoría, se dirigió a indagar, diseñar e implementar los modos comunicacionales propios de los ámbitos de gestión estatal, de las políticas públicas y/o de las organizaciones de la sociedad civil.

Tradicionalmente, la gestión pública de la comunicación tomó el modelo proveniente del sector privado sin reflexión crítica sobre el ámbito de aplicación, la metodología y las herramientas pertinentes para tal fin. Las organizaciones públicas, como un modelo más de organización, adquirieron las condiciones que, en otros momentos, eran características de las organizaciones privadas y con fines comerciales. Toman de estas últimas la impronta de la publicidad y el *marketing*. Asimismo, una de las características del modelo es el privilegio del rol de los medios de comunicación masiva con el fin de informar, difundir o dar publicidad a los actos administrativos o de políticas públicas. De este modo, predomina la unidireccionalidad de la comunicación: de las instituciones a los ciudadanos y ciudadanas, la población es objeto de información y no sujeto. El caso de las organizaciones públicas de salud no escapa a esta modalidad comunicativa.

A pesar de los avances que se han realizado en el campo y en las experiencias de la comunicación pública, en muchos casos, la tendencia actual en el ámbito público sigue siendo asimilar la comunicación estrictamente a la difusión y la publicidad. Pero fundamentalmente no se desarrolla un modelo de comunicación estratégico de prevención y/o promoción, sino que las acciones comunicacionales se basan en reaccionar ante los desafíos presentados por la coyuntura. Es decir, la comunicación es el instrumento para abordar problemas imprevistos, es reactiva. Por ejemplo, la respuesta condicionada del Ministerio de Salud de Nación y cierto desconcierto inicial entre la población cuando se produjeron picaduras de alacranes en la ciudad de Buenos Aires y en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) a comienzos de 2017.

Como mencionábamos en el primer módulo, el enfoque de la Promoción de la Salud, en particular de los organismos internacionales como la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), reconoce a la comunicación como estrategia clave en la formulación y la implementación de programas y proyectos de salud. Desde esta perspectiva, se postula que la planificación de una política de salud que apunta a la promoción y prevención requiere una propuesta comunicacional como instrumento estratégico en todo el proceso desde su diseño, puesta en marcha, monitoreo y evaluación.

Y reiteramos que la comunicación debe formar parte indiscutible desde el momento mismo de la formulación de las políticas de salud. Es decir, la planificación de una política, programa o proyecto requiere tomar en consideración no solo la relación entre el Estado y la sociedad, los sujetos político-técnicos (ministerios, servicios, organismos públicos) que la impulsan, los destinatarios potenciales y reales, sino también la incorporación efectiva del componente comunicativo desde la etapa inicial de diseño y formulación (Moro, 2000).

Sin embargo, en la mayoría de las políticas de salud, el componente comunicativo forma parte, en el mejor de los casos, de las contingencias de su implementación antes que de su formulación y diseño. Por un lado, al especialista en comunicación se lo suele llamar cuando se requiere informar o difundir las características, modos de acceso, beneficios de la política, el programa o el proyecto de salud a la población en general o en particular a sus destinatarios. Se presume que la comunicación de la política de salud se resume en la elaboración de una campaña de difusión mediática (prensa, radio, televisión, internet) centrada exclusivamente en el diseño y desarrollo de los productos comunicativos (pautas en los medios, materiales gráficos, publicidad callejera, entre otros elementos). O bien, al momento de la definición y ejecución no se incluye ni se trata de atender a las necesidades comunicacionales de los beneficiarios que se traduce en análisis poco cuidadosos a la hora de plantear los resultados esperados en términos de cobertura de la población objetivo. Y, por otro lado, en general no se tienen en cuenta –por lo que tampoco se diseñan– instancias e instrumentos de evaluación de estas políticas, y en mucho menor medida se prevé un sistema de información y monitoreo para sus componentes comunicativos (Petracci, 2002; Burín y Heras, 2006; Vacchieri, 1997).

Ahora bien, cuando hablamos de modelos comunicativos de políticas de salud en el territorio debemos considerar:

- a) prioridades sanitarias: definidas epidemiológicamente por la gestión sanitaria como contexto de aplicación. Resulta de la información de prevalencia de enfermedades, causas de muerte o determinantes sociales del proceso de salud-enfermedad-atención;
- b) prioridades de gestión de política sanitaria: definidas por las agendas de los decisores. Refiere a las directrices político-comunicacionales de imagen de gobierno y de los funcionarios políticos. Ejemplos: desarrollo de políticas inclusivas en el sector salud, fortalecimiento de la atención primaria de la salud, consolidar el acceso a los servicios de salud, entre otras;
- c) coyuntura, presiones de grupos específicos y agenda mediática: respuestas a problemas o demandas, escenarios de crisis, que implican mostrar las

decisiones político-técnicas sobre los temas y problemas sanitarios. Por ejemplo, apelar a la comunicación de riesgo o crisis;

- d) concepciones de comunicación de la gestión político-sanitaria: refiere al lugar que ocupa la comunicación en la gestión de la salud: si tiene un carácter instrumental desde el que se ocupa de generar materiales de difusión (cartillas, piezas audiovisuales, afiches, por ejemplo), si a pesar de producir herramientas comunicativas para transmitir mensajes trata de acercarse a sus destinatarios a partir de otras estrategias, o bien, si forma parte de la política de salud desde su formulación hasta su ejecución y evaluación.

Figura 2.1. Modelos comunicativos de políticas de salud



Fuente: elaboración propia según CNT (2015): *Guía para la formulación de planes estratégicos de comunicación*. Coordinación de Información Pública y Comunicación. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires.

Si bien acordamos que la comunicación no se limita a la circulación de mensajes en los diferentes medios de comunicación, en el ámbito de la comunicación en y para la salud no podemos soslayar la fuerte presencia de campañas de comunicación.

Sin embargo, antes de seguir con los tipos de campañas que podemos observar o que podemos formular para informar sobre programas de salud, de atención de servicios de salud, difundir recomendaciones sobre cuidados o algún tipo de prevención, nos interesa detenernos en el planteo de Petracci, Cuberli y Palopoli. Las autoras ponen en evidencia las diferencias entre campañas de comunicación comerciales y las de bien público: "... el traslado acrítico de la comunicación publicitaria a las campañas de bien común o de interés público suele no tener en cuenta que no es lo

mismo la promoción de un bien de consumo que la movilización de la sociedad en torno a objetivos comunes” (2010: 15).

Esta es una de las tantas diferencias entre campañas comerciales y de bien público, pero en nuestro caso vamos a subrayar que más allá de la diferenciación conceptual y de aplicación debemos tener en cuenta que ambas compiten entre sí en el espacio mediático con mensajes e intenciones diferentes: las primeras persuaden para generar la necesidad de consumo, mientras que las segundas persuaden para sensibilizar, informar o difundir sobre temas y problemas de bien común o de movilización social.

Aquí recuperamos el punteo que realiza Petracci (1992: 95) para advertirnos sobre los errores que se cometen en muchos casos cuando se confunden las campañas de interés público o educación pública con las campañas de consumo masivo:

- “Confundir una campaña de interés público con una campaña comercial;
- confundir el destinatario potencial, como por ejemplo, diseñar una campaña dirigida a promover la concurrencia de las mujeres embarazadas a la atención médica sin tener en cuenta que su no concurrencia no es meramente un problema personal y que es necesario dirigirse tanto a ella como a su entorno familiar y, hasta vecinal;
- no tener en cuenta la diferencia entre campañas informativas y educativas así como lanzar campañas a destiempo con los ritmos de la sociedad;
- no distinguir entre una campaña de educación pública y el *marketing* de los funcionarios para enaltecer su gestión;
- contradecir el contenido de los mensajes de la formulación de una campaña a través de su implementación. Por ejemplo, promover el uso de una línea telefónica para hacer una queja o recibir una información y encontrar que esa comunicación es imposible de realizar o promover la vacunación de los niños y encontrar que se carece de vacunas;
- no tener en cuenta que los massmedia son imprescindibles pero que también puede recurrirse a alternativas comunicacionales menos costosas y más efectivas.
- Para evitar esos errores se requiere una cuidadosa planificación, la implementación de campañas en períodos prolongados y considerar el espacio del receptor así como los desplazamientos conceptuales que supone” (Petracci, 1992: 95).

¿Qué es una campaña de comunicación y qué tipos existen?

Una campaña de comunicación es un conjunto de acciones, mensajes y estrategias que pretende alcanzar un objetivo de comunicación determinado: difundir, informar, sensibilizar o movilizar. Por ejemplo: campañas de vacunación, de prevención de enfermedades, de promoción de conductas saludables. Las campañas se pueden componer de: piezas gráficas, audiovisuales, cuñas radiales, posteos en redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram, entre otras aplicaciones) y se pueden pautar en diferentes medios de comunicación (televisión, radio, sitios de internet) o bien, implementarse en el territorio con estrategias focalizadas y/o cara a cara. También se diferencian las campañas comerciales: de imagen, de marca, de bienes; y las campañas no comerciales: propaganda y de bien público. A nosotros nos interesan las campañas de bien público, aquellas que buscan promover actitudes, comportamientos o valores beneficiosos para la comunidad, por ejemplo: advertencia sobre factores de riesgo, educación vial, prevención de epidemias, entre otros. Entre los tipos de campañas de bien público podemos encontrar:

Mediáticas: se planifican en los diferentes medios de comunicación (prensa, radio, televisión, internet). Se caracterizan por su ubicuidad, ya que permiten alcanzar a un gran público y cubrir extensas porciones del territorio nacional. Por ejemplo, las campañas que realiza el Ministerio de Salud de Nación o ministerios provinciales sobre sus principales políticas de salud: campaña zika, dengue y chikungunya, HIV, antitabaquismo, entre otras.

Focalizadas: se trata de campañas que se dirigen a públicos específicos tales como: mujeres, adultos mayores, jóvenes u otros grupos sociales. Se caracterizan por utilizar medios locales o comunitarios, acciones de comunicación interpersonal y grupal. Requiere conocer las necesidades y/o problemáticas de la población destinataria. Por ejemplo, campañas sobre enfermedades prevalentes en algunos de los públicos destinatarios en la región, en un municipio o en el barrio.

Cara a cara: campañas que privilegian la comunicación interpersonal y grupal en el territorio. La comunicación personal se dirige a individuos y micro grupos con el objetivo de lograr de ellos un mayor grado de penetración en los aspectos que aborda la política, el programa o proyecto de salud de que se trate. Se privilegian los encuentros, las reuniones, acciones de capacitación y de comunicación cara a cara entre los miembros de la comunidad.

Finalmente, comprendemos que este tipo de campañas no se encuentran en estado puro en las modalidades comunicativas de las políticas de salud, sino que se com-

plementan, y es deseable que cada una se planifique teniendo en cuenta las prioridades sanitarias, de gestión de salud, agenda mediática, demandas y rol asignado a la comunicación por parte de la gestión política y técnica en los diferentes niveles del sistema de salud.

Bibliografía

- Burín, Darío y Heras, Ana Inés (2006). “Apuntes preliminares sobre evaluación de políticas públicas: articulación entre formatos y soportes de la comunicación social y el enfoque etnográfico”. IV Jornadas de Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires.
- CNT (2015). *Guía para la formulación de planes estratégicos de comunicación*. Coordinación de Información Pública y Comunicación, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires.
- Moro, Javier (2000). “Problemas de agenda y problemas de investigación”. En Escolar, Cora (comp.), *Topografías de la investigación. Métodos, espacios y prácticas profesionales*. Buenos Aires: Eudeba.
- Petracci, Mónica; Cuberli, Milca y Palopoli, Andrea (2010). “Comunicar salud: Una propuesta teórica y práctica”. Concurso CAESPO en memoria de la eximia educadora Haydee de Luca “Determinantes de la salud”. Comité Argentino de Educación para la Salud de la Población.
- Petracci, Mónica (1992). “Las campañas... ¿de interés público?”. En Vacchieri A. (ed.), *El Medio es la TV*, pp. 91-95. Buenos Aires: La Marca Editores.
- Vacchieri, Ariana (1997). “Comunicación de políticas sociales: las campañas de lucha contra el SIDA”. *Margen*, n° 10.



Fotografía: Eliana Molina

Módulo 3

Acciones y estrategias comunicativas de las políticas de salud en el territorio

En el marco de la formulación de políticas de salud, la dimensión comunicativa es un eje fundamental en la conformación de procesos de intervención, implementación y sostenibilidad de esas políticas.

Cuando hablamos de políticas de salud nos referimos a aquellas políticas “definidas como un esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud. Una política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito” (Tobar, 2015: 12-13). Como parte de las políticas sociales tienen cuatro (4) funciones básicas: informar, (para mejorar las decisiones de consumidores, productores de bienes, prestadores), regular (el ejercicio de las profesiones de salud, la habilitación y categorización de los servicios, registro y la circulación de medicamentos e insumos, y los requisitos de funcionamiento de los seguros), financiar (la prestación de servicios a través del presupuesto público) y proveer (suministrar servicios utilizando instalaciones públicas y personal asalariado de la administración pública) (ibíd.). Nos interesa aquí centrar la atención entre los diferentes requisitos para implementar una política de salud, en la necesidad de su comunicabilidad: los contenidos y el modo que adquieren sus estrategias deben ser comunicadas a la población destinataria de forma clara y precisa. Y en este marco, no debemos dejar de considerar la complejidad que el territorio¹ y sus demandas interpelan la gestión de las políticas de salud. En esta dirección, retomamos la postura de Tobar (2010) que comprende el abordaje territorial en salud como un proceso integral que busca satisfacer las demandas de la población en el territorio. Finalmente, la comunicación tiene un rol relevante para articular la gestión de las políticas de salud en diálogo con el territorio.

Los modos de intervención comunicacional de las políticas de salud se vinculan no solo con el papel que le asigna el Estado en sus distintos niveles de gestión, la definición y ejecución por parte de los decisores desde las diferentes posiciones que ocupan sino también, y particularmente, con la concepción de desarrollo vigente. De esta manera, la perspectiva de desarrollo predominante involucra decisiones políticas y estratégicas que caracterizan la modalidad propia de comunicación de políticas, programas y proyectos de salud en el territorio.

En esta línea, Cimadevilla (2004) se propone repensar la dimensión comunicativa en los procesos de desarrollo, particularmente centra su objeto de análisis en la intervención como modo de difusión. Plantea que la comunicación es la cara visible de toda intervención y que es ahí donde hay que poner el centro de

¹ Entendemos la noción de territorio como una construcción política, económica y cultural que lleva a plantear diversos desafíos y oportunidades en un espacio local dinámico. Comprende una relación dinámica entre los componentes sociales (economía, cultura, instituciones, poderes) que expresan determinadas relaciones de poder, con relación a una dimensión temporal (Dematteis y Governa, 2005).

atención a la hora de abordar las estrategias comunicativas de políticas, programas o proyectos.

La idea de la intervención [...] puede concebirse a la luz de una acción que involucra una posición, sin que necesariamente sea coercitiva. El papel de la comunicación, justamente, podría ser el de proponer que la legitimación necesaria surja del protagonismo de los actores, más que de la persuasión de los autores. En ese marco, pensar en el desarrollo es pensar en las posibilidades que un conjunto social tiene para ser protagonista de la definición y la orientación que asuma la intervención. En el carácter propositivo, por lo tanto, que esta podría y debería asumir (Cimadevilla, 2004: 137).

Estas presunciones permiten entender la intervención en términos de acciones llevadas a cabo en el escenario de las prácticas, acompañando los procesos históricos. Una “intervención” que lleva a posicionarse en las estrategias, estrategias que son definidas y ejecutadas por todos los actores involucrados en la resolución de los problemas en cuestión. Esta noción considera que todos aquellos que participan ponen en juego sus propias estrategias comunicativas.

En cuanto prácticas planificadas, las estrategias de comunicación resultan herramientas fundamentales en el diseño, formulación e implementación de las políticas de salud en el territorio.

La posibilidad efectiva de adoptar modos de vida saludables tanto individual como colectivamente requiere del diseño, implementación y evaluación de una adecuada estrategia de comunicación para la salud. Esta supone un componente que comprende desde la comunicación masiva, la interpersonal, la educación, formas tradicionales “y específicas de una cultura, tales como la narración de historias, guiñoles y canciones” (OMS, 1998: 19).

La decisión de pensar, diseñar, desarrollar, evaluar una estrategia de comunicación siempre debe estar orientada a promover y promocionar espacios de articulación en el territorio y “mecanismos que favorezcan la horizontalidad en el encuentro entre diferentes actores. Ello no significa negar las diferencias y las relaciones de poder propias de toda interacción social. Por el contrario, las estrategias de CeS asumen la existencia de tales conflictos y diversidades en sus distintos niveles de acción” (Petracci, Cuberli y Palopoli, 2010: 4).

¿Cuáles son los tipos de estrategias de comunicación de las políticas de salud?

Existen diferentes tipos de estrategias de comunicación a la hora de diseñar, ejecutar o evaluar una política de salud:

Estrategias de comunicación mediáticas: aquellas que se proponen brindar información, motivar, convocar a la población y/o crear corrientes de opinión pública sobre temas y problemas de salud pública a través de los medios masivos de comunicación (prensa, radio, televisión, internet). En general, logran un gran alcance y cobertura, ya que pueden cubrir gran parte del territorio nacional, regional o local y muchos destinatarios a la vez. Combinadas con otras estrategias como las comunitarias o institucionales, suelen tener cierta efectividad. Aquí nos interesa prestar atención a las lógicas propias de la agenda de los medios de comunicación al momento de abordar un tema o problema de salud o diseñar la comunicación de una política de salud.

Estrategias de comunicación institucional: aquellas que se llevan a cabo desde una organización pública o privada y se encuentran dirigidas a personas o grupos de personas del contexto donde desarrolla su actividad. Sus principales objetivos se centran en construir relaciones en la organización misma y entre la organización y los públicos a los que se dirige, para darse a conocer y proyectar una imagen pública adecuada a sus fines y actividades. Estas estrategias se dividen en internas: abordan las relaciones, prácticas e interacciones comunicativas que se registran en el interior de las instituciones orientadas a los procesos de atención de la salud (CAP, hospitales) y externas: conjunto de acciones, mensajes y relaciones que la organización de salud mantiene con sus públicos externos para dar a conocer su actividad, informar o prevenir sobre problemas de salud y/o promover cambios saludables, entre otros. En este caso, recordemos que siempre debemos tratar de incorporar una perspectiva intercultural cuando pensemos los materiales comunicativos desde nuestras organizaciones (ministerios, secretarías, hospitales, CAP, servicios de salud).

Estrategias de comunicación comunitarias: aquellas que promueven la participación de los miembros de la comunidad en la definición de sus problemas y necesidades de salud, así como también intervenir activamente en las soluciones posibles. Permiten recuperar y fortalecer los espacios y modos de comunicación propios del territorio para compartirlos y así motivar la participación activa de los diferentes grupos que lo componen. Se caracterizan por la intervención horizontal de los miembros de la comunidad y se desarrollan en el territorio. Algunos ejemplos: conversatorios sobre temas de salud relevantes en el barrio, organización de cine-debate sobre prácticas saludables, periódicos, radios y videos comunitarios, ferias de salud, entre otras actividades.

Estrategias de comunicación interpersonales: aquellas que se producen entre dos o más personas “cara a cara” para abordar un problema en particular. Se pueden diferenciar entre las interpersonales personalizadas, que se dan en el contexto de la consulta médica en el CAP, el hospital o el consultorio privado o en los espacios

de consejería; y las interpersonales grupales, en las que se establece contacto entre una persona y un grupo para el intercambio de experiencias, análisis y búsqueda de soluciones participativas como en el sociodrama, en los talleres de capacitación sobre salud, entre otras actividades.

Figura 3.1. Piezas gráficas de la campaña zika, dengue y chikungunya 2016-2017



Fuente: Sitio web del Ministerio de Salud de la Nación Argentina: <https://www.argentina.gob.ar/salud>

Un ejemplo:

En el caso de las enfermedades transmitidas por la picadura del mosquito *Aedes aegypti*, (que transmite los virus de dengue, zika y la fiebre chikungunya) constituyen problemas de salud para la población tanto como para el sector de la salud. Estas enfermedades comparten la misma vía de transmisión: la picadura de un mosquito que vive en las viviendas y en sus alrededores, reproduciéndose en el agua limpia almacenada. Por lo tanto, la reducción a niveles que no constituyan un riesgo para la diseminación de estas enfermedades en la población depende del adecuado control del vector. Lograr que la población tome las medidas de protección y responsabilidad personal y colectiva requiere de diferentes estrategias de comunicación en los distintos momentos de la vida de la política de salud.

En principio, las recomendaciones de la OMS y la OPS giran alrededor de implementar un enfoque de comunicación de riesgos con el desarrollo de campañas de comunicación de prevención y control de enfermedades transmitidas por la picadura de mosquitos *Aedes*. Estas campañas se componen de diferentes acciones y materiales de comunicación gráfica, sonora, audiovisual, etcétera. Por ejemplo, las que encontramos en el sitio del Ministerio de Salud de la Nación: <http://www.msal.gov.ar/vivamoslibresdemoquitos/>

Estos materiales y producciones se difunden en televisión (aire, cable, satelital), radio, prensa y en internet para la población de todo el país. También se diseñan piezas de comunicación y guías para los integrantes de los equipos de salud: <http://www.msal.gov.ar/vivamoslibresdemosquitos/informacion-para-equipos/>

Figura 3.2. Materiales de consulta y guía para integrantes de equipos de salud



Fuente: Sitio web del Ministerio de Salud de la Nación Argentina: <https://www.argentina.gob.ar/salud>

Generalmente, tanto en los hospitales como en los centros de salud, los materiales de comunicación gráfica como afiches y folletos son difundidos sin cambios y tal como los distribuye la autoridad superior, en este caso, el Ministerio de Salud de la Nación o de alguna provincia del país. Es decir, no se tienen en cuenta las características de la población que atienden (acceso a la educación, territorio donde desarrolla su vida personal y laboral, entre otros aspectos). Y lo deseable es que cada organización del sistema de salud, a partir del conocimiento de la población destinataria, logre adecuar dichos materiales a la vez que se aborda la comunicación interna (entre los equipos de salud) para mejorar el proceso de atención de la salud. En este contexto, resulta de vital importancia también trabajar con las organizaciones sociales, escuelas, gremios, clubes, comercios, medios de comunicación locales en acciones de comunicación como el sitio <https://quenotepique.wordpress.com/acciones/> (charlas-debate, cursos de capacitación, ferias, entre otras actividades) que promuevan la participación de los miembros de la comunidad orientada al control y prevención de enfermedades como el dengue, zika y la fiebre chikungunya. Finalmente, resulta importante el trabajo con y en los equipos de salud para evaluar y mejorar las estrategias de comunicación interpersonales y grupales que permitan generar procesos de sensibilización y movilización social en la población destinataria.

En resumen, la visión que prevalece sobre el ámbito de la salud, es decir, el modo en que se consideran la atención de la salud, el sistema sanitario, las principales problemáticas de salud, resulta un aspecto central en la definición de las estrategias de comunicación.

Figura 3.3. Tipos de estrategias de comunicación en salud



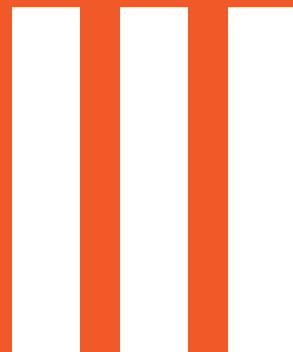
Fuente: elaboración propia según Mosquera Vásquez (2005): “Comunicación en salud. Conceptos, teorías y experiencias”, en *Revista Psicología de la Salud: “Temas actuales de investigación en Latinoamérica”*. ALAPSA. Bogotá, pp. 209-230.

Bibliografía

- Cimadevilla, Gustavo (2004). *Dominios: crítica a la razón intervencionista, la comunicación y el desarrollo sustentable*. Buenos Aires: Prometeo.
- Dematteis, Giuseppe y Governa, Francesca (2005). “Territorio y territorialidad en el desarrollo local. La contribución del Modelo SLOT”. *Boletín de la A. G. E.*, n° 39.
- Mosquera Vásquez, Mario (2005). “Comunicación en salud. Conceptos, teorías y experiencias”. *Revista Psicología de la Salud: “Temas actuales de investigación en Latinoamérica”*. ALAPSA, Bogotá, pp. 209-230.
- Petracci, Mónica; Cuberli, Milca y Palopoli, Andrea (2010). “Comunicar salud: Una propuesta teórica y práctica”. Concurso CAESPO en memoria de la eximia educadora Haydee De Luca “Determinantes de la salud”. Comité Argentino de Educación para la Salud de la Población.
- Tobar, Federico (2010). “Gestión territorial en salud”. En Chiara, Magdalena y Moro, Javier (comps.), *Pensando la agenda de la política. Capacidades, problemas y desafíos*, pp. 15-44. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- (2015). “Módulo 1. Salud y cuestión social”. En Chiara, Magdalena (comp.), *Gestión territorial integrada para el sector salud*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. En <https://www.argentina.gob.ar/salud>

PARTE III

Planificando
la comunicación
en y para la salud
en el territorio





Fotografía: Eliana Molina

Módulo 4

De la planificación en comunicación

En América Latina y en Argentina, en particular, en las últimas décadas, el diseño e implementación de proyectos de desarrollo y la búsqueda del cambio social han llevado a considerar a la comunicación como un área de interés bajo diferentes enfoques y perspectivas. Asimismo, las organizaciones, tanto del Estado como de la sociedad civil, reconocen que la comunicación resulta un ámbito privilegiado a partir del cual se hace posible visualizar en el espacio público, difundir o poner en agenda el propio proyecto, el proceso de trabajo, sus acciones o algún tema o problema social, político, económico.

En primer lugar, consideramos a la planificación de la comunicación en el contexto del surgimiento y visibilidad de la planificación en general,¹ durante el siglo xx, como actividad para conocer la realidad social y también para transformarla, guiarla, conducirla. Por ejemplo, podemos ubicar la planificación societaria surgida en la URSS, en 1917, con el triunfo de la revolución bolchevique. En este contexto, se concibe como un mecanismo para racionalizar la toma de decisiones ante la dificultad para lograr una adecuación entre los recursos disponibles y las necesidades de la población. Así, la planificación es adoptada como método de gobierno y considerada como el sustituto del mercado. En esas condiciones, la URSS deja de ser el país subdesarrollado de Europa y se convierte en una de las potencias mundiales. La planificación fue el instrumento para orientar procesos de producción, comercialización e intercambio que permitieron alcanzar ese desarrollo (Pichardo Muñiz, 1997). Posteriormente a la Primera Guerra Mundial, y con el surgimiento de un nuevo orden económico internacional, Estados Unidos se transforma en el centro económico y político del capitalismo y promueve el Plan Marshall. Dicho plan integraba un conjunto de medidas económicas orientadas a la reconstrucción de las economías europeas, pero con el firme objetivo de frenar la potencial influencia de la Rusia Soviética. Este tipo de planificación como técnica de programación económica a corto plazo, se propone ordenar los procesos de producción y corregir las fallas del mercado sin alterar la lógica del sistema capitalista.

En estos ejemplos podemos observar que la planificación ha adoptado diferentes características y funciones según los contextos históricos, sociales, políticos y económicos en los que se diseñe, formule, implemente o evalúe. De este modo, en los diferentes enfoques de la planificación se encuentran inmersos la historia, los intereses, propósitos, experiencias que los sostienen y que necesariamente, pueden ser comprendidos en contextos más vastos que consideren las nociones de desarrollo, Estado y política.

¹ Tomamos la denominación “planificación en general” de Abatedaga, N. (2008: 21) como aquella: “... que conjuga una variedad de principios comunes a los procesos que se llevan a cabo en áreas sociales diversas. [...] la planificación se encuentra atravesada por una lógica que relaciona el presente dado con un futuro sobre el cual se pretende tener dominio transformándolo”.

Ahora bien, en América Latina a mediados del siglo xx la planificación se produce a partir de un proceso intelectual en el que la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) de las Naciones Unidas, bajo la dirección de Raúl Presbich, se ocupó de delinear una teoría del desarrollo, a la vez que formó e intentó concientizar a un grupo de intelectuales sobre la necesidad de formular planes de desarrollo como un sistema de proyecciones económicas. En este caso, la planificación se propone complementar al sistema de mercado. Este tipo de planificación, denominada tradicional o normativa, fue muy criticada por diversas razones (insuficientes recursos humanos, deficientes sistemas estadísticos, escasa experiencia y falta de canales adecuados que permitieran dialogar con la administración y los sectores productivos) pero una de las principales fue que la planificación quedó aislada del ámbito de decisión política que condujo al fracaso de aquellos planes. En el ámbito de la comunicación en salud encontramos sobrados ejemplos que aún persisten en aplicar los principios de este tipo de planificación, como cuando equipos técnicos definen los mensajes de una campaña de prevención de enfermedades de transmisión sexual sin atender las necesidades, percepciones o creencias de las poblaciones de riesgo o no se complementan con espacios de educación sexual.

Llegada la década del ochenta, se comienza a instalar el neoliberalismo, corriente en la que el mercado es el asignador de los recursos y el Estado cede su lugar de regulación e intervención en la vida social, económica y política, con la consecuente privatización total o parcial de los servicios; la descentralización; el estímulo a la participación de la sociedad civil; la racionalización y la focalización. Estas condiciones y el agotamiento del modelo de desarrollo como crecimiento provocan la crisis de la *planificación normativa* dando paso a la *planificación estratégica*. Uno de sus exponentes, Carlos Matusque, la denomina “situacional” y que cuestiona no solo la metodología de la planificación normativa o tradicional, sino que considera que en cada escenario de intervención se mueve un complejo sistema de actores sociales que persiguen distintos intereses y que al intervenir, van modificando ese escenario. Ahora bien, la planificación estratégica ha sido complementada con el Método Altadir de Planificación Popular (MAPP), que considera a la planificación como un proceso social-político-técnico y de gestión, que busca generar espacios de articulación entre los distintos actores sociales (vecinos, municipios, organizaciones comunitarias, sindicatos, cooperativas, empresas). En estos espacios de articulación se van elaborando planes, proyectos y programas de acción. Mario Testa,² referente del método del Centro de Estudios de Desarrollo (CENDES) de la OPS, tiene cuantiosos trabajos sobre la planificación estratégica en salud. Podemos enumerar numerosos

² Destacado sanitarista argentino que participó en la década del sesenta de la creación del Método CENDES de planificación en salud. Tiene una larga trayectoria en experiencias en el ámbito universitario de la salud en América Latina. Actualmente, es parte del consejo consultivo del Instituto de Salud Colectiva (UNLa).

casos en los que la mirada estratégica atraviesa no solo la planificación de servicios o programas de salud, sino también en relación con el modo de informar, sensibilizar y/o comunicar salud. Por ejemplo, la planificación de acciones de comunicación para mejorar la calidad de atención en centros de salud a partir de la inclusión de todos los integrantes de los equipos de trabajo en el análisis e identificación del problema a abordar.

Finalmente, podemos señalar los inicios del siglo XXI, que inaugura en América Latina, por al menos el transcurso de 15 años,³ una etapa histórica que muchos autores denominan: posneoliberal, cuyas características principales son el fortalecimiento y la intervención del Estado junto con el desarrollo de políticas públicas inclusivas para todos los ciudadanos y en particular, para los sectores vulnerables, resignificando el espacio público. En este esquema, el enfoque de la prospectiva se va instalando en distintos espacios de los cuales la comunicación forma parte. Esta perspectiva se propone como “una herramienta metodológica y promotora de la creatividad que invita a la construcción de ese futuro partiendo de la base de que nada está decidido y todo está por crear. [...] La prospectiva estudia el futuro para comprenderlo mejor y poder incidir sobre él” (Uranga, 2007: 15). Una de las características de la planificación prospectiva es que se necesitan todos los actores sociales (Estado, ciudadanos, organizaciones sociales, empresas, entre otros) involucrados en las iniciativas, teniendo en cuenta a los aliados, las divergencias y las resistencias. En este contexto, la comunicación cumple un rol importante ya que, según Uranga (2007), puesta al servicio de diferentes actores en diálogo en el espacio público puede construir alternativas al desarrollo en nuestros países.

Cada uno de estos enfoques: normativo, estratégico, estratégico situacional, participativo o prospectivo se fueron desarrollando en nuestro continente y aún en la actualidad suelen coexistir unos con otros, no sin conflictos y tensiones en diferentes ámbitos de la vida social. Por caso, muchas experiencias o proyectos de comunicación en salud manifiestan un carácter estratégico cuando subsiste la racionalidad ligada a la planificación normativa en la que los actores (ministerios nacionales o provinciales de salud) que formulan las iniciativas no participan en su evaluación.

En consecuencia, nos interesa puntualizar el modo en que comprendemos conceptualmente la planificación de los procesos comunicativos en diferentes ámbitos de aplicación para luego enfocar nuestra mirada en las potencialidades de aplicarla a nuestra esfera de interés: la gestión de la salud en el territorio.

³ Resulta dificultoso en la actualidad caracterizar con precisión los condicionamientos políticos y económicos que se despliegan en la mayoría de los países latinoamericanos. Según algunas posiciones intelectuales de centro izquierda (Emir Sader de Brasil, Juan J. Paz y Miño Cepeda de Ecuador, Claudio Katz de Argentina), en el continente va ganando terreno lo que llaman: la restauración conservadora o del neoliberalismo, tanto a través de golpes institucionales como por vía democrática (el golpe institucional en Brasil contra la presidenta Dilma Rousseff, el macrismo en Argentina, el liberal Kuczynski, ex presidente de Perú, etcétera).

El campo de la planificación e intervención en comunicación requiere reflexionar sobre las modalidades que adquieren las concepciones vigentes en la sociedad, desde las perspectivas comunicacionales, pero principalmente desde las características propias a partir de las cuales los actores se posicionan y participan de la dinámica social. De ahí que los modos de intervención comunicacional de las organizaciones se vinculan no solo con el papel que les asignan sus miembros y/o el Estado en sus distintos niveles de gestión, con la definición y ejecución por parte de los decisores desde las diferentes posiciones que ocupan, sino también, y particularmente, con la concepción de desarrollo vigente. De esta manera, la perspectiva de desarrollo predominante involucra decisiones políticas y estratégicas que caracterizan la modalidad propia de comunicación de programas y proyectos en las organizaciones.

En esta dirección, Cimadevilla (2004) señala la naturaleza instrumental de la comunicación cuando del desarrollo y de la modernización se trata. De ahí que bajo la mirada desarrollista la noción de comunicación se asocia básicamente al concepto de información: las sociedades modernizadas necesitan un sistema de regulación y difusión de ciertas informaciones imprescindibles para completar el proceso modernizador que se está implementando. En ese sentido, la discusión se concentra sobre la acción de los grandes medios masivos y la preparación de agentes dispuestos a intervenir tanto en la planificación a nivel nacional como en la renovación de los medios de comunicación.

A partir de la crisis del paradigma desarrollista clásico y durante las dos décadas siguientes (mediados de los sesenta a mediados de los ochenta) se afianzaron y expandieron los estudios sobre comunicación, al mismo tiempo que se multiplicaron en América Latina las carreras de Ciencias de la Información o Ciencias de la Comunicación. En ellas se suelen cuestionar las concepciones del desarrollismo, pero se sigue pensando a la comunicación desde una dimensión meramente instrumental en la que los medios masivos actúan como “correas de transmisión” de una información utilizada por una élite ilustrada para “bajar información” al resto de la sociedad.

El enfoque que comprende este modo de entender la comunicación es el “Modelo de difusión de innovaciones” o más comúnmente denominado “Difusionismo”, cuyo mayor exponente es el sociólogo norteamericano Everett M. Rogers. En la década del sesenta sienta las bases de la teoría en la obra *Difusión de Innovaciones*, basada en un paradigma del cambio social a partir de la aplicación de técnicas de la comunicación en comunidades rurales tradicionales. Es decir, considera a la difusión de la innovación como motor de modernización de la sociedad.

El modelo define a la innovación como una idea percibida como nueva por un individuo y comunicada a los demás miembros de un sistema social. Para que la innovación sea lograda, la conducta tiene que transitar las siguientes etapas: percepción, interés, evaluación, prueba y adopción. La difusión de la innovación depende

de la tasa de adopción que obtenga. Según esta perspectiva, la característica principal de los innovadores es que, en general, son aquellos que poseen elevados índices de ingreso, educación, cosmopolitismo y comunicación. El mayor hallazgo es que en cada una de las etapas del proceso la comunicación cumplía un papel clave por vía de diversos medios.

Antes decíamos que en el ámbito de los estudios de comunicación ha predominado una mirada instrumental que dificulta realizar un análisis complejo del proceso comunicativo en términos de Cimadevilla (2004), y que principalmente deja fuera a los actores involucrados en él.

Si bien el difusionismo ha teñido por varias décadas los enfoques de la comunicación y en muchos casos orienta estudios en este campo, también es posible encontrar planteos que revisan y analizan en profundidad sus premisas básicas. Este movimiento supone repensar la teoría de la difusión de innovaciones para precisar algunas propuestas que permitan pensar la comunicación desde una perspectiva diferente. Como señalamos en el Módulo 3, Cimadevilla (2004) dice que considerar la dimensión comunicativa en los procesos de desarrollo requiere discutir la idea de intervención. En este sentido, el autor explica que la comunicación debe colaborar en la definición y orientación de la intervención para que sea producto de la participación de todos los actores involucrados.

Por lo tanto, pensar la intervención en estos términos significa hacerlo teniendo en cuenta que la comunicación debe coadyudar a que los actores reconozcan los procesos sociohistóricos que afectan sus condiciones de vida, identifiquen los problemas que les atañen, tengan protagonismo en las decisiones que se tomen y finalmente, definan y ejecuten las estrategias necesarias para alcanzar los objetivos formulados de manera colectiva.

Ahora bien, este modo de comprender la intervención nos conduce a precisar qué entendemos por estrategias comunicativas en dicho marco explicativo.

Uno de los autores que desarrolla el concepto de estrategia de comunicación explorando sus diferentes dimensiones es Arellano (1998). Construye una definición que da cuenta de varios aspectos de una estrategia comunicativa, tales como los agentes sociales involucrados y sus problemáticas particulares, el sistema de medios masivos de comunicación, entre otros. Plantea que una estrategia debe estar compuesta de dos lógicas: la informativa, con el fin de difundir los sucesos a partir de una selección de los procedimientos en los que se encuentran involucrados los agentes de la organización, los medios de comunicación y los mensajes; y la comunicativa, con la intención de poner en común una situación que significa entrar en un proceso de calibración en el que existe la intención de generar marcos de referencia similares, entre el o los que emiten mensajes y entre el o los que reciben. De ahí que define a la estrategia comunicativa centrada en un principio de interacción, de entendimiento

participativo y de diálogo, que tiene que utilizar todos los niveles y tipos de comunicación existentes para hacerla funcionar operativamente.

En este sentido, Uranga plantea que por diseño de estrategias de comunicación se entiende:

... la creación y/o elección de modos, recursos, habilidades, artes, tácticas y medios que, **articulados** entre sí, **funcionando de manera complementaria y secuencial**, permitirán involucrar a los actores identificados como necesarios en los procesos de transformación a los que se aspira y alcanzar a públicos y audiencias múltiples con la finalidad de generar cambios en la dirección establecida en el escenario apuesta. Tales estrategias deben ser generadas a partir de la reflexión de los actores participantes (colectivo de actores), para incluir y asumir su perspectiva, su modo de percibir y sentir, y no exclusivamente la de aquellos que intervienen como equipo técnico político. En ello se juega la fidelidad al proceso prospectivo estratégico y, en consecuencia, la suerte de la acción consecuente (citado en Uranga, 2008).

Para este autor resulta indispensable la participación de los actores en el proceso de formulación de estrategias de comunicación, así como también en la problematización de las realidades complejas y dinámicas que hacen a las prácticas sociales cotidianas del conjunto de actores involucrados.

El lugar que otorga el autor al especialista en comunicación deja el estatus de “experto” para asumir una posición de “articulador” y “facilitador”, que involucrado en la situación social en la que interviene, comparte con el resto de los actores del proceso de construcción social de sentido.

De este modo, Uranga no deja de señalar la vigencia de asimetrías que caracterizan a todo proceso comunicativo y que pueden ser tan solo mitigadas desde una perspectiva participativa.

Otro planteo que busca formular una teoría estratégica que comprenda aspectos relegados en otras propuestas es el de Rafael A. Pérez (2002) de la Universidad Complutense de Madrid. Uno de los aportes más significativos que propone su enfoque es que el requisito fundamental para plantear una estrategia de comunicación es establecer un “nuevo modelo de comunicación para el cambio social” que tenga en cuenta a los actores involucrados en el proceso mismo de diseño, producción e intervención. De este modo, se trata de desterrar la idea de lo que el autor llama la “comunicación para el cambio de conductas individuales” centrada en la tarea de expertos que desde fuera de la situación diseñan estrategias para grupos de individuos que no participan de las propuestas. En este sentido, se trata de pensar en “un proceso de diálogo privado y público, a través del cual las gentes deciden quiénes son, qué

quieren y cómo pueden obtenerlo. Lo que exige incorporar y dar espacio público a los actores locales” (Pérez, 2004: 93).

Ahora bien, la reflexión acerca de la estrategia comunicativa implica necesariamente centrar la atención en la especificidad del campo de estudios de procesos de comunicación en los diferentes espacios sociales. Por lo tanto, si se considera a la comunicación como una instancia articuladora, una mirada desde la cual abordar las prácticas sociales, la estrategia comunicativa debe pensarse transversalmente en todos los ámbitos de la vida social.

De este modo, es posible reconocer la especificidad de la comunicación desde una perspectiva orientada a comprender los fenómenos sociales como procesos de producción de sentido en los que actúan diversos actores que se constituyen en sujetos de una relación comunicativa en la que intervienen factores sociales, culturales, políticos y económicos (Mata, 1994). Así, la comunicación se presenta como un elemento clave en cualquier espacio de la sociedad, como la instancia que lo articula y sostiene. Por lo que todo problema social implica en algún sentido un problema de comunicación.

Considerada de esta manera, la estrategia de comunicación debería constituir un proyecto comunicativo que a su vez debería integrar un campo mayor constituido por la planificación de proyectos sociales, en la medida que la comunicación es una práctica social relevante y de articulación de los modos colectivos de producción de sentido. Además, es preciso tener en cuenta que los proyectos comunicativos –por desarrollarse en escenarios sociales concretos y en función de objetos sociales– han tomado del campo de la planificación y evaluación de proyectos sociales parte de sus herramientas, así como también del área del *marketing* social. De este modo, un proyecto comunicativo estará constituido por toda práctica planificada de intercambios comunicativos en atención a modificar una situación inicial para pasar a un escenario nuevo considerado “mejor” respecto del primero.

En cuanto prácticas planificadas, las estrategias de comunicación resultan herramientas fundamentales en el diseño y formulación de proyectos sociales. Este tipo de afirmaciones se encuentran en general en el ámbito de los estudios y propuestas de la planificación en comunicación. Al respecto, existen enfoques que consideran las estrategias de comunicación como instancias articuladoras que orientan la planificación y gestión de la comunicación de proyectos sociales.

Uno de los autores que ha desarrollado este tipo de abordaje acerca de las estrategias de comunicación a lo largo de su producción intelectual es Prieto Castillo. Su propuesta se ordena a partir de considerar una mirada comunicacional de las prácticas sociales orientada hacia el complejo juego de las relaciones dentro de las instituciones, de la percepción ajena, a la producción de sentido para quienes necesitan apoyar sus prácticas cotidianas.

Una de las críticas más fuertes que realiza Prieto Castillo a las propuestas de planificación en comunicación en América Latina es que desconocen el alcance de las estrategias de comunicación que se proponen. Por un lado, le otorgan suprema relevancia a los mensajes a emitir y no a los sujetos que le dan sentido a aquellos, y por otro, omiten implementar métodos de evaluación y seguimiento de las estrategias planteadas. Para evitar este tipo de errores que se traducen en dificultades a la hora de planificar estrategias de comunicación para el diseño y formulación de proyectos sociales, este autor sugiere que se requiere reflexionar y desarrollar las nociones de situación de comunicación, la emisión y percepción permanente, percepción y apropiación cultural y texto social. Se trata de leer situaciones de comunicación a través de saberes, herramientas que proporciona la comunicación como teorías y metodologías: análisis de relaciones interpersonales y grupales, análisis de flujos de información, lectura crítica de mensajes, análisis y planificación de medios, investigación de interlocutores y de instituciones.

Ahora bien, actualmente tanto las organizaciones públicas como sociales tienden a incorporar el componente comunicacional en el diseño de sus programas y proyectos sociales, entendiendo que el logro de sus metas está supeditado a la calidad de las comunicaciones que establezcan con sus diversos interlocutores. Sin embargo, y en la línea de lo que plantea Prieto Castillo, no siempre la consideración y gestión de la dimensión comunicativa conduce a alcanzar los objetivos propuestos en programas y/o proyectos sociales.

La planificación de proyectos comunicativos implica un proceso integral que se materializa en dos momentos metodológicos, a saber: diagnóstico y planificación de la comunicación. Estos momentos se realizan consecutivamente; sin embargo, el primero retroalimenta permanentemente el proceso, en cuanto adquiere un carácter articulador entre la situación problemática inicial y las estrategias comunicativas planificadas, orientado hacia la concreción de una situación objetivo superadora.

El diagnóstico de la comunicación es un modo de acercamiento a la realidad de las organizaciones. Diagnosticar la comunicación en el ámbito organizacional implica reconocer situaciones problemáticas, la dinámica de los actores y el contexto histórico-social en que se inserta. Las acciones involucradas en el proceso de reconocimiento diagnóstico comprometen la participación activa de todos los actores sociales implicados. Sin embargo, se entiende que esta situación tiene aspectos de difícil concreción, dada la complejidad propia de la dinámica social y cultural de las organizaciones.

En el caso de la planificación propiamente dicha, el diagnóstico sienta las bases sobre las cuales se elaboran las acciones estratégicas que permitirán abordar el o los problemas de comunicación identificados en la situación inicial. Es el momento estratégico por excelencia en el que se construye la propuesta que vincula el estado

inicial del proceso con el horizonte a alcanzar. También resulta necesario señalar que el momento de la implementación es aquel en el que se ponen en juego las competencias, saberes, el conocimiento empírico de todos los actores involucrados, es decir, desde el equipo planificador hasta los integrantes de las organizaciones en cuestión.

En este marco, la evaluación es una actividad que debe tenerse en cuenta desde el diseño y formulación hasta la finalización de la propuesta. La experiencia indica que en la mayoría de los casos resulta dificultosa tal tarea debido a diferentes causas, entre las cuales se cuentan la complejidad de las realidades abordadas, los tiempos previstos y los recursos necesarios para su realización.

Bibliografía

- Abatedaga, Nidia (comp.) (2008). *Comunicación. Epistemología y metodologías para planificar por consensos*. Córdoba: Brujas.
- Arellano, Enrique (1988). “La estrategia de comunicación como un principio de integración/interacción dentro de las organizaciones. Razón y Palabra”, n° 1, extra. Disponible en <http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/logos/>
- Cimadevilla, Gustavo (2004). *Dominios: crítica a la razón intervencionista, la comunicación y el desarrollo sustentable*. Buenos Aires: Prometeo.
- Mata, María Cristina (1994). *Diagnosticar también es pensar la comunicación*. Buenos Aires: CCE-La Crujía.
- Pérez, Rafael (2004). “¿Por qué necesitamos una nueva teoría estratégica?”. *Revista Mediaciones*. Facultad de Ciencias de la Comunicación, Universidad Minuto de Dios, Colombia.
- Pichardo Muñiz, Arlette (1997). *Planificación y programación social*. Buenos Aires: Humanitas-Lumen.
- Prieto Castillo, Daniel (1999). *La comunicación en la educación*. Buenos Aires: CICCUS-La Crujía.
- Uranga, Washington (2007). *Mirar desde la comunicación*. Mimeo. Disponible en: http://www.washingtonuranga.com.ar/images/propios/14_mirar_desde.pdf
- (2008). *Para pensar las estrategias en la planificación desde la comunicación*. Mimeo. Disponible en: http://www.washingtonuranga.com.ar/images/propios/14_mirar_desde.pdf



Fotografía: Magdalena Chiara. Voluntariado Universitario 2017. Taller Mapeo Colectivo Barrio Unión N. Kirchner, José C. Paz. Diseño y Gestión de Políticas de Salud, ICO.

Módulo 5

Momentos de la planificación de comunicación en y para la salud en el territorio

En este módulo nos proponemos contextualizar y presentar los principales momentos y espacios de la planificación de la comunicación en el ámbito de la gestión de la salud en el territorio. Debemos advertir que esta parte del cuaderno de trabajo no intenta brindar recetas rígidas ni oficiar de manual a seguir, sino que pretendemos sistematizar y ofrecer recorridos posibles para cada uno de los niveles de la gestión sanitaria. Por lo tanto, seleccionamos diversas herramientas y/o técnicas de variados trabajos teórico-metodológicos que se ocupan del campo de comunicación y salud.

Comenzamos nuestro recorrido enfocando los diferentes niveles de decisión y de gestión en el ámbito sanitario:

Nivel de la gestión de las políticas de salud:

En primer término, identificamos la esfera de la comunicación de las políticas de salud en la que confluyen distintos equipos de trabajo tales como:

- Técnico-político: es el espacio de decisión y de implementación de programas y proyectos en torno a problemáticas de salud desde la autoridad sanitaria nacional, provincial y municipal.
- Recursos humanos: profesionales y no profesionales de la salud que se desempeñan en los diferentes niveles de atención del sistema de salud: hospitales, centros de salud, dispensarios.
- Comunicación y prensa: áreas pertenecientes a ministerios, secretarías, direcciones, de programas de prevención y/o promoción de la salud, de hospitales, de centros de salud.
- Equipos de prensa y comunicación: de organizaciones sociales, universidades, institutos de investigación del territorio.

El gran desafío para trabajar la comunicación en el nivel de los decisores de las políticas de salud es que todos estos actores involucrados puedan acordar planes de acción y generen estrategias de articulación intrasectorial e intersectorial.

Nivel de la gestión de las organizaciones de salud:

Las organizaciones de salud son los espacios institucionales en los que se gestiona y desarrolla la atención, el cuidado, la prevención y la promoción de la salud, que van desde los ministerios, las secretarías y/o direcciones de salud hasta los hospitales, centros de salud, entre otros. La comunicación en estas organizaciones se despliega en ámbitos interrelacionados entre lo interno y lo externo (local, nacional, regional).

Diseñar y planear la comunicación en estas organizaciones requiere articular acciones no solamente con la población a la que atienden o a la que se dirigen, sino que, además, deben tener en cuenta y establecer relaciones con otras organizaciones sociales, políticas, culturales.

Nivel de la gestión de y entre los equipos de salud:

En general, los equipos de salud están compuestos por médicxs, enfermerxs, agentes sanitarios, psicólogxs, residentxs, administrativxs, trabajadorxs sociales. El objetivo principal es que los equipos de salud se nutran de los saberes y experiencias de los distintos integrantes para coordinar criterios de acción comunes que tengan como horizonte incluir las voces de los destinatarios de sus tareas. Es decir, es necesario que lxs profesionales médicxs trabajen junto a lxs trabajadorxs de las demás disciplinas que intervienen en el ámbito sanitario y no que se limiten a solicitar asistencia para algunas situaciones particulares (sala de recepción, turnos, prácticas médicas de baja complejidad, entre otras).

Figura 5.1. Niveles de decisión y gestión de la comunicación en salud



Fuente: elaboración propia según Mosquera Vásquez, Mario (2005): “Comunicación en salud. Conceptos, teorías y experiencias”, en *Revista Psicología de la Salud*: “Temas actuales de investigación en Latinoamérica”, ALAPSA, Bogotá, pp. 209-230.

¿Cómo planificamos la comunicación en nuestros espacios de trabajo?

Sabemos que el diseño, la formulación, la implementación y la evaluación de estrategias de comunicación en salud no se aprenden en los libros, en los manuales o con recetas a seguir, sino que siempre comprenden las prácticas, los saberes, las experiencias en el territorio. Nuestra propuesta es repasar los momentos y espacios en los cuales la comunicación en y para la salud puede realizar aportes significativos para mejorar los niveles de salud en nuestros territorios.

Como hemos señalado antes, se trata de delinear momentos y no fases o etapas rígidas, dado que entendemos que el abordaje de la realidad siempre se presenta complejo y con un principio de incertidumbre que la rige. Por ende, no planificamos linealmente ni definimos pasos a seguir porque intervenimos en procesos turbulentos e inestables, que nos obligan a ir del centro a la periferia siempre junto a otros actores.

Para emprender la planificación de estrategias de comunicación en y para la salud partimos de reconocer:

- Situaciones problemáticas: prioridades sanitarias del territorio, identificación de hábitos no saludables entre la población, bajo grado de adherencia a tratamientos terapéuticos entre grupos de riesgo, entre otras, junto con las necesidades comunicacionales que requieren cada una de ellas.
- La dinámica de los actores: tipos de relaciones y modo de actuación de los equipos de salud, entre las áreas de trabajo en las organizaciones de salud (CAP, hospital, secretaría de salud del municipio), decisores y técnicos de salud (ministerios nacionales, provinciales, autoridades municipales).
- El contexto histórico-social en que se inserta: historia, contexto socioeconómico y cultural donde se pretende intervenir.

Estas acciones iniciales, junto con la definición del problema de comunicación, forman parte de lo que hemos definido en el apartado anterior como *diagnóstico*. La delimitación del problema de comunicación requiere de la participación de todos los actores involucrados. Por ejemplo, la sala de espera del servicio de clínica médica de un hospital que tiene dificultades para ordenar los turnos y/o evitar situaciones críticas en las que los pacientes acuden molestos: aquí es necesario que tanto miembros del equipo de salud (médicxs, enfermerxs, trabajadorxs sociales, empleadx administrativxs, técnicxs) como patientxs intervengan de la definición y de posibles soluciones en torno a la problemática. A la vez, se deben jerarquizar las necesidades de comunicación que aparezcan en este momento de indagación.

Esto permite acordar y precisar el tipo de *objetivos de comunicación* posibles para abordar dicho/s problema/s. Los objetivos de comunicación pueden apuntar a:

- | | | |
|-----------------|---------------|--------------|
| • informar, | • entretener, | • convocar, |
| • difundir, | • motivar, | • educar, |
| • sensibilizar, | • promover, | • articular. |

Los objetivos delimitados guían el diseño, la implementación y la evaluación de las estrategias de comunicación. En esa dirección, también es preciso diferenciar los *destinatarios* de las estrategias de comunicación: *directos* –aquellas personas sobre las que se orientaran las acciones de comunicación– y/o *indirectos* –personas vinculadas a los destinatarios directos y de la comunidad en el territorio–.

Figura 5.2. Momentos de la planificación de la comunicación en salud



Fuente: elaboración propia según propuesta metodológica de Bruno, Daniela y Uranga, Washington (2001): *Diagnóstico desde la comunicación*, UNLP-UBA.

Estos rasgos de los diferentes momentos de la planificación de la comunicación en el ámbito de la salud se pueden evidenciar en los *espacios* en los cuales se desarrollan las tareas de atención, prevención, promoción y cuidado de la salud.

En principio, en las organizaciones de salud (secretaría de salud, hospital, centro de salud, ministerio de salud) encontramos uno de los siguientes espacios de comunicación:

Sala de espera: es el sitio que abre, de algún modo, la organización de salud al público destinatario; es la puerta de entrada al ámbito sanitario. “Cuando se combinan la falta de información sobre el funcionamiento del lugar, los problemas organizativos, con la larga espera de varias personas aquejadas por diferentes dolencias o problemas de salud, se genera un contexto negativo que condiciona la atención de los/as usuarios/as” (Guía de Comunicación para equipos de salud, 2015: 15).

Entre las acciones que se pueden realizar en este espacio están:

- Ofrecer una atención amable, respetuosa e información adecuada a cada uno de los pacientes y sus acompañantes.
- Organizar la información y los materiales de las carteleras para que estén actualizadas.
- Implementación de algún tipo de encuesta o pequeñas entrevistas sobre los temas de salud que se atienden en la organización de la que se trate.
- Generación de actividades culturales o de entretenimiento alrededor de temas y problemas de la salud para sensibilizar a los concurrentes, entre otras tantas posibles.

Consultorio: lugar por excelencia de atención de la salud regido por relaciones fuertemente asimétricas: la relación médico-paciente. En general, los profesionales de la medicina no suelen mirar a la persona que atienden, muchas veces la tratan como un número, la infantilizan, suponen que no sabe nada y que su conducta no es saludable o va en contra de su salud.

Entre las posibles tareas a desarrollar para mejorar la atención en la consulta:

- “Utilizar palabras lo más claras y sencillas posible, aun para explicar procesos complejos. Evitar el uso de términos técnicos y siempre traducirlos a un lenguaje cotidiano.
- Repreguntar, volver a preguntar lo mismo pero de otra manera, para revisar si entendió las indicaciones. Es importante explicar si se entendieron sus indicaciones con claridad.
- Si el paciente no entiende las indicaciones, es conveniente explicarle a quien lo acompaña.
- Escribir la receta con letra clara y leerla en voz alta al paciente (quizás la persona no sepa leer y no se lo diga)” (Guía de Comunicación para equipos de salud, 2015: 20).

Listaremos a continuación algunos factores que facilitan y/o dificultan la comunicación entre el equipo profesional y los pacientes.

Facilitadores de la comunicación

1. Escoger un lugar adecuado: lo más tranquilo y acogedor posible.
2. Escoger un momento adecuado:
 - emocionalmente por parte de los pacientes como de los profesionales.
 - Disponer de un cierto tiempo.
3. Preguntar sin dar nada por supuesto. ¿Podrías decirme que entiendes por sexo seguro?
4. Escuchar activamente. Sigue, sigue... te escucho.
5. Empatizar. Entiendo que te sea difícil...
6. Pedir opinión. ¿Qué te parece la dieta de la que estamos hablando?
7. Declarar deseos: “Me gustaría que...”
8. Manifestar acuerdo parcial con argumentos del otro. “Es cierto que someterse a la quimio es frustrante. Vamos a ver si...” podemos encontrar alguna solución para...”
9. Dar la información en sentido positivo, enfatizando los aspectos positivos. “Los análisis muestran que estamos consiguiendo...”
10. Utilizar un lenguaje adaptado, evitando el uso de la jerga profesional.

Factores que dificultan la comunicación

1. Escoger un lugar inadecuado.
El pasillo o un lugar con constantes entradas y salidas
2. Escoger un momento inadecuado:
Por alteración emocional del usuario o del profesional
Por no disponer de cierto tiempo
3. Acusar
“Eso tenía usted que haberlo pensado antes...”
4. Amenazar
“Si no cambia usted su actitud no vamos a ninguna parte”.
5. Exigir
“Lo que yo le diga, la próxima semana me va a traer...”
6. Utilizar frases del tipo “deberías”
“Lo que tienes que hacer es...”
7. Utilizar el sarcasmo y la ironía.
“No, no le dolía cuando se pinchaba...”
8. Etiquetar
“Tiene usted muchas manías”, “No sea hipocondríaco”
9. Generalizar.
“Todo lo que usted dice...”
“Nunca cumple nada de lo que acordamos...”
10. Ignorar mensajes verbales y no verbales del interlocutor
Si las personas empiezan a mirar al techo o al reloj, ¿qué estarán intentando comunicar?
11. Juzgar
“Esta conducta suya es intolerable”
12. Menospreciar los argumentos del interlocutor
“Eso no es lo importante”
13. Dar la información en sentido negativo, enfatizando los aspectos negativos.
“Esto va mal”, “No hemos conseguido lo que queríamos y además...”
14. Utilizar un lenguaje no adaptado
“El problema son los linfocitos t-4” “en tu caso el antígeno...”

Barrio: es el espacio de circulación (calles, veredas), concentración (fila en el mercado, parada de colectivo, sala de espera del CAP) y reunión (aulas de colegio, iglesia, sede del gremio) de la comunidad de referencia de las organizaciones de salud. Para trabajar la comunicación se puede: identificar las organizaciones referentes (gremios, escuelas, iglesias, medios de comunicación locales, entre otras) de la comunidad y que pueden funcionar como aliadas para llevar adelante proyectos conjuntos a través de un mapeo; organizar charlas o talleres de interés sobre salud en escuelas de diferentes niveles del barrio; producir eventos culturales (ferias, concursos literarios, murales, teatro, video-debate, radio abierta).

Organizaciones de la comunidad: es el espacio de relaciones y asociaciones movilizadas por objetivos de carácter público y cuya finalidad es promover intereses comunes y valores compartidos en y con la comunidad. Una de las cuestiones que interesan es

trabajar en red y articular con las diferentes organizaciones de referencia de las comunidades que permitan, por ejemplo, aprovechar los espacios de reunión de distintas organizaciones y llegar a actores de la comunidad que no necesariamente asisten a las consultas de salud: o para distribuir materiales de comunicación de las organizaciones de salud en el barrio; o brindar capacitaciones, talleres sobre temas de salud).

Medios de comunicación: permiten la visibilización de las políticas de salud, de programas específicos, de campañas de prevención, de promoción de la salud, entre otras funciones. Sin embargo, es importante diferenciar aquellos de circulación masiva de los comunitarios y para qué se pueden usar cada uno de ellos.

Los medios masivos: (TV abierta, algunos canales de cable, radios comerciales AM y FM, diarios, revistas y periódicos de circulación nacional o regional) requieren de un proceso de producción lento y costoso. Sin embargo, son los mejores medios para crear agenda e instalar temas, llegando al mayor número de personas en el menor tiempo posible. El acceso a estos medios es difícil [...]. Y en cuanto al receptor, generalmente se lo desconoce, homogeneizando las audiencias, con lo que los mensajes son despersonalizados.

Los medios comunitarios (canales de TV, radios FM, periódicos, boletines, agencias de noticias, blogs, entre otros) tienen mucha presencia y arraigo en algunas localidades y están dispuestos a tratar temas que afecten a su comunidad. [...] Los costos de sus pautas son sensiblemente más reducidos que los de los medios masivos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el alcance o cobertura es reducido, que muchas veces la calidad técnica o artística puede ser baja, y que su periodicidad o frecuencia de emisiones puede ser escasa (Guía de Comunicación para equipos de salud, 2015: 35).

Algunas ideas para pensar estrategias de comunicación

Una estrategia de comunicación debería contemplar al menos 3 aspectos:

Mensaje: Definirlo en relación con los objetivos de comunicación que orienta la estrategia. Por ejemplo: Informar: divulgar, diseminar información; persuadir: reforzar actitudes o comportamientos; opinar: verter interpretaciones sobre hechos; narrar: contar una historia.

Canal/Medio: adecuados según los objetivos de comunicación y mensajes definidos:

Afiches, folletos, muestras de fotos, talleres, cuadernillos, videos, programa de TV, radio, redes sociales.

Alcance: Determinación del/os público/s destinatario/s: Directos e indirectos.

Productos de comunicación

Encontramos diferentes tipos de productos comunicativos: gráficos, radiofónicos, audiovisuales, interactivos pero no todos son adecuados para abordar temas y problemas de salud. Por ejemplo, las piezas audiovisuales suelen ser costosas y requieren mucho tiempo de elaboración, así como un equipo con recursos especializados.

Para elaborar y diseñar productos comunicativos acordamos que estos deben:

Ser claros: evitar tecnicismos y metáforas complejas.

Tener una idea eje: no más de una idea por producto.

Atractivos: colores, discurso, imágenes.

Creíbles: verosímiles.

Aquí vamos a mostrar algunos de los rasgos más relevantes de las producciones gráficas. Tienen ciertas características: permiten informar, instalar temas en la agenda pública, plantear problemas, facilitar debates, convocar a actividades.

Para su elaboración se debe tener en cuenta utilizar:

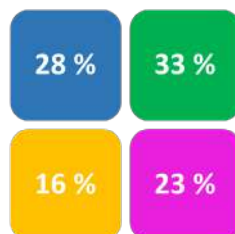
- palabras sencillas, cortas y directas,
- no usar términos técnicos,
- pocas palabras por frase (8),
- usar expresiones cotidianas,
- eliminar la información que genere confusión,
- creatividad en el contenido y en el diseño.

En cuanto a la diagramación de la pieza gráfica se debe tener en cuenta que:

- El ojo ve máximo 4 cosas simples al mismo tiempo
- La atención se centra en la parte superior
- La lectura se realiza de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha
- Tamaño y tipo de letra legibles.

Finalmente, es necesario atender el índice de legibilidad que permite ubicar la información y las imágenes del modo más adecuado. Por ejemplo, la información más importante debería ubicarse en la parte superior derecha; la imagen puede llamar la atención si se la coloca en los cuadrantes superiores e inferiores derechos.

Figura 5.3. Índice de legibilidad



Fuente: elaboración propia según Pautas para la legibilidad de la información. INTI (2013).

Algunos ejemplos para graficar estas recomendaciones al momento de proponer el diseño de algún material gráfico o de evaluarlo:

Figura 5.4. Ejemplos de afiches de campañas 2014-2017



Fuente: Sitio web del Ministerio de Salud de la República Argentina: <https://www.argentina.gob.ar/salud>

Bibliografía

- Bruno, Daniela y Uranga, Washington (2001). *Diagnóstico desde la comunicación*, UNLP-UBA.
- Guía de comunicación para equipos de salud (2015). Serie 01: Comunicación y Salud desde una perspectiva de derechos. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000217cnt-guia-comunicacion-y-salud.pdf>
- Guía para la formulación de planes estratégicos de comunicación. CNT (2015). Coordinación de Información Pública y Comunicación. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires.
- Mosquera Vásquez, Mario (2005). “Comunicación en salud. Conceptos, teorías y experiencias”. *Revista Psicología de la Salud: “Temas actuales de investigación en Latinoamérica”*. ALAPSA. Bogotá, pp. 209-230.

Comentarios finales

Hasta la Declaración de Almá-Atá (1978), que propuso un enfoque integral sobre la salud,¹ en el ámbito sanitario predominaba un punto de vista “biologicista” en el cual el actor privilegiado era el/la *médicx* con mínima participación de otros profesionales del sector (enfermerxs, administrativxs, técnicxs). A partir de este hecho de política de salud internacional, la comunicación y la educación en salud se fueron integrando no solo al ámbito de la producción de conocimiento, sino también al diseño y gestión de las políticas de salud con distintos grados de efectividad. Esta perspectiva permitió la incorporación a los modelos de salud pública de otras disciplinas, tales como las propias de especialistas en comunicación, en educación, en antropología, etcétera, además de aquellas ligadas a la atención de la salud.

En principio, durante las décadas del setenta y del ochenta, la comunicación en y para la salud se enfocaba en el uso y los efectos de los mensajes difundidos a través de los medios de comunicación (sobre alcoholismo, obesidad, enfermedades infecciosas, entre otras) aplicando elementos de la publicidad y del *marketing* social. En los años noventa, y junto con los debates en el campo de la comunicación en particular, se comienza a pensar el ámbito de salud como un espacio atravesado por la trama compleja de tensiones, acuerdos y desacuerdos, de actores sociales que pugnan por sus intereses y lo hacen desde diferentes lógicas. Esto exige considerar la comunicación como un aliado importante no solo en el proceso de atención, sino fundamentalmente en torno a la prevención y promoción de la salud. Al mismo tiempo, el perfil del comunicólogo comienza a virar desde el rol de un “técnico” que diseñaba contenidos y formatos para los medios hacia un profesional que oficia de “productor” de procesos reflexivos orientados al cambio social junto con otrxs trabajadorxs de la salud.

A lo largo de este cuaderno de trabajo hemos tratado de abordar los principales aspectos conceptuales e instrumentales para abordar la labor de la comunicación en y para la salud que fueron producto del proceso de enseñanza-aprendizaje en el marco de la edición 2017 de la Diplomatura en Gestión de las Políticas de Salud en el Territorio. Mirada la comunicación desde estos espacios de aprendizaje implica comprender que es solo una manera de posible abordar los temas y problemas de la comunicación y la salud. Una forma de construir un espacio de intercambio y

¹ La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Almá-Atá, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, se materializó en la Declaración de Almá-Atá, que se basó en la atención primaria de la salud como estrategia para lograr un mejor nivel de salud de los pueblos. En esta dirección, la definición de salud es el estado de total bienestar físico, social y mental, y no simplemente la falta de enfermedades, es un derecho humano fundamental y cuya meta social a nivel mundial, necesita de la participación de otros sectores sociales y económicos sumados al sector salud.

prácticas que nos lleva a entender que la comunicación es *entre actores, es entre muchos, es entre voces, pensamientos y actitudes de los más diversos*, convocados por valores y creencias, experiencias y saberes de quienes están junto y frente a nosotros

En este punto queremos subrayar que el compartir las necesidades comunicacionales es un objetivo por alcanzar. Con ese fin es que deben intervenir necesariamente, el comunicador/comunicólogo como apoyo, como otro actor que, en más de una oportunidad, interactuará de manera esporádica, oportuna, específica, pero que de ninguna manera será impertinente. No hablamos del comunicólogo como experto, hablamos de *un actor que pueda acompañar y compartir su mirada* sobre la multiplicidad de factores que componen, influyen, atraviesan una instancia de comunicación en el ámbito de la salud. Que ayude a producir valor agregado a la organización sanitaria o a la política de salud, que intervenga para capacitar, que funcione como amalgama entre “lo que dicen que hay que hacer en situaciones abstractas” y la compleja realidad en la que se desarrollan las prácticas de atención de la salud o la gestión de las políticas sanitarias, teniendo siempre como horizonte los objetivos que las organizaciones se proponen alcanzar.

Los invitamos a discutir con el texto para pensar situaciones y acciones posibles en el territorio de manera que las experiencias se transformen en casos, que se puedan sistematizar para compartir con otros: con profesionalxs, con no profesionalxs de la salud, con gestorxs, con promotorxs de la salud.

La gestión de la comunicación y la de la salud conforman un binomio necesario en el momento de diseñar, implementar y/o evaluar políticas sanitarias en el territorio. La visita al médico, la atención en la salita del barrio, sacar turno en el hospital, las charlas entre los concurrentes en una sala de espera son parte de los momentos que transitamos cuando de la salud se trata y que coexisten con la mesa de informes, las carteleras en los pasillos del centro de salud, las recetas y las indicaciones médicas, las campañas de vacunación en los medios de comunicación, entre otras. Estas y otras acciones y prácticas de comunicación implican un abordaje diferenciado y contextualizado.

Este cuaderno de trabajo ofrece algunas de las principales nociones para conocer y debatir el rol de la comunicación en salud, así como también, aquellas herramientas comunicativas solidarias con la gestión de políticas de salud. El principal propósito es reflexionar sobre los temas y problemas de la comunicación en salud, pero siempre teniendo en cuenta los aspectos de la gestión involucrados a fin de propiciar la integración de estos conocimientos en la práctica profesional de cada uno de los actores involucrados en el sistema de salud pública.