

Comunicación en Salud

Aportes conceptuales y experiencias

Coordinación: María Teresa Poccioni



Ianina Lois
Julio Longa
Florencia Montori
María Teresa Poccioni
Soledad Ramírez

Instituto de Ciencias de la Salud

 EDITORIAL | UNAJ

COMUNICACIÓN EN SALUD

Aportes conceptuales y experiencias

Comunicación en salud : aportes conceptuales y experiencias / María Teresa Poccioni ... [et al.]; compilación de María Teresa Poccioni. - 1a ed. - Florencio Varela : Universidad Nacional Arturo Jauretche, 2022.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-3679-63-6

1. Estrategias de la Comunicación. 2. Comunicación. 3. Salud. I. Poccioni, María Teresa, comp.
CDD 362.0425



Universidad Nacional Arturo Jauretche

Rector: **Dr. Arnaldo Darío Medina**

Vicerrector: **Ing. Miguel Binstock**

Director del Instituto de Ciencias de la Salud: **Dr. Martín Silberman**

Secretaría General: **Lic. María Teresa Poccioni**

Coordinador Editorial: Ernesto Salas

Arte de tapa: Gretel R. Flores

Diseño interior: Gabriela Ruiz

Corrección de estilo: Victoria Piñera

1ª edición digital, Abril de 2022

© 2022, UNAJ

Av. Calchaquí 6200 (CP1888)

Florencio Varela Buenos Aires, Argentina

Tel: +54 11 4275-6100

editorial@unaj.edu.ar

<https://editorial.unaj.edu.ar/>

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Argentina (CC BY-NC-ND 2.5 AR)

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>

Universidad Nacional Arturo Jauretche

COMUNICACIÓN EN SALUD

Aportes conceptuales y experiencias

Coordinadora

Lic. María Teresa Poccioni

Equipo docente

Ianina Lois

Julio Longa

Florencia Montori

Soledad Ramírez

ÍNDICE

Presentación	9
Capítulo 1	11
Comunicación: primeras aproximaciones al concepto. <i>María Teresa Poccioni</i>	
Capítulo 2	25
Comunicación e interacción. <i>María Teresa Poccioni</i>	
Capítulo 3	35
Dimensiones para el análisis de la comunicación interpersonal. <i>Soledad Ramírez</i>	
Capítulo 4	49
Comunicación en organizaciones de salud. <i>María Teresa Poccioni</i>	
Capítulo 5	59
Estrategias comunicacionales en organizaciones de salud. Análisis de caso de un Hospital de Alta complejidad. <i>María Florencia Montori</i>	
Capítulo 6	67
Estrategias de comunicación en salud. <i>Julio Longa</i>	
Capítulo 7	107
Promoción de la salud y comunicación: tensiones, devenires y genealogías. <i>Ianina Lois</i>	

PRESENTACIÓN

Este libro nace de la necesidad de incorporar temas, discusiones y conceptos vinculados a la comunicación social en la formación de profesionales de la salud.

La propuesta se basa en la creciente importancia de la comunicación, reconocida ampliamente, en los procesos vinculados a la salud en general y a las organizaciones de salud, considerándola desde una perspectiva integral que trasciende la visión instrumental que ha dominado durante décadas en el campo de la comunicación institucional.

En el campo de la enfermería, los modelos y teorías de ésta, se fundamentan en una visión humanista del cuidado, lo cual implica un conocimiento multidisciplinario y transversal que permite pensar la atención y el cuidado en salud como un acto comunicativo.

En la formación de los médicos y las médicas es incipiente la incorporación de contenidos vinculados a la comunicación en los planes de estudio, aunque aún falta mucho camino para andar.

La propuesta de este libro parte del reconocimiento de la comunicación como un proceso complejo y diverso que atraviesa todas las instancias de la práctica de los profesionales de la salud, tanto en la relación con los pacientes, como en la vida de las propias instituciones de salud. También se propone el análisis y discusión en torno a la comunicación vinculada a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, revisando los aportes que se han realizado en distintos contextos y desde distintas perspectivas.

Los capítulos dan cuenta de los temas que se trabajan en la asignatura Comunicación en Salud, de las carreras de Licenciatura en Enfermería y Medicina; así como también lo trabajado en Comunicación en las organizaciones de salud, asignatura de la Tecnicatura en Información Clínica y Gestión de Pacientes, en el Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Arturo Jauretche. Están enriquecidas con los aportes de todo el equipo docente y de los intercambios y reflexiones surgidos en el contexto de las clases junto con los estudiantes y las estudiantes.

CAPÍTULO 1

COMUNICACIÓN: PRIMERAS APROXIMACIONES AL CONCEPTO



AUTORA: MARÍA TERESA POCCIONI

INTRODUCCIÓN

Para comenzar a trabajar en la intersección entre comunicación y salud es necesario, en primer lugar, comenzar por desentrañar qué entendemos por comunicación. Esta tarea parecería sencilla, ya que todas las personas nos comunicamos y participamos de distintos procesos de comunicación durante toda nuestra vida. Sin embargo, esta omnipresencia de la comunicación puede convertirse en un obstáculo para tomarla como objeto de estudio y poder analizarla.

Nadie duda de la importancia que tiene la comunicación en todos los ámbitos de nuestra vida, ya que, al ser constitutiva de los seres humanos, es una experiencia humana fundamental. Comunicarse con las personas, expresarse, entender y hacerse entender es lo que nos define como personas. La comunicación es la base de la socialización, del estar en contacto con los demás, y es una práctica que experimentamos en forma cotidiana. Como plantea Nethol (1997, p. 66), “nos interesa ver los hechos de comunicación como un principio constitutivo de la actitud humana, como una red de interacciones y relaciones simbólicas que afecta las múltiples acciones que tienen su lugar en la vida institucional y cotidiana”.

El origen de la palabra comunicación está ligado a la idea de compartir. Comunicación, comunión, poner en común, son términos que pueden asociarse a comunicación. Si bien esta fue la forma en que surgió dicha expresión, con el correr del tiempo, la idea que comenzó a predominar fue la de transmisión de información, vinculada sobre todo con el desarrollo de las técnicas de reproducción, como inicialmente la imprenta. En la actualidad, cuando se habla de comunicación, la referencia a los medios masivos es inmediata, así como a las redes sociales que surgieron en los últimos años con la gran expansión de internet.

En el campo académico podemos observar distintas formas de comprender los fenómenos vinculados a la comunicación social, según distintos autores y diferentes teorías. Algunas de dichas perspectivas tienen que ver con la idea de interacción, que permite que los seres humanos podamos vivir en sociedad, y también se la concibe como sistema de transmisión de mensajes o informaciones, entre distintas personas, o bien entre medios técnicos y las personas, a través de códigos convenidos previamente o fijados en forma arbitraria. Al mismo tiempo, se habla de la comunicación social o la comunicación masiva, como plantea Marta Rizo (2009, p. 3), atendiendo al “sector económico que aglutina las industrias de la información, de la publicidad y de los servicios de comunicación no publicitaria para empresas e instituciones”.

Ya sea que estén tecnológicamente mediadas o no, las comunicaciones no solo nos constituyen, sino que nos atraviesan, nos condicionan en nuestra vida pública y privada, están presentes en todos nuestros actos, y por eso pocas veces nos ponemos a reflexionar sobre cómo nos comunicamos, qué ponemos en juego cuando lo hacemos, qué esperamos y qué sucede en realidad.

En este capítulo, les proponemos analizar el proceso de comunicación para discutirlo, problematizarlo y pensarlo en el contexto de las prácticas de salud.

EL MODELO INFORMACIONAL DE LA COMUNICACIÓN

Es común que la gran mayoría de los cursos que pretenden discutir nociones de comunicación las propongan a partir de ofrecer el viejo y conocido *modelo de emisor, mensaje, receptor*, maquillándolo un poco a partir de las incorporaciones de otros elementos tales como *canal, código, retroalimentación (feedback)*. Incluso desde los ámbitos que proponen una mirada de lo comunicacional que se apartaría de este esquema lineal y difusionista, como por ejemplo los cursos de consejería propuestos

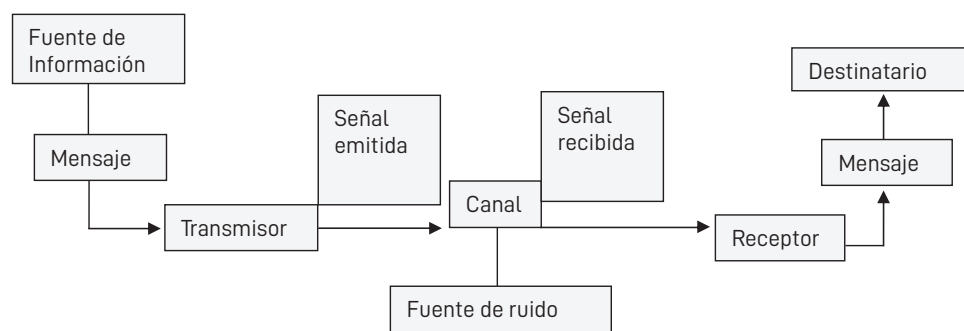
desde organismos internacionales, se sostiene este modelo, sin reflexionar acerca de cuáles son sus alcances y limitaciones, cuál fue el origen de este esquema, con qué objetivos fue creado y qué implicancias tiene cuando se intenta utilizarlo para explicar actualmente cualquier instancia de comunicación, social o interpersonal.

Muchas instituciones dedicadas al desarrollo han partido de este tradicional esquema, cuya aplicación impide pensar el proceso de comunicación en toda su riqueza y complejidad, dejando afuera la consideración de cuestiones vinculadas a las características de todo tipo de relación, la historia de las personas que intervienen en dicho proceso, las relaciones de poder involucradas en este, el propio espacio cultural en el cual se desarrolla.

Con respecto al origen del esquema, se vincula con el surgimiento de la teoría de la información, o bien, la teoría matemática de la comunicación, cuyos creadores fueron Shannon y Weaver en 1949. El modelo fue creado en el ámbito del estudio de la ingeniería de las telecomunicaciones, con el objetivo de mejorar el proceso de transmisión de información evitando distorsiones.

El esquema perteneciente a la teoría matemática de la información es el siguiente:

FIGURA 1. MODELO DE SHANNON Y WEAVER (1949)



El esquema supone que existe una fuente o lugar desde donde se genera la información, la que a través de un aparato transmisor es emitida como señal, que viaja a través de un canal a lo largo del cual puede ser interferida por un ruido. Al salir del canal, la señal es recogida por un receptor que la convierte en un mensaje, el que es comprendido (o se espera que lo sea) por el destinatario. Lo fundamental de esta

propuesta estaba en el concepto de *información*, pero no en el sentido habitual de noticia o algo que informar, sino como magnitud estadística abstracta que no se relaciona con la significación del mensaje.

La teoría matemática de la información es básicamente una teoría de la transmisión óptima de los mensajes, y sus avances provinieron fundamentalmente de la necesidad de los militares norteamericanos en épocas de guerra de mejorar los sistemas e instrumentos de envío de órdenes a los aviones que bombardeaban al enemigo. Se analizaban los equipos de radio para mejorarlos, tratando de reducir el ruido que se introducía en los mensajes y provocaba distorsiones o impedía su decodificación correcta. De allí surge el concepto de *redundancia*, como forma de repetición del mensaje para que sea recibido totalmente sin ningún tipo de error”.

Del mismo modo, como las informaciones eran formuladas por escrito, era necesario transformarlas, codificarlas, para poder enviarlas por los aparatos sin que fuera interceptada por el bando enemigo: de ahí que los primeros modelos de comunicación planteen las instancias de codificación y decodificación como momentos clave de la transmisión de información. A su vez, para poder saber a ciencia cierta si los pilotos habían recibido el mensaje correctamente, era necesario que los repitieran: así se cumplían con el nivel de retroalimentación.

Este modelo es tomado en la década de 1950 por los científicos sociales y transformado en modelo teórico de comunicación, tanto para explicar la forma de relación entre los medios masivos y la sociedad, como para actuar en el manejo de dichos medios, desde una visión fundamentalmente de *manipulación*. Con la aplicación de este esquema se buscaba explicar conductas, pero a su vez se diseñaban estrategias de manipulación y persuasión. Son comunes, en esa época, los estudios sobre cómo la radio influye en las personas y los lleva a votar a un candidato o a otro, o a comprar un producto u otro.

La concepción que está presente en estas perspectivas es la vinculada al pensamiento conductista, cuyo origen puede encontrarse en la teoría del psicólogo norteamericano John Watson. Para Watson, el conductismo era una ciencia natural emparentada íntimamente con la fisiología, cuyo propósito consistía en describir el comportamiento en términos de estímulos y respuestas, para poder, después, sobre la base del condicionamiento de estos, determinar la conducta futura de los individuos. John B. Watson (1878-1958) fue un psicólogo norteamericano cuyo objeto de estudio consistió en la conducta humana, la cual para él es resultado de reflejos condicionados, es decir, las conductas son respuestas aprendidas en forma de condicionamiento.

Toma como unidad de análisis la relación estímulo-respuesta, considerando el estímulo como cualquier factor externo o cambio fisiológico y respuesta a la reacción o respuesta frente a ese estímulo.

Pero el proceso de comunicación en la sociedad, en sus formas interpersonal, grupal, institucional, mediático, etc., es mucho más complejo que la mera transmisión de información de un emisor a un receptor. Si bien se propone que a través de un sistema de retroalimentación se pueda constatar si el receptor recibió el mensaje, esto no nos dice nada acerca de si lo comprendió, si está de acuerdo o lo rechaza, o si entendió algo totalmente diferente. El proceso plantea dimensiones que trascienden una explicación del tipo estímulo-organismo-respuesta, y que están situadas en el contexto más amplio de la cultura, dentro de la cual se producen los intercambios.

CRÍTICAS AL MODELO INFORMACIONAL DE LA COMUNICACIÓN

Desde algunas corrientes provenientes del campo de las ciencias sociales dedicadas al estudio de la comunicación social, se han realizado toda una serie de críticas a los intentos de aplicación del modelo informacional, tal como fue ideado por Shannon y Weaver, o bien con algunas modificaciones, a distintas instancias de la comunicación humana.

Una de dichas críticas consiste en la idea de que el emisor, en este esquema, pareciera ser quien tiene todo el poder sobre el proceso de comunicación ya que es quien comienza el proceso, impone los contenidos, impone sus propios códigos, es decir, tiene el manejo total del proceso. Sin embargo, el proceso de comunicación requiere de la voluntad de dos o más personas para comunicarse y establecer una relación entre sí y, en dicha relación, se ponen en juego distintos saberes y competencias.

A su vez, el modelo informacional observa a la comunicación como si se diera en una única dirección, desde el emisor al receptor, ya que el *feedback* o retroalimentación sólo implicaría la constatación de que la comunicación ha sido exitosa desde la perspectiva del emisor. Muchos autores han advertido que todos somos emisores y receptores a la vez, y que lo que se juega en un proceso de comunicación no debería analizarse en términos de un éxito basado en la idea de *comunicación transparente*, es decir, que el receptor perciba y entienda exactamente lo que el emisor quiso decir. Esta idea del éxito de la comunicación se basa fundamentalmente en la presuposición

de que los códigos que utilizan tanto emisores como receptores son absolutamente simétricos, es decir, que las personas intervinientes en el proceso de comunicación adjudican los mismos sentidos a los signos utilizados. Tanto la semiótica como los trabajos provenientes del campo de los estudios culturales y de la teoría de la recepción, han insistido hasta el cansancio en la polisemia de los discursos, en la multiplicidad de interpretaciones posibles, que hace que las personas puedan entender un mensaje determinado en formas distintas según aspectos que hacen a su historia personal, su contexto de referencia, su propia experiencia, entre otros factores.

Quienes critican este modelo informacional, señalan, además, que en él pareciera que los intereses del emisor predominan en los mensajes y se respeta poco al receptor, que sería manipulado por el emisor, quien ignora las necesidades, cultura y valores del receptor y solo admite como únicos los propios. Esta idea de manipulación va a estar muy presente en los estudios e investigaciones realizadas en el campo de los medios masivos en las décadas de 1950 y 1960, conocidos bajo el nombre de Investigación en comunicación o en inglés *Communication Research*, los cuales se enfocaban en los efectos que provocaban los medios masivos en las conductas sociales e individuales. En esta concepción, los receptores de los mensajes se consideran pasivos, sin mucho margen de acción, permitiendo que el emisor cumpla con sus objetivos, lo cual produce un efecto de *cosificación* del receptor.

Más allá de estas cuestiones, este modelo ha tenido y tiene aún hoy una gran aceptación en el campo de las estrategias de comunicación en salud, cuando se busca un cambio de actitud o de conducta para la adopción de hábitos saludables. Esto puede verse en la gran cantidad de artículos que, durante mucho tiempo, circularon en medios académicos y masivos, los cuales hablaban sobre los efectos de estos en la salud de las personas, o en las estrategias utilizadas en campañas de salud, intentando asimilar los postulados de la publicidad comercial a las campañas preventivas, la mayoría de las veces, con muy poca incidencia en cuanto a modificar la conducta de la población. Ejemplos de esto son los mensajes que tienden a evitar el consumo de tabaco y alcohol, o las campañas para evitar accidentes de tránsito.

EL MODELO ORQUESTAL DE LA COMUNICACIÓN

De las distintas críticas que surgieron en torno a la aplicación del modelo informacional a todos los procesos de la comunicación humana, una de ellas fue la que surgió

en la década de 1950 en California, denominada Escuela de Palo Alto. Un grupo de psiquiatras y psicólogos comenzaron a investigar distintas patologías relacionadas con problemas de comunicación y, junto a distintos referentes de otras disciplinas, como antropología y sociología, elaboraron una teoría de la comunicación interpersonal, con mucha vigencia en entre la década de 1960 y 1970.

Casi al mismo tiempo que se instalaba el *modelo informacional*, estos investigadores propusieron centrarse en la comunicación interpersonal tomando como primera posición la oposición a la utilización en las ciencias humanas del modelo de Shannon y Weaver, ya que, según ellos, este modelo había sido concebido por y para ingenieros de telecomunicaciones y, por lo tanto, había que dejárselo a ellos. La comunicación entre personas debía ser analizada en esta perspectiva según un modelo acorde a las ciencias humanas.

En este sentido, plantearon que la teoría matemática de la información proporcionaba una *visión telegráfica de la comunicación*, mientras que la mejor imagen para representarla sería la de la orquesta: todos participando del proceso al mismo tiempo. Este modelo orquestal pone el acento en el sentido más básico de la comunicación, como es el de *puesta en común, comunión*. Gregory Bateson (1984), planteaba que la comunicación no se refiere solo a la transmisión de un mensaje, sino que incluye todos los procesos a través de los cuales la gente entra en relación y se influye mutuamente. Existen formas comunicativas que implican proximidad entre protagonistas, sean grupales, sectoriales o individuales. Son actos que se producen en la red social y sus protagonistas establecen espacios de acción comunicativa en diferentes situaciones y contextos.

Ahora bien, este intercambio no debe entenderse como una relación armónica donde todos los participantes existen en relaciones de igualdad o de simetría. No siempre los actores se encuentran en una situación de intercambio igual, es decir, estableciendo un circuito de reciprocidad donde puedan darse contratos comunicativos de tipo horizontal. Lo que predomina, más bien, es la ausencia de simetría. En la multiplicidad de intercambios comunicativos se establecen interacciones que no siempre implican la posibilidad de réplica o respuesta directa.

Esta posibilidad está ligada a formas de contrato comunicativo, al tipo de relación que se establece entre los interlocutores según su situación social y su forma de relacionarse. Estas relaciones suponen discursos que se materializan en situaciones dadas y que implican recortes en los referentes temáticos. Siempre, en toda situación de comunicación, existe lo prohibido y lo posible, lo hablable, lo callable, restricciones ligadas a la confrontación con el poder. Foucault (2005) decía que “se sabe que

no existe el derecho de hablar de todo en cualquier circunstancia, cualquier persona, en fin, no puede hablar de cualquier cosa” (p. 15). En el capítulo 2, retomaremos esta perspectiva de análisis de la comunicación.

EL MODELO DE LAS CIENCIAS HUMANAS DE PRIETO CASTILLO

Una propuesta distinta, que intenta diferenciarse del modelo informacional, surge en América Latina en la década de 1980 de la mano de Daniel Prieto Castillo. Intenta romper con la idea de unidireccionalidad del modelo anterior e incorpora un análisis crítico del contexto o la situación en la cual se lleva adelante un proceso de comunicación, señalando que en toda comunicación intervienen distintos aspectos:

- formación social
- marco de referencia
- códigos
- fase de emisión
- fase de percepción
- medios y recursos
- mensajes
- referentes

La *formación social* tiene que ver con las instancias económicas, políticas y sociales que inciden directamente en los procesos de comunicación. Se es emisor o receptor en una determinada situación, dentro de tensiones sociales, dentro de ciertas relaciones de poder, dentro de un grupo y no de otro.

El *marco de referencia* alude al horizonte inmediato desde el cual cada una de las personas le da sentido a los mensajes que produce o recibe, al contexto de la vida cotidiana que hace que nos identifiquemos o sintamos más cercanos o lejanos a determinados personajes o a determinados mensajes.

Los *códigos* deben pensarse desde una perspectiva social, no de mera correspondencia entre un signo/señal y un significado, como en el modelo informacional. Si bien puede verse a los códigos como conjuntos de obligaciones sociales que permiten la comunicación en grupos y entre grupos de una sociedad determinada, es fundamental analizarlos con un sentido relacional que nos permita pensar en una relación de negociación entre los participantes en un proceso de comunicación.

En lugar de hablar de emisor, en este planteo se prefiere la expresión *fase de emisión*, para romper con la linealidad del esquema anterior. Además, en todo proceso de comunicación, se emite permanentemente, se está hablando o no, ya que la emisión se da a partir de un conjunto de signos que son determinantes y determinados por el universo cultural de significaciones donde se da dicho proceso.

Asimismo, conviene hablar de *fase de percepción* (y no de recepción, que implicaría para Prieto Castillo una actitud más pasiva que la de percibir). También tiene que ver con el contexto inmediato y la vida cotidiana de los sujetos involucrados en la comunicación, con su sistema de creencias, valores, representaciones, que son los que orientan la percepción y asignación de significación.

Los *medios y recursos* son los instrumentos que se utilizan para la circulación de los mensajes que dependerán, obviamente, del tipo de comunicación que se esté estableciendo (masiva, semi masiva, y otras formas).

El *mensaje* es considerado por Prieto Castillo como un signo o conjunto de signos (verbales, visuales, gestuales, objetos, etc.) capaces de significar algo a alguien, sea en sentido referencial (información sobre un tema) o en sentido estético (manifestación de placer o rechazo). En el primer caso, serían mensajes orientados hacia un contenido, en el segundo, hacia la forma.

El *referente* comprende todo objeto, situación, idea, sea real o imaginaria, al que alude el mensaje y que lo lleva a Prieto Castillo a caracterizar distintos mensajes según sean de baja referencialidad (cuando aluden a algunos datos superficiales) o alta referencialidad (cuando el mensaje pretende ser exhaustivo, por ejemplo).

En esta propuesta, Prieto Castillo no elimina completamente el esquema emisor-receptor, sino que lo complejiza, presentándolo desde la idea de formación social y marco de referencia para establecer que siempre los procesos de comunicación están situados en un contexto determinado. En el caso de la formación social, lo que plantea es que las instancias económicas, políticas, ideológicas de un país, su modo de producción dominante (capitalista, socialista, entre otras) incide directamente en el tipo de relaciones sociales que se dan entre las personas, la cual no es homogénea, sino que tiene diferencias según las condiciones de vida de la población. “Estas instancias inciden directamente en los procesos de comunicación de una determinada población social, y no sólo en lo relativo a los grandes medios de comunicación. Inciden también en las relaciones más inmediatas, grupales e interpersonales” (Prieto Castillo, 1990, p. 14). Como plantea Prieto Castillo, se es emisor o receptor, o emi-

sora y receptora, en situación, dentro de ciertas tensiones, atravesado por relaciones de poder. Sin embargo, no somos completamente conscientes muchas veces de cuáles son esos límites de la formación social a la que pertenecemos, porque lo más cercano a nosotros y nosotras, lo que podemos percibir y aprehender, es lo que denomina el marco de referencia o contexto inmediato. Es decir, nuestra vida cotidiana nos proporciona un contexto más específico que nos muestra cómo actuar y de qué manera interactuar con otros y otras.

En relación con el resto de los elementos del proceso de comunicación, tales como códigos, emisor, perceptor, medios, recursos, mensaje, referente, el autor plantea que deben no solo ser estudiados en sí mismos sino en sus relaciones. Los procesos de comunicación no son siempre iguales como parecería si uno aplica el modelo difusionista o informacional.

Según lo que esté en juego, podemos distinguir procesos de comunicación publicitaria, propagandística, política, literaria, estética, educativa, científica, lúdica... Si bien no existen abismos entre unos y otros, hay que reconocer que no es lo mismo ser emisor/a en un proceso publicitario que en uno educativo; que de un perceptor/a se espera una cosa muy distinta en cada caso. En publicidad la finalidad es que el perceptor/a se convierta en consumidor del producto promocionado; en educación, por el contrario se busca un enriquecimiento perceptual y una mayor conciencia sobre determinada situación o problema. (Prieto Castillo, 1990, p. 17).

Este modelo sirve fundamentalmente para pensar los procesos de comunicación en el campo de los medios masivos o de la comunicación institucional, pero la comunicación interpersonal y, en general, los procesos de comunicación en la vida cotidiana son de una complejidad tal que requieren un abordaje específico, como veremos más adelante.

LA COMUNICACIÓN COMO PRODUCCIÓN DE SENTIDO

Una propuesta superadora del modelo informacional de la comunicación fue la que provino de las conceptualizaciones de distintos campos de conocimiento como los estudios culturales, la semiótica, la teoría literaria, entre otros. Uno de los aportes

más importantes, y que hoy es algo que difícilmente se cuestione, es la consideración de las prácticas comunicativas como procesos de producción de sentido. Es decir que no se piensa la comunicación como transmisión de un punto a otro, o de un emisor a un receptor para ser más precisos, sino de un proceso dentro del cual, tanto uno como otro, tienen una concepción del mundo por medio de la cual producen distintos sentidos y, por lo tanto, admiten distintas interpretaciones en sus intercambios comunicativos. En nuestra vida cotidiana, ante cada situación a la cual nos enfrentamos, tomamos una postura, construimos una mirada o un punto de vista en torno a lo que nos sucede. Frente al proceso de salud-enfermedad-atención, las personas han ido asumiendo distintas perspectivas en los diferentes contextos históricos. Se ha pensado a la salud como un bien individual, como ausencia de enfermedad, como forma de salvación, como un fenómeno colectivo. En cada caso, se produce un sentido diferente, según el contexto, las costumbres, los valores vigentes en cada época. Estos sentidos a su vez se construyen en el proceso mismo de comunicación social, en nuestras interacciones, en nuestros intercambios.

Como sostiene María Cristina Mata (1985), “ser receptor, en consecuencia, no es ser un pasivo recipiente o mecánico decodificador. Es ser un actor sin cuya actividad el sentido quedaría en suspenso” (p. 20). Emisores y receptores producen, circulan y reproducen distintos sentidos, a partir de sus propias percepciones, interpretaciones, producto de las distintas tramas culturales en las que están inmersos. Por lo tanto la comunicación debe considerarse como *hecho y matriz cultural*, lo que implica, según Mata (1985), “indagar y percibir, por ejemplo, las articulaciones que se producen entre los diversos productos o mensajes que circulan en una sociedad y en un momento dado; permite plantearse cuestiones tales como la modelación histórica de los gustos y las opiniones; permite indagar el sistema de relevo con que operan diversas instancias de producción de mensajes y la manera en que ellas constituyen la trama discursiva –la trama de sentidos– de una sociedad” (p. 25).

Todos los procesos de comunicación, así como todos los procesos de significación, no pueden existir –ni analizarse– por fuera de la cultura. Son, fundamentalmente, procesos culturales o, mejor dicho, procesos situados en alguna cultura, en un determinado momento histórico. En un sentido amplio, podemos decir que la cultura es todo lo creado por los seres humanos a lo largo de su existencia.

Sin embargo, pueden encontrarse muchísimas definiciones de cultura, desde los contextos más variados. Incluso el uso cotidiano, no académico, del término ha contribuido a generar más confusión en torno a ella, tomando a la cultura como nivel

de instrucción o como conocimiento emparentado con las bellas artes. En cuanto a la concepción antropológica de cultura, si bien han existido distintos paradigmas en dicho campo para explicar el concepto, nos interesa la postura según la cual la cultura es entendida como un proceso o entramado de significados.

Podría decirse que este es uno de los conceptos más predominante actualmente en las investigaciones en torno a la cultura o a las culturas, y su principal exponente fue el antropólogo estadounidense Clifford Geertz, fallecido en el año 2006, quien la definió de la siguiente manera:

El concepto de cultura que propugno... es esencialmente un concepto semiótico. Creyendo con Max Weber que el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido, considero que la cultura es esa urdimbre y que el análisis de la cultura ha de ser por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones. (Geertz, 1991, p. 20).

La cultura es, para él, la trama de sentidos con los cuales le damos significado a los fenómenos de la vida cotidiana. El uso de la palabra *trama* es interesante porque nos lleva a pensar en sus distintas aplicaciones. La trama en el campo de la narrativa tiene que ver con la historia, el relato: la trama de un libro, la trama de una novela. En el campo informático se emparenta con la idea de redes. También se habla de la trama urbana en el discurso arquitectónico, y de las tramas en las artes visuales. Pero el uso que Geertz hace en su definición es el que se vincula fundamentalmente al mundo textil y la vincula con urdimbre. La trama es un tejido, se va armando con distintos hilos que se entrecruzan para dar forma a los distintos sentidos que se producen y circulan en un grupo humano, que comparte una forma de vida y una historia determinada.

Estos entramados, o estas tramas que conforman las relaciones entre las personas y les permiten formar parte e interactuar en una cultura, dan cuenta del sentido que dichas personas le dan al mundo que los rodea y a sí mismas dentro de ese mundo. Y la manera de expresar dicho sentido es indudablemente a través del lenguaje. Como afirma Victorino Zeccheto, en *La danza de los signos*, “toda actividad cultural lleva implícito algún tipo de lenguaje... en ese universo de signos se introduce la reflexión semiótica en busca de las estructuras y de las manifestaciones de sentidos que expresan los lenguajes” (Zeccheto, 2003, p. 10).

A su vez, desde una perspectiva semiótica, el lenguaje es lo que nos permite acceder al mundo que nos rodea, nos construye dicho mundo, a través de sus propias reglas, y esto se genera en procesos de comunicación. Según Stuart Hall, referente de los estudios culturales británicos, le damos sentido al mundo a través del lenguaje, mediante un proceso que se denomina *representación*. Para él la representación “es la producción del sentido de los conceptos en nuestras mentes mediante el lenguaje. Es el vínculo entre los conceptos y el lenguaje, el cual nos hace capaces de referirnos sea al mundo ‘real’ de los objetos, gente o evento, o aun a los mundos imaginarios de los objetos, gente y eventos ficticios”. (Hall, 1997. p 41)

Estos conceptos que se forman en nuestras mentes pueden pensarse como mapas conceptuales, los cuales no son iguales entre las personas, ya que en esa configuración interviene la cultura, las prácticas sociales, la historia de las personas, etc. Esa diferencia no impide que nos comuniquemos, debido a que “somos capaces de comunicarnos porque compartimos de manera amplia los mismos mapas conceptuales y de esa manera damos sentido o interpretamos el mundo, aproximadamente de maneras similares” (Hall, 1997. p 42).

De eso hablamos cuando decimos que pertenecemos a la misma cultura, significa que interpretamos el mundo de forma parecida porque compartimos sentidos en torno al mundo que nos rodea. La cultura es entonces una suerte de mapa conceptual, que nos permite otorgar sentido a lo que nos rodea. Pero además del mapa conceptual tenemos que poder representar e intercambiar sentidos y conceptos, y esto lo hacemos a través del lenguaje, en tanto signos compartidos que permitan que podamos realizar dicho intercambio.

Para finalizar este capítulo, insistimos en la necesidad de pensar los procesos de comunicación como procesos complejos, ya sea en su forma masiva, grupal, interpersonal, en los cuales no existen los mensajes aislados ni códigos que condicionen o determinen exactamente cómo deben ser recibidos dichos mensajes. Los mensajes, sus distintas interpretaciones, se inscriben en las prácticas culturales, forman parte de lo que desde la semiótica se denomina el *discurso social*, lo que puede decirse (y lo que no) en un momento dado de una sociedad determinada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bateson, G. y Ruesch, J. (1984). *Comunicación. La matriz social de la Psiquiatría*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, Michel (2005) *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets
- Geertz, C. (1991). *La interpretación de las culturas*. México: Editorial Gedisa.
- Mata, M. C. (1985). *Nociones para pensar la comunicación*. Mimeo.
- Nethol, A. M. y Piccini, M. (1997). *Introducción a la pedagogía de la comunicación*. México: Trillas.
- Prieto Castillo, D. (1990). La comunicación como proceso en totalidad en *Diagnóstico de Comunicación* (Manuales Didácticos CIESPAL). Quito: Editorial Quipus.
- Rizo García, M. (2009). La comunicación, ¿ciencia u objeto de estudio? Apuntes para el debate. *Question*, 1(23). <http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/887/788>.
- Hall, S (1997), El trabajo de la representación. Traducido por Elías Sevilla Casas. *Representation: Cultural Representations and Signifying Practices*. Mimeo.
- Zecchetto, V. (2003). *La danza de los signos*. Buenos Aires: La Crujía Ediciones.

CAPÍTULO 2

COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN



AUTORA: MARÍA TERESA POCCIONI

INTRODUCCIÓN

En el primer capítulo nos referimos al proceso de comunicación en general y analizamos los modelos a partir de los cuales se ha intentado explicarlo o comprenderlo desde distintas perspectivas teóricas. En este capítulo, abordaremos el estudio de la comunicación en el contexto de las relaciones interpersonales, poniendo énfasis en las características que adquiere cuando dichas relaciones se dan en un contexto vinculado a la atención de la salud.

Habíamos señalado que para poder analizar en profundidad el proceso de comunicación, tanto a nivel masivo, institucional, grupal e interpersonal, debemos trascender cualquier esquema o modelo que plantee a la comunicación solo en su aspecto vinculado a transmisión de información. Esto nos lleva a proponer una visión que haga hincapié en el proceso de producción de significación que conlleva toda comunicación desde una perspectiva más amplia.

En esta concepción, la comunicación se entiende como un proceso de relación entre sujetos que supone un proceso de producción de sentidos, sin restringirla solo a meros instrumentos tecnológicos o a la transmisión de información. Hay que analizarla en el contexto de los procesos culturales y sociales, entendiendo a la cultura como la forma de percibir el mundo, y de percibirnos en él, como un conjunto de valores, creencias e ideas que se encuentran en constante intercambio, elaboración y reelaboración por parte de las personas y grupos que las producen.

Además, pensar la comunicación como proceso implica repensarla a partir de los otros, por lo cual debemos entenderla como proceso orientado a la promoción y establecimiento de diálogos. No puede haber comunicación si no hay intención de dialogar con otros. Por lo tanto, el sentido fuerte de la comunicación no está solo en la posibilidad que tenemos para hablar o expresar lo que sentimos, deseamos o exigimos, sino también de escuchar al otro, conocer su opinión e intercambiar ideas. En definitiva, comprender que la comunicación es una vía de doble sentido. Por eso, sostenemos que la comunicación es un conjunto de prácticas y espacios donde se hace posible la producción de sentidos que permiten procesos de interacción social. Dicho de otra forma, podemos definir a la comunicación como actividad humana relacional en la cual se ponen en juego las particulares de cada uno de los intervinientes, a partir de un conjunto de conocimientos que pueden ser más o menos compartidos, con el objetivo de lograr acuerdos en cuanto a cómo comportarnos en la vida y cómo darle sentido a lo que nos rodea.

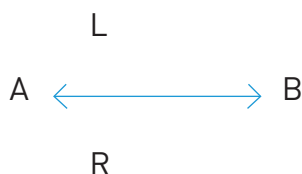
LAS FORMACIONES IMAGINARIAS Y LOS DISCURSOS

Un abordaje interesante del proceso de comunicación es el aportado desde la perspectiva del análisis del discurso. A continuación, presentaremos la propuesta desarrollada por Michel Pêcheux (1978)¹.

Este autor plantea que todos los intercambios comunicacionales (o los procesos discursivos, en tanto su objeto de estudio era el discurso) están condicionados por una serie de supuestos que las personas tenemos respecto de las características de dichos intercambios, al contexto en el que se dan, a la imagen que cada interlocutor tiene de sí mismo y del otro como interlocutor y del referente en tanto tópico del discurso. Estos supuestos pueden caracterizarse como un conjunto de saberes en torno al medio en que vivimos y actuamos, en torno a los demás, de nuestro propio lugar en el mundo, que pueden ser más o menos conscientes, más o menos evidentes, pero que intervienen en todas nuestras decisiones referidas a actuar

1 Michel Pêcheux (1938-1983) fue un filósofo marxista francés, discípulo de Louis Althusser, que se dedicó a estudiar la ideología y a desarrollarse en el campo del análisis del discurso. Desde su posición materialista, concebía al lenguaje como una expresión histórica de la realidad social, una manifestación ideológica de las relaciones de fuerza que la describen.

de un modo u otro. Nos comportamos de determinada manera, en determinados contextos, porque suponemos que las cosas son de tal o cual manera. En todo intercambio comunicacional, se dan una serie de relaciones imaginarias que actúan condicionando dicho intercambio. Pêcheux plantea que todo proceso discursivo se puede representar de la siguiente manera:



A y B designan lugares en la estructura social. En el proceso discursivo funcionan una serie de formaciones imaginarias que designan el lugar que A y B se atribuyen para sí y para la otra persona, la imagen que tienen de su propio lugar y del lugar de la otra. Estas serían las condiciones de producción de los discursos, que incluyen también la imagen del referente o tema del que se esté hablando. Así entendido, el acto de comunicación sería un producto elaborado y materializado a partir de ciertas condiciones de producción que se ubican en las relaciones sociales y/o de poder que existen entre sujetos en situaciones sociales. Estas condiciones pueden remitir a cierto tipo de relaciones sociales y psicosociales variables entre los interlocutores, y que son culturales, económicas, políticas, de raigambre cotidiana, institucional, entre otras. A su vez, las posiciones de sujeto en esos lugares no son siempre iguales, dependen de con quién interactuemos.

En el siguiente cuadro se pueden observar las formaciones imaginarias que plantea Pêcheux:

Lugar desde el cual se forman las imágenes	Imágenes que representan	Preguntas implícitas ante cada imagen
Posición de A	Imagen del lugar de A para el sujeto ubicado en A	¿Quién soy yo para hablarle así?
	Imagen del lugar de B para el sujeto ubicado en A	¿Quién es él para que yo le hable así?
	Punto de vista de A sobre R (el referente o tema del discurso)	¿De qué le hablo así?
Posición B	Imagen del lugar de B para el sujeto ubicado en B	¿Quién soy yo para que él me hable así?
	Imagen del lugar de A para el sujeto ubicado en B	¿Quién es él para hablarme así?
	Punto de vista de B sobre A sobre R (referente o tema del discurso)	¿De qué me habla así?

Un ejemplo en el campo de la comunicación interpersonal en los procesos de atención de la salud sería el siguiente: los lugares de A y B estarían ocupados por el profesional o la profesional de la salud y el paciente o la paciente, usuario o usuaria, o persona que consulta. Esos lugares están construidos social y culturalmente. Las personas tienen una imagen determinada del lugar que ocupa un médico o médica, enfermero o enfermera, kinesiólogo o kinesióloga, en general vinculada a la idea de que dicha persona posee un saber del cual se requiere para resolver el problema de salud por el cual se consulta, y que debe actuar en consecuencia. Del mismo modo, los profesionales y las profesionales de salud tienen una imagen de sí en relación con ese lugar que ocupan, la cual también surge de una construcción histórico-social que ha ido estableciendo ese imaginario. Lugar de poder, de saber, desde un modelo médico hegemónico, que se viene cuestionando e intentando modificar desde hace unos cuantos años. Ese modelo también ha generado la imagen que los profesionales y las profesionales de la salud tienen respecto de sus pacientes, que ha llevado a adoptar conductas que llegan incluso al reto si los/las pacientes no cumplen con los tratamientos indicados. Del mismo modo, las personas poseen una imagen de sí mismas en tanto pacientes (es decir, no se trata de una imagen de sí vinculada a sus características psicológicas particulares, sino al lugar que ocupan en determinado momento en una situación de intercambio de discursos). A su vez, tanto profesionales de salud como personas que acuden en calidad de pacientes/usuarios o usuarias, tienen una imagen de lo que se juega en el acto de comunicación, con relación al motivo por el cual se realiza la consulta (por ejemplo, otorgándole mayor o menor gravedad de la que tiene, o porque tenían una idea previa de cuál es el problema de salud, entre otras situaciones).

En este planteo, podríamos decir que la producción e intercambio de discursos pone en juego a protagonistas que están situados y situadas en un contexto, en un momento y lugar determinados.

Pecheux también se refiere a procesos de decodificación, e identifica una decodificación interna y una decodificación externa. La externa es la respuesta del otro u otra, y la interna es la instancia donde a partir de la respuesta, se reelabora la estrategia discursiva. Y a su vez, cada hablante es oyente de su propio discurso.

Esta perspectiva es muy interesante en el contexto de la consulta de salud. La posición que ocupa el profesional (médico o médica, enfermero o enfermera, kinesiólogo o kinesióloga) en relación con la persona que acude como paciente o acompañante, implica una relación de fuerza que va a determinar en gran medida el modo en que se establezca la relación de comunicación entre ambos. Esa relación siempre es asimé-

trica, en la medida en que, como ya dijimos, hay una imagen construida socialmente en torno a esos lugares y a lo que motiva la consulta: una persona acude a un profesional o una profesional de la salud sintiéndose vulnerable y buscando un saber y una respuesta que considera que le puede brindar y que la va a ayudar a sanar o a sentirse mejor. La diferencia está basada no solo en distintos saberes y distinta relación de poder, sino también en el lenguaje y vocabulario utilizado.

EL ENFOQUE SISTÉMICO: LA ESCUELA DE PALO ALTO

En la década de 1950, en California, surge una corriente de estudios en la Universidad de Palo Alto, que se conocerá como Colegio Invisible o Escuela de Palo Alto y que tendrá como objeto las distintas situaciones de interacción social por las que atraviesan las personas. Este grupo estaba conformado por investigadores procedentes de distintas disciplinas, como la antropología (Gregory Bateson, Edward Hall, Ray Birdwhistell), la psicología y psiquiatría (Paul Watzlawick, Don Jackson), la sociología (Erving Goffman). Su origen suele situarse en la fundación del Instituto de Investigación Mental, en la ciudad de Palo Alto, al sur de San Francisco, por parte de Don Jackson y al cual, luego, se sumó Paul Watzlawick, cuyo objetivo era investigar acerca de patologías mentales relacionadas con la comunicación, como por ejemplo la esquizofrenia.

Un aporte importante lo constituye la idea expresada en la definición que ofrecen Bateson y Ruesch (1984) de la comunicación, en donde consideran que esta “incluye todos los procesos a través de los cuales la gente se influye mutuamente”.

La base de esta idea estaba conformada en la consideración de que la esencia de la comunicación reside en los procesos de relación e interacción y que toda conducta es comunicación. Para estos investigadores, que orientaban sus estudios en la búsqueda de respuestas frente a algunos problemas de salud mental, era evidente que los trastornos psíquicos reflejaban las perturbaciones de la comunicación.

Fue así que estudiaron la comunicación como un proceso abarcador, como un todo integrado, que solo puede entenderse si se lo analiza en el contexto en el cual dicha comunicación se produce. En este sentido, fueron muy críticos del modelo informacional, por su imposibilidad para dar cuenta de dicho contexto. Los teóricos de Palo Alto se situaron en una perspectiva completamente distinta, siendo uno de sus postulados más conocidos el de los axiomas de la comunicación.

LOS AXIOMAS DE LA COMUNICACIÓN

Son conocidos los cinco axiomas de la comunicación presentados en el libro *Pragmatics of human communication* (1967) –traducido al español como *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*–, escrito por Paul Watzlawick con la colaboración de Janet Beavin-Bavelas y Don Jackson, pertenecientes también a la Escuela de Palo Alto.

En este trabajo, los axiomas se presentan como condiciones inherentes a la comunicación humana, es decir, aspectos que siempre están presentes en los procesos interpersonales, aunque adquieran diferente forma. Estos axiomas permiten ampliar el contexto para entender dicho proceso, es decir, no focalizar solo en el contenido de los intercambios, sino más bien en tener en cuenta la totalidad de la situación. En este sentido, estos autores plantean como evidentes los siguientes aspectos:

AXIOMA 1. ES IMPOSIBLE NO COMUNICARSE

La idea que está presente en este axioma parte de la premisa principal de estos autores en cuanto a que toda conducta es comunicación, por lo tanto, siempre estamos comunicando algo, ya que todo comportamiento siempre va a estar transmitiendo un mensaje, incluso cuando intentamos no comunicarnos, lo estamos haciendo a partir de nuestra actitud hacia nuestro interlocutor o nuestra interlocutora. En el campo de las relaciones interpersonales profesionales de salud/pacientes, este axioma es importante para comprender que todo lo que hacemos durante la atención de la salud puede leerse como un mensaje para la persona que acude a atenderse. Desde el saludo inicial, la forma de ubicarse espacialmente en la consulta, todo se convierte en un mensaje.

AXIOMA 2. TODA COMUNICACIÓN TIENE UN NIVEL DE CONTENIDO Y UN NIVEL DE RELACIÓN

Se refieren a que toda comunicación implica un compromiso y, por consiguiente, una relación, es decir, que no solo se transmite una información, sino que también se impone una conducta. “Por ello, toda comunicación tiene un aspecto de contenido o semántico y un aspecto relacional, tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación”. (Watzlawick et al., 1991, p. 52)

Siguiendo el ejemplo anterior, en la atención de la salud, cuando el profesional o la profesional de salud pregunta a su paciente, o le da indicaciones, es tan importante

el contenido como el modo en que se lo transmite. Una indicación, según el tono utilizado, puede parecer una orden, una sugerencia, o algo sin importancia. Y según como sea interpretado por el paciente o la paciente, será su forma de actuar frente a la información recibida.

AXIOMA 3. LA INTERACCIÓN ESTÁ CONDICIONADA POR LA PUNTUACIÓN DE LA SECUENCIA DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS PARTICIPANTES

Según Watzlawick, “para un observador, una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios”. Esta secuencia puede ser también interpretada de diferente manera por cada una de las personas que protagonizan dicho intercambio. Supongamos que, en la consulta médica, el profesional le dice a su paciente que la presión arterial sigue alta, de un modo que el paciente o la paciente interpreta como un reto y se enoja con su médico o médica. Podríamos decir que cada uno de ellos puntúa la interacción de tal forma que puede ser vista como un reto o como una preocupación o como un simple señalamiento de la cuestión. Lo que está en juego aquí es que la naturaleza de la relación de comunicación dependerá de cómo los participantes lleven a cabo esa puntuación de secuencias, o esa demarcación de la interacción.

AXIOMA 4. TODA COMUNICACIÓN IMPLICA DOS MODALIDADES, DIGITAL Y ANALÓGICA

Con este axioma, Watzlawick se refiere a que, en toda comunicación, entran en juego elementos verbales o con un mayor nivel de codificación o simbolización, como sería el caso de las palabras (compartimos una lengua que nos permite entender que una palabra tiene determinado significado, aunque no exista ninguna semejanza entre la palabra y el referente u objeto al que alude) y, además, surgen modalidades analógicas, es decir, formas de comunicación para las cuales utilizamos signos que guardan semejanza con lo que queremos decir o significar. Y en este campo entra la comunicación no verbal, de gran importancia cuando la situamos en el contexto de las interacciones en salud. La comunicación no verbal para este autor no abarca solo movimientos corporales o conducta kinésica, sino que incluye también “la postura, los gestos, la expresión facial, la inflexión de la voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras mismas, y cualquier otra manifestación no verbal de que el organismo es capaz, así como los indicadores comunicacionales que inevitablemente aparecen en cualquier contexto en que tienen lugar una interacción” (Watzlawick et al., 1991, p. 39).

La mirada, en la interacción profesional de salud y paciente, es un aspecto fundamental que incide en el modo en que se percibe la consulta. Mirar a los ojos o no, hacer gestos o no hacerlos, marcan en gran medida el modo en que las personas van a sentirse durante la consulta.

AXIOMA 5. LA COMUNICACIÓN PUEDE SER SIMÉTRICA O COMPLEMENTARIA

Existen dos formas de relación de comunicación, según este axioma, aquellas basadas en la igualdad, y las basadas en la diferencia. En una relación simétrica, las personas participan en términos de igualdad, mientras que, en una relación de complementariedad, la participación es desigual. Esto se ve claramente en la relación médico o médica y paciente, profesional de salud y paciente, donde la relación es claramente complementaria, es decir, asimétrica. Esta asimetría determina el modo en que se desarrolla el curso de la comunicación.

Es importante señalar que Watzlawick manifiesta la necesidad de tomar estos axiomas con reservas, ya que los propone de manera tentativa con la intención de establecer una pragmática de la comunicación. Su aporte consiste en complejizar las interacciones humanas, no verlas solo como acción y reacción, y pensarlas desde una perspectiva sistémica basada en la idea de intercambio.

LA INTERCULTURALIDAD EN LOS INTERCAMBIOS COMUNICATIVOS

Un aspecto importante para tener en cuenta en los intercambios comunicativos es que muchas veces interactuamos con personas culturalmente distintas. Esto es algo que se da con mucha frecuencia en el contexto de la atención en salud, debido a los procesos migratorios que hacen que muchas personas provenientes de diferentes provincias y países mayoritariamente limítrofes se trasladen desde sus lugares de origen a otras ciudades y regiones en busca de trabajo y de otras oportunidades.

De por sí, los procesos de comunicación entre personas no son sencillos, suelen estar expuestos a malentendidos y conflictos de todo tipo. Esto sucede en mayor medida cuando las personas pertenecen a culturas distintas, entendidas como formas de ver el mundo, sistema de valores, creencias, costumbres, lengua, tal como vimos en el capítulo 1.

Cada cultura tiene sus propias formas de comunicación, tanto en lo verbal como en lo no verbal, lo gestual, postural, etc. Por lo tanto, cuando hablamos de comunicación intercultural, nos referimos a la interacción entre personas de diferentes culturas, fundamentalmente en aquellas situaciones en las cuales el grado de diferenciación cultural es más notorio. Implica comprender la cultura de la otra persona, de nuestro interlocutor o interlocutora, tomando conciencia a su vez de nuestra propia cultura.

Al igual que la necesidad de desarrollar una competencia comunicativa en el personal de salud, se habla de una competencia cultural, es decir, obtener conocimiento, entendimiento y habilidades sobre grupos culturales diversos, que no impliquen situaciones de imposición de una cultura sobre otra, sino de procesos de integración y negociación entre distintos saberes provenientes de culturas diversas.

OTRAS PISTAS PARA PENSAR LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN SALUD

Es indudable que la relación entre profesionales de salud y pacientes de servicios de salud, es una relación social asimétrica. Según Petracci (2017), la diferencia de saberes, de vocabulario y lenguaje, de poder, “son puntos de apoyo (de ninguna manera los únicos) de la asimetría. Estos mismos también son obstaculizadores de la fluidez de la relación”.

Obviamente se trata de una relación entre actores sociales que cuentan cada uno con un tipo de saber diferente. El modelo médico hegemónico se ha destacado por subestimar el saber o conocimiento de los pacientes y las pacientes en la consulta médica, dando por válido solo el saber médico, de corte biologicista, centrado en la enfermedad y no en la salud. Si bien ha sido cuestionado podríamos decir que continúa vigente.

También es clara la asimetría en relación al vocabulario y uso del lenguaje. Son recurrentes los ejemplos donde los pacientes manifiestan no comprender en absoluto las indicaciones del médico o médica, o su explicación en cuanto al cuadro de salud presentado, siendo en general el personal de enfermería el encargado de traducir sus palabras.

En cuanto al poder, desde la perspectiva de Foucault, podemos decir que en la relación personal de salud-paciente se juegan fundamentalmente relaciones de poder,

teniendo en cuenta que el poder es diferente a dominación, el poder no es algo que se tiene, sino que es algo que se ejerce, de múltiples formas y según las posibilidades de los sujetos involucrados.

En relación con esto, es interesante lo que plantea Petracci con respecto a que en la actualidad se han producido algunos cambios en las relaciones entre médicos o médicas y pacientes, y en los contextos de dicha relación,

de un formato básicamente diádico se pasó a otro institucional en el cual el paciente es un usuario de servicios (en una o varias organizaciones y bajo la intervención de más de un profesional); de un vínculo directo se añadió otro en el que median la tecnología e Internet; de una relación en la cual la ‘verdad’ de la palabra médica era incuestionable se pasó a otra en la cual el paciente tiene derechos, puede plantear opciones, dudar del profesional, negociar el diagnóstico y la terapéutica; también puede integrar asociaciones de pacientes, reclamar ante autoridades gubernamentales, e interponer denuncias, querellas o demandas judiciales (Petracci, 2017, p. 206).

Estas nuevas formas de relación también generan cierta inquietud y desconcierto muchas veces entre los profesionales de salud, ya que comienzan a modificarse los viejos esquemas según los cuales se establecían los intercambios en la atención en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bateson, G., Ruesch, J. (1984). *Comunicación. La matriz social de la psiquiatría*. Barcelona: Paidós.
- Pecheux, M. (1978). *Hacia el análisis automático del discurso*. Madrid: Gredos.
- Petracci, M., Schwartz, P.; Rodríguez Zoya, P. G. (2017). *Comunicación y salud. Las relaciones entre médicos y pacientes en la modernidad tardía*. Buenos Aires: Teseo.
- Watzlawick, P., Helmick, J. y Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

CAPÍTULO 3

DIMENSIONES PARA EL ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL



AUTORA: SOLEDAD RAMÍREZ

INTRODUCCIÓN

La comunicación no está reducida a los medios, aunque exista una centralidad en ellos, la comunicación interpersonal se da por sentada, es algo cotidiano, por lo cual pocas veces reflexionamos sobre ella o es motivo de investigación académica.

Asumimos que la comunicación es tan natural que todos los problemas, conflictos o situaciones de intercambio, derivan de la comunicación porque pareciera que la comunicación lo es todo.

Schmucler (1984) nos señala “la comunicación no es todo, pero debe ser hablada desde todas partes, debe dejar de ser ‘un objeto constituido’, para ser un objetivo a lograr. Desde la cultura, desde ese mundo de símbolos que los seres humanos elaboran con sus actos materiales y espirituales, la comunicación tendrá sentido transferible a la vida cotidiana” (p. 12).

La comunicación es parte de la vida cotidiana, pero necesita ser analizada, reflexionada y lograda, es decir, es un proceso que se construye y merece ser estudiado.

La comunicación interpersonal siempre fue un tema relegado desde las ciencias de la comunicación, si bien fue abordada por otras disciplinas como la sociología,

la psicología, la fenomenología. Sin embargo, hace unos años comenzaron a surgir investigaciones (pocas en comparación a otros temas como los medios) dentro del campo de la comunicación.

Ya lo señalaba Garza Guzmán (2009): “Resulta ineludible legitimar a la comunicación interpersonal como parte del campo académico de la comunicación, para así, impulsar el interés sobre la misma y promover la producción científica en este nivel” (p. 50).

¿Qué es lo que buscamos cuando estudiamos la comunicación interpersonal? Hay diversos autores que se encargaron de iniciar el camino y como mencionamos generar el interés sobre esta área.

Fuentes (2008, p. 113) destaca “en el centro de nuestro objeto de estudio, la comunicación, no están los ‘mensajes’ o los ‘contenidos’ sino las relaciones, establecidas e investigadas a través de sus múltiples mediaciones, entre la producción de sentido y la identidad de los sujetos sociales en las más diversas prácticas socioculturales”.

Rizo García (2020) añade que el interés debe estar en las relaciones y en los procesos, en el compartir con otros, en poner en común.

Estos términos como compartir y poner en común nos acercan al significado etimológico de la palabra comunicación, un significado que debemos recuperar.

Porque ese significado nos ayuda a conceptualizar la comunicación interpersonal, como ese proceso donde hay un diálogo cara a cara, donde hay una puesta en común, donde busco la mirada del otro, donde el cuerpo es importante, aunque la interacción sea a través de un dispositivo.

ALGUNAS CONCEPTUALIZACIONES RELACIONADAS A LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL

Para Rizo García (2020) “la comunicación interpersonal es un proceso básico para la construcción de la vida social, como un mecanismo productor de sentidos que permite activar el diálogo y distintos modos de convivencia entre sujetos sociales. Desde esta perspectiva, hablar de comunicación supone acercarse al mundo de las relaciones humanas, de los vínculos establecidos y por establecer, de los diálogos hechos conflicto y de los monólogos que algún día devendrán en diálogo”.

Para Eduardo Vizer (2007, p. 194) “la comunicación puede ser considerada la manifestación concreta y objetiva de los procesos permanentes de reconstrucción de los diferentes contextos de realidad que construimos y cultivamos en la vida cotidiana”

Para ambos autores es un proceso permanente, que nos acerca uno a otro y hace posible la producción de sentidos. Hay prácticas cotidianas y diálogos.

Borden y Stonoe (1982, p. 82) se refiere a esta como “la única manera de que disponemos para ponernos en contacto con los demás y, aun cuando no nos demos cuenta de cuánto dependemos de ella, constituye el centro de nuestra existencia”.

Otros autores, como Sodhi (2008, p. 31), pondrán en relevancia la importancia del cuerpo para este tipo de comunicación. “Cada relación interpersonal implica alguna forma de comunicación, ya sea intencionada o no. El hombre, en cuanto se encuentra en interacción con otras personas, se está comunicando constantemente. Por su inclinación corpórea no puede dejar de comunicarse, ya que el hombre es todo cuerpo y el encuentro interpersonal se produce en la corporeidad”.

Xirau (2002, p. 436) lo enfatiza de la forma siguiente: “cuando percibo a ‘otro’ lo percibo como un ser encarnado, como un ser que vive en su cuerpo, es decir, como un ser semejante al mío, que actúa de manera semejante a como actúo y que piensa de manera semejante a la manera en que pienso”.

Haroldsen y Blake (en Roda y Beltrán, 1988, p. 91) afirman la idea de un espacio en común y la proximidad necesaria: “la comunicación interpersonal es la relación entre emisor y receptor que se da en un mismo espacio y en situaciones en las que los interactuantes están físicamente próximos”.

Rizo García también le da importancia al cuerpo, pero sobre todo en la potencialidad de creación y significación de estos cuerpos. Vuelve a la idea de acción, de encuentro.

“La comunicación humana es comunicación desde el cuerpo, para el cuerpo y entre cuerpos. Somos conscientes de la existencia de los otros con quienes nos comunicamos, porque tenemos conciencia perceptiva sobre nuestro cuerpo, y desde nuestro esquema corporal constituimos las imágenes que tenemos de los otros y somos capaces de interactuar con él. El cuerpo, por lo tanto, no solo recibe, sino que, sobre todo, crea, significa. El lenguaje solo es posible si emana de los cuerpos vivientes y sintientes, y como tal, es la instancia que unifica al ser.” (Rizo García, 2015, p. 329)

Fernández (2013, p. 42) considera además como un componente central de la comunicación interpersonal a la emoción. Tanto las emociones como el cuerpo son dimensiones a considerar en los procesos de producción de sentidos. Se complementan.

Como vemos, la presencialidad, por mucho tiempo, fue central al intentar conceptualizar la comunicación interpersonal. Sin embargo, tenemos otras definiciones que trascienden la centralidad del cuerpo presente, ya que hay otras formas de estar en presencia, de estar cara a cara, formas que se instalaron hace varios años y se consolidaron en la actualidad.

Romeu Aldaya (2015, p. 189) expone lo siguiente:

“Hoy en día, pocos podrían sostener que hay un tipo de comunicación que se da en los chats, en el correo electrónico y en las redes sociales que no forman parte del cúmulo de actos comunicativos a los que es posible inscribir en el interior de los actos de la comunicación interpersonal; incluso, la conversación telefónica o la relación epistolar entre los amigos y/o amantes de los siglos XIX y XX son indudablemente acontecimientos y actos comunicativos interpersonales que deben ser estudiados como tales”.

Su afirmación invita a correrse de las definiciones ancladas en la idea del cuerpo materializado.

Pensemos desde el 2020 en adelante, como los dispositivos tecnológicos alcanzaron mayor relevancia de las que ya tenían, pero con un significado distinto, fueron el medio para la interacción humana.

Videoconferencias, videollamadas, salas en redes sociales, se volvieron los medios para darle continuidad a las interacciones con ese otro que antes surgían en presencialidad, pensemos en los estudiantes y docentes, en los pacientes internados, en los profesionales y las profesionales que necesitaban estar en contacto con colegas, clientes y clientas, etc.. Si bien nuestras actividades sociales, y también las económicas, se movieron a micro pantallas; el cuerpo, la presencialidad sigue estando vigente pero de otra forma, mediada quizás por un dispositivo. Porque no es solo la presencia física lo que importa, sino sus emociones y racionalidad.

Prieto (2008, p. 24) menciona “la necesidad del nosotros instala la necesidad misma de dar respuesta al Otro; de ahí que la relación que sostienen los hablantes durante una interacción comunicativa de tipo interpersonal es básica y esencialmente interdependiente, inmediata y recíproca”.

Podemos decir que la comunicación interpersonal más que definirse por la presencia física, la presencialidad, puede y debe, como señala Prieto, definirse por la reciprocidad e interdependencia.

Romeau señala cuatro criterios necesarios para conceptualizar la comunicación interpersonal, la personalización, la intimidad, la confianza y la empatía:

La comunicación interpersonal es aquella en la que se enfatiza la relación con el Otro como persona, es decir, la relación donde se privilegia no, el entendimiento de lo que se dice, sino la comprensión del ser humano con el que se 'habla'. La relación persona-persona, imposible de ser pensada sin personalización, intimidad, empatía y confianza, gesta por tanto comunicación interpersonal, y ello indica que esta comunicación no tiene que darse necesariamente mediante la proximidad física, sino más bien en función de una proximidad afectiva que se recrea desde una posición ética. (Romeau, 2015, p. 195).

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL

Existen diversos factores a tener en cuenta en el proceso de comunicación, como la percepción, los valores y creencias, factores sociales, culturales, familiares, el lenguaje no verbal.

La percepción tiene que ver con la imagen que formamos de las personas y la imagen que tenemos del mundo; está relacionada con nuestros sentidos, pero además es atravesada por el contexto sociohistórico. La percepción es selectiva y subjetiva, no todos y todas vemos lo mismo e interpretamos la realidad del mismo modo. Nuestras vivencias, experiencias previas condicionan nuestra forma de percibir la realidad. En todo caso, tenemos representaciones de la realidad.

Los valores también intervienen en el proceso, están relacionados a la autoestima, al igual que la percepción son diferentes a cada uno, aunque se declaren algunos de ellos universales. En ocasiones intentamos imponerlos, medimos actitudes y conductas en función de nuestros propios sistemas de valores. A la vez estos sistemas difieren por la edad, la formación, los vínculos sociales.

Las creencias influyen al momento de comunicar, se relacionan con las vivencias y el conocimiento sobre determinado tema, nos ubican culturalmente y rigen nuestras acciones cotidianas.

“Creamos el mundo que percibimos, no porque no exista una realidad externa, sino porque seleccionamos y remodelamos la realidad que vemos para conformarla a nuestras creencias acerca de la clase de mundo en el que vivimos”. (Bateson, 1972, p. 301).

Los factores sociales y culturales tienen que ver con las estructuras y los significados que son adquiridos desde la niñez, en la sociedad. La cultura determina la forma de movernos, vestirnos, alimentarnos y comunicarnos.

Los factores familiares: la familia será un agente socializador, pero además es la que dará un sentido de pertenencia y establecerá nuestra forma de percibir el mundo.

El lenguaje no verbal hace referencia a todos los signos y sistemas de signos no lingüísticos que se utilizan para comunicar. Los signos no verbales paralingüísticos y los signos no verbales kinésicos.

“El sistema paralingüístico por las cualidades y modificadores fónicos, los indicadores sonoros y reacciones fisiológicas y emocionales, los elementos cuasi léxicos y las pausas y silencios que a partir de su significado o de alguno de sus componentes inferenciales, comunican o matizan el sentido de los enunciados verbales” (Poyato, 1993, p. 115).

Las cualidades físicas del sonido son el tono, el timbre, la cantidad y la intensidad. Los modificadores fónicos son los llamados tipo de voz, dependen de la configuración que adoptan los órganos fonadores y articulatorios, contienen componentes inferenciales que especifican o matizan el contenido de los enunciados. Las reacciones físicas emocionales como la risa, el llanto, el sollozo, el suspiro, el grito, la tos, el carraspeo y el bostezo, pueden ser utilizados en combinación con otros signos paralingüísticos, kinésicos o verbales. Se emiten consciente o inconscientemente. También existen los signos verbales cuasi léxicos que son interjecciones no léxicas (¡oh!, ¡uy!, ¡ajá!), onomatopeyas (pi, zas, chu-chu) emisiones sonoras (chistar, roncar, gemir). Tienen valor expresivo, funcional, referencial, son alternantes para lingüísticos. Pausas y silencios también comunican.

Los signos no verbales kinésicos, son movimientos y posturas corporales que inferen o matizan los enunciados. Poyatos (1994) señala que el sistema kinésico está constituido por tres categorías: los gestos o movimientos faciales y corporales, las maneras o las formas convencionales de realizar las acciones o movimientos y las posturas o posiciones estáticas comunicativas.

Los gestos son movimientos psicomusculares que tienen valor comunicativo, pueden ser conscientes o inconscientes, hay gestos faciales y gestos corporales, aunque por lo general se dan de forma combinada.

Las maneras hacen referencia a las formas que convencionalmente realizamos gestos y posturas por un lado y hábitos de comportamientos culturales por otro.

Las posturas son las posiciones estáticas que adopta el cuerpo (por ejemplo, cruzar los brazos) y comunican de forma activa o pasiva.

También intervienen en la comunicación los signos proxémicos. Diversos autores –como Hall (1966), Poyatos (1975), Watson (1970)– han definido la proxemia pero coinciden en la estructuración y uso que hace del espacio el ser humano.

Tiene que ver con hábitos de comportamiento, creencias sobre uso y distribución del espacio y las distancias corporales que mantenemos en interacción.

Otros signos a tener en cuenta son los signos cronémicos, al igual que la proxemia, Hall (1959), Poyatos (1976) y Bruneau (1980), se ocuparon de estudiar la cronémica y la definen como la concepción, la estructuración, el uso que hacen del tiempo los seres humanos.

Existen distintos tiempos que tienen que ver con los hábitos de distribución del tiempo que hacen las comunidades y la incidencia del tiempo sobre las acciones, el valor cultural que se le da al tiempo (puntualidad, impuntualidad, tardanza, prontitud). También hay otro tiempo relacionado al manejo del tiempo en las relaciones sociales y el tiempo interactivo como lo denominó Poyatos (1975); a la duración de signos de otro sistema de comunicación que tiene valor informativo porque refuerza o cambia el sentido (mayor duración de las sílabas, la duración de un abrazo).

Cestero Mancera (2014), describe seis características comunes al sistema no verbal: paralingüístico, kinésico, proxémico y cronémico.

1. Los signos no verbales pueden comunicar activa o pasivamente. Se aprenden por imitación y una vez adquiridos su uso es casi automático.
2. La comunicación que se produce a través de los signos no verbales es básicamente funcional. La utilizamos para actos relacionados a la interacción social (saludar, felicitar, pedir la palabra, esperar un turno). También se utiliza para describir, opinar, exteriorizar experiencias, emociones.
3. Los signos verbales son plurifuncionales, no pueden interpretarse en forma aislada, siempre en contexto y en combinación con otros signos (por ejemplo, la risa puede indicar alegría o sarcasmo).
4. Los signos no verbales, al igual que los verbales, pueden variar dependiendo de las personas (algunos de estos son específicos de mujeres y otros de hombres, de jóvenes y de adultos mayores), y situaciones (al-

gunas se utilizan en casa, en un bar; pero otras no, como en una clase, una entrevista de trabajo).

5. Los signos no verbales pueden utilizarse en combinación o alternarse con signos verbales o signos del mismo sistema.
6. Los signos no verbales pueden utilizarse con el objetivo de añadir información (especificar o confirmar el contenido, reforzar o debilitar el contenido, contradecir o camuflar el sentido) o matizar el discurso (a través del énfasis o la entonación).

Todos estos elementos nos ayudan a ampliar nuestra comprensión sobre la comunicación interpersonal y tenerlos en cuenta en el momento de ser parte de un intercambio comunicativo.

LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Los componentes verbales y no verbales que se dan en las relaciones interpersonales tienen lugar en la atención de los pacientes y las pacientes por parte del equipo de salud.

La comunicación verbal de las personas durante los periodos de padecimiento de su enfermedad pueden ser difíciles y por ello es necesario que los/as profesionales estén alerta y reconozcan el lenguaje no verbal como la postura, la expresión facial, la mirada, los gestos, ya que en lo general se expresan inconscientemente. Una vez más, ser conscientes del cuerpo en todas sus dimensiones toma relevancia, en este caso, para mejorar la atención brindada.

Además de tener en cuenta los gestos, los profesionales y las profesionales requieren de una buena distribución del tiempo para comunicarse con sus pacientes, no solo es importante organizar temporalmente los procedimientos, sino aquellos momentos que escuchamos al paciente. Priorizar procedimientos técnicos y no planificar los momentos de escucha y entrevista, dejan ver las características y modelos que influyen en nuestra comunicación con ellos.

Reconocer la individualidad de cada persona, sus emociones, sus temores y planificar nuestro trabajo en función de sus necesidades y no las nuestras, dan cuenta de la empatía, la personalización y confianza que comenzamos a afianzar en nuestra

relación con los pacientes, que no solo nos favorece en el plano comunicativo, sino también sobre los efectos que produce sobre su estado de salud.

La comunicación no es solo un instrumento para cumplir o mejorar una tarea, la comunicación implica el reconocimiento constante del otro, la intencionalidad de comprenderlo con sus vivencias, vínculos, conocimientos y temores al habitar un espacio que no es el propio.

CONSIDERACIONES DE LA ENTREVISTA

La entrevista se puede conceptualizar de diferentes formas, como una técnica de investigación, útil y necesaria para responder a los objetivos de la investigación. Pero además es una estrategia para que las personas hablen sobre lo que piensan y creen. La entrevista se constituye como una “invención dialógica” (Arfuch, 2010).

Existen diferentes tipos de entrevistas: periodísticas o psicológicas. En investigación social se utilizan entrevistas dirigidas (estructuradas), utilizando cuestionarios preestablecidos: “la estandarización de las entrevistas (esto es, la formulación de las mismas preguntas con el mismo fraseo y en el mismo orden) garantizaría que las variaciones fueran intrínsecas a los respondientes y no pertenecieran al investigador” (Guber, 2011, p. 69).

Las entrevistas también pueden categorizarse entre cerradas (las que pueden responderse con sí o no), con respuestas múltiples (con un número acotado de respuestas opcionales) o abiertas (se responden en los términos que decide el informante). También pueden ser semiestructuradas, donde se plantean temas a abordar, sin determinar preguntas específicas.

Pueden ser virtuales, entrevistas mediadas por chats, donde la dimensión textual prevalece a la gestual, aunque se pueda apelar a emojis o caracteres específicos que expresan emociones (Ardevol et al, 2003, p. 82-83). Con la incorporación de las videollamadas, estas características se diluyen. Se tiene que estar más presente en el turno de la palabra para no dejar un vacío o silencio que al no verse no se advierten en gestos. Advertir el contexto de conexión diferido.

Pero, sin duda, un tipo de entrevista que da buenos resultados en el ámbito hospitalario o la comunidad es la entrevista en profundidad, porque admite más de un encuentro y el informante es clave para narrar desde su mirada los acontecimientos indagados.

Es clave para esta entrevista disponer de tiempo, pero con la ventaja de que cada momento planificado de encuentro configura ese momento de entrevista, la información que obtenemos de un paciente o una paciente no se limita a llenar un formulario de admisión con datos personales, la entrevista implica conocer a la persona a través de la escucha, la observación, a través de sus silencios. Ya que, en ocasiones, lo que no dicen habla más que lo que dicen.

Podemos comprender a la entrevista más que un medio para un fin. Es una posibilidad de encuentro, no siempre las preguntas deben ser explícitas, pero sí ceder los espacios y tiempos para que los temas salgan. También es importante tomarnos el tiempo para la repregunta, que en ocasiones se vuelven más importante que la pregunta inicial, porque nos revelan algo que la persona tratada quiere mostrar y quizás no lo tuvimos en cuenta.

Reflexionemos sobre el siguiente fragmento de una entrevista realizada a un paciente oncohematológico.

P : ¿Te comunicás con tu familia? ¿Con tus amigos?

R: Sí, todos los días hablamos con mi mamá, mis hermanas. Me preguntan ¿cómo estoy? ¿Qué hice? Como si pudiera hacer mucho acá. Con mis amigos hablo a veces, no tengo mucho que contarles, pero cuando me vaya los voy a ver a algunos, sé que no podemos juntarnos todos. Sé que se preocupan por mí y no quiero contarles mucho de lo que pasa acá, a veces no estoy muy bien y no quiero que estén mal.

P: ¿Cómo te comunicás con ellos? ¿Hacés videollamadas?

R: Sí, hago videollamadas con mis hermanas, pero con otros prefiero los mensajes, a veces le mando fotos de las comidas (risas).

P: ¿Comidas? ¿Por qué? ¿No te gusta la comida del hospital?

R: No sé, fue una broma al principio y quedó, la verdad no es tan mala la comida pero son pocas cosas las que te dejan comer, y se repiten las mismas cosas en diferentes formas, y cuando estoy con quimio no se siente nada, nada tiene sabor, como si tuvieras coronavirus (risas).

En este breve fragmento se pueden ver varios de los elementos que abordamos anteriormente. Por ejemplo, podemos observar que el entrevistador, en este caso, ha generado un nivel de confianza con el paciente, se lo percibe cómodo al responder y hasta se señala que ríe con sus propias respuestas. Recordemos que la risa es una reacción emocional que integra el sistema paralingüístico y no es casual que se aclare en la transcripción de la entrevista esta reacción, aquí el entrevistador está valorando esa información que complementa los signos verbales, así como también estará observando su postura y movimientos.

Otra cosa que podemos observar es cómo el entrevistador indaga sobre su tema de interés pero esto deriva en otro tema que el paciente pone a la vista, y no solo tiene que ver con lo que expresa verbalmente, sino con los sentidos que les da a aquellas situaciones. El entrevistador percibe esos sentidos y lejos de parecer una conversación banal, continúa indagando sobre el tema de la comida, para llegar a otro punto de su interés.

Veamos como continua:

P: ¿Qué fue lo peor que te sirvieron?

R: Una sopa horrible, donde flotaban pedazos de verduras, verla ya era feo, pero no tenía gusto a nada. Pero después me compensan con pizza.

P: Y además de la comida ¿qué otras cosas cambiaron o no te gustan?

R: ¡Cambió todo! no es que no me gusten algunas cosas y sé que lo que hacen es para que yo esté mejor, pero cuestan los días acá, no dormís bien porque la mayoría de los días te sentís mal y si no te despiertan cada vez que entran. Pero lo que más me molesta es no poder salir, ¡ya sé que no puedo salir, pero no puedo salir ni al pasillo! Ves tanta gente pasar por el pasillo. No me gusta esto, estar tan expuesto, esto de no tener paredes y que cualquiera que pase te vea. Te dicen que nadie mira, que después te acostumbras, pero cómo me voy acostumbrar, parece que estoy en una vidriera, quizás es verdad que pasan sin mirar, pero a mí me parece que sí me miran, trato de sentarme ahí (señala un silla), cerca de la puerta del baño, que no se ve de afuera (...) ¿Sabés que en otra internación quise tapar el vidrio con papel?, me lo traje de casa, pero no me dejaron, que infectología no le permitía y no sé qué más. Pero algo que me molesta son esos vidrios.

Vemos que a través de una repregunta, sobre algo que parecía un comentario trivial, dio lugar a que el entrevistador pueda indagar y profundizar sobre un tema muy importante, que tiene que ver con cómo se siente la persona en ese lugar y esta lo manifiesta tanto con signos verbales como no verbales, a través de las palabras que utiliza, la connotación que les da y, seguramente, el énfasis y entonación de esas palabras.

No siempre es fácil lograr que un paciente o una paciente pueda abrirse y expresar que está sintiendo, pero generar espacios de confianza y mostrarse atentos a lo que dicen, abre esas puertas, da lugar a compartir con el otro. En el fragmento pudimos observar que el entrevistador estuvo atento y pudo redireccionar sus preguntas, aprovechó el momento que el paciente habilitaba y no por eso se alejó de su objetivo, al contrario, el paciente brindó mucha información con una carga simbólica, que merece la atención adecuada.

Porque allí hay una necesidad y suplir, resolver, atender esa necesidad es parte de reconocer al otro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cestero Mancera, A. M. (2014). Comunicación no verbal y comunicación eficaz. *ELUA*, (28), 125-150. <https://revistaelua.ua.es/article/view/2014-n28-comunicacion-no-verbal-y-comunicacion-eficaz> doi:<https://doi.org/10.14198/ELUA2014.28.05>.
- Fernández, F. (2013). El trasfondo emocional de la comunicación interpersonal y el difícil tránsito hacia la comunicación intersubjetiva en Fernández, F., Millán, M. y Rizo, M 2013, *La Comunicación Humana en Tiempos de lo Digital*. (pp. 29-68). Ciudad de México: UAM-Cuajimalpa.
- Garza Guzmán, María R. (2009). La comunicación interpersonal dentro del campo académico de la comunicación: pautas para una sistematización. *Global Media Journal*, 6(12), 49-70.
- Guber, R. (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- López Samaniego, L. et al. (2016). Reflexiones sobre la comunicación interpersonal = Reflections about interpersonal communication. *Revista española de comunicación en salud*, Vol 198-112. <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3411>

- Rizo, M. (2014). De lo interpersonal a lo intersubjetivo. Algunas claves teóricas y conceptuales para definir la comunicación intersubjetiva. *Quórum Académico*, (11), 290-307. <https://bit.ly/2zKS2GE>
- Rizo García, M. (2020). Comunicación intersubjetiva: de los enfoques clásicos a la incorporación de lo corporal y emocional para su abordaje teórico y empírico. *Doxa Comunicación* (30), 145-163. <https://doi.org/10.31921/doxacom.n30a7>
- Ramírez, P. y Müggenburg, C. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería universitaria*, 12(3), 134-143. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>

CAPÍTULO 4

COMUNICACIÓN EN ORGANIZACIONES DE SALUD



AUTORA: MARÍA TERESA POCCIONI

INTRODUCCIÓN

En este capítulo vamos a revisar algunos conceptos vinculados al campo de la comunicación institucional u organizacional, poniendo en juego conceptos clásicos junto a perspectivas más críticas, que nos permiten analizar el modo en que se producen los procesos de comunicación al interior de las organizaciones de salud. Para ello, en primer lugar, visitaremos algunos conceptos en torno a institución y organización desde una mirada amplia proveniente de las ciencias sociales, y, en segundo lugar, hacer foco en las organizaciones de salud y presentar algunas dimensiones desde las cuales pensar la comunicación en dichas organizaciones.

CONCEPTOS Y ENFOQUES EN TORNO A LAS INSTITUCIONES A TRAVÉS DEL TIEMPO

El estudio de las instituciones tiene una larga historia en las ciencias sociales, desde la escuela sociológica francesa –cuyo principal referente fue Emile Durkheim– hasta el funcionalismo británico en la figura del etnógrafo Bronislaw Malinowski. Mientras

que la escuela francesa postula a la sociología como la ciencia de las instituciones y, a estas últimas, como sistemas mediante los cuales es plausible aprehender las categorías inconscientes que utilizan los grupos humanos para organizar sus modos de vida. Malinowski propone a la etnografía como el estudio de las funciones de las instituciones para la satisfacción de distintas necesidades biológicas y sociales.

En las *Reglas del Método sociológico*, Durkheim llama institución a todas las creencias y a todas las formas de conductas instituidas por la colectividad. Considera que “las maneras colectivas de obrar o de pensar tienen una realidad independiente de la de los individuos, la cual se conforma a aquella en todos los momentos” (Durkheim, 2003, p. 30). Son cosas que tienen su existencia propia, el individuo las encuentra completamente formadas, y no puede hacer que sean o que no sean de otra manera de lo que son: está pues, obligado a tenerlas en cuenta y le es tanto más difícil (no decimos imposible) modificarlas, en cuanto, en grados diversos, participan de la supremacía material y moral que la sociedad tiene sobre sus miembros (Durkheim, 2003). Para este autor un elemento vital para comprender las instituciones es considerarlas como el resultado de la vida en común.

Por su parte, Malinowski propone “una institución es un sistema especializado de actividades comunes, pautadas, orientado a la satisfacción de una determinada necesidad humana” (Malinowski, 1966, p. 187).

Es una unidad funcional concreta es decir puede ser observada como un agrupamiento social definido cuya función social es siempre la satisfacción de una necesidad [...] existen objetos que pueden pertenecer a diferentes instituciones y desempeñar papeles diferentes en cada una de ellas. Una institución resulta ser un modo de reproducción humana legalizada y sometido a normas. El estatuto normativo responde siempre a un deseo o a una serie de motivos, a un propósito común. Está incorporado a la tradición o respaldado por la autoridad tradicional (p. 78).

Es notoria la consideración del carácter material de una institución en esta postura y la importancia de las normas como reguladoras de esa materialidad. Aquí es posible aprehender las normas, y la institución es solo la manifestación material de las mismas.

En otra obra clásica, el antropólogo Melville Herskovitz destaca la importancia de las instituciones en el proceso de endoculturación: “sin las instituciones sociales que suministran los mecanismos para la regulación de la conducta, la integración del

individuo a la sociedad no sería posible...” (Herskovitz, 1968, p. 39). El proceso de endoculturación consiste en el aprendizaje que hacen las personas de las reglas del grupo social al que pertenecen, de tal forma que asimila la forma de pensar del grupo como si fuera propia.

En otra línea teórica si bien dentro del estructural-funcionalismo, encontramos la Teoría de la Acción Social de Talcott Parsons. Este sociólogo entiende por institución al “complejo de integraciones de rol institucionalizadas que tiene significación estructural en el sistema social en cuestión” (Parsons, 1981, p. 46). La institución se constituye en el conjunto de pautas que tienen que ver con los roles que las personas tienen en la misma, y que son interdependientes. En su posición es notable la preponderancia de las reglas, en tanto definición de las pautas de rol que estructuran un determinado sistema.

Hasta aquí se evidencia un predominio de una visión colectivista de la acción humana. La tensión individualismo/colectivismo ha caracterizado las formulaciones teóricas en torno al valor de las instituciones para la vida social.

Peter Berger y Thomas Luckmann en “La construcción social de la realidad” intentan superar la dicotomía individual/colectivo a través de un modelo dialéctico de la relación entre los individuos y las instituciones de la sociedad. Proponen la habituación como el proceso mediante el cual se erigen las instituciones. Todo acto que se repite con frecuencia, crea una pauta que puede reproducirse con economía de esfuerzo esto se llama habituación. “La habituación comporta la gran ventaja psicológica de restringir las opciones” (Berger y Luckmann, 2003, p. 74). Para estos autores, si bien la habituación también se da en un individuo aislado, lo que les interesa es ver el papel que esta juega en el origen de las instituciones. Plantean que la institucionalización surge al haber una “tipificación recíproca de acciones habitualizadas por tipos de actores” (p. 74). Esta tipificación se comparte en un determinado grupo social, y es la propia institución la que tipifica a actores individuales, así como a sus acciones.

Las instituciones implican historicidad y control. Las tipificaciones recíprocas de acciones se construyen en el curso de una historia compartida. Es imposible comprender qué es una institución, si no se comprende el proceso histórico en que se produjo. Por el hecho de existir también controlan el comportamiento humano estableciendo pautas definidas de antemano que lo canalizan en una dirección determinada en oposición a las muchas otras que podrían darse teóricamente. (p. 76).

Según los autores las instituciones han sido concebidas para liberar a los individuos de la necesidad de reinventar el mundo y reorientarse diariamente en él. Es decir, las instituciones generan lo que denominan “programas” que permiten llevar a cabo la interacción social, de tal modo que las personas obtienen modelos de conducta que responde a las expectativas asociadas al cumplimiento de ciertos roles en la vida social.

Mary Douglas, antropóloga con profundo compromiso hacia los postulados de la escuela durkheimiana, propone considerar en sus diversos trabajos, al pensamiento humano como originariamente social y desarrolla una teoría de la cultura que dé cuenta del origen social de las categorías cognitivas. Analiza los elementos culturales más observables de la vida cotidiana –los bienes que circulan, las formas de tratar el cuerpo, las formas de clasificar las cosas en limpias o sucias, arriesgadas o seguras– como lenguajes sociales a través de los cuales se crean las líneas de demarcación externas e internas de los grupos sociales. La cultura es precisamente este esquema de clasificación que da significado a los símbolos concretos reafirmados en el ritual y en el discurso.

Las instituciones son reglas de juego que se actualizan e integran en prácticas, involucran un cuerpo de conocimiento que provee pautas que canalizan el comportamiento humano en una dirección determinada. Según Douglas “cualquier institución reducida a su mínima expresión es una convención” (Douglas, 1986, p. 74). En este sentido son organizaciones sociales legitimadas. Sus miembros construyen “un conjunto de analogías con que explorar el mundo y justificar la índole natural y razonable de las normas instituidas, y así conseguir el mantenimiento de una forma institucional identificable y perdurable” (p. 74). Esto es lo que Berger y Luckman denominan el proceso de reificación.

De esta manera, y retomando lo expresado en el párrafo inicial, las instituciones pasan de ser frágiles convenciones a normas o pautas que adquieren tal grado de legitimación que su fundamento último remite a las leyes de la naturaleza. Para dar cuenta de esta situación suele utilizarse la expresión naturalización.

Hasta aquí un brevísimo recorrido teórico que nos sitúa en el lugar desde el cual abordaremos el tema de la comunicación en las organizaciones de salud, este será nuestro contexto teórico que nos servirá para tratar de entender la comunicación no como mera herramienta para lograr ciertos tipos de conductas al interior de las instituciones o en su relación con la población en general y con otras instituciones sino como un aspecto constitutivo de las mismas.

ORGANIZACIONES/INSTITUCIONES

¿Organización e institución son sinónimos? ¿o hay elementos que permiten distinguir una de otra? Si bien en muchas oportunidades se los utiliza indistintamente (y, de hecho, a veces nosotros lo hacemos también) cada uno de estos términos proviene de distintos campos de estudio: institución ha sido tematizado desde la antropología y sociología, como ya vimos, mientras que organización está más vinculada a la teoría de la administración y al campo de la sociología organizacional.

Algunas definiciones:

La existencia de una sociedad presupone un cierto grado de organización. Ésta aparece en cuanto se explicitan procedimientos que implican una acción coordinada para la consecución de objetivos socialmente determinados. Estos objetivos pueden obedecer al interés general o bien al de alguno de los subgrupos constitutivos, que consigue imponerlos al resto. (Di Tella et al., 2001).

Para Anthony Giddens, por un lado, la organización es considerada como un grupo grande de personas, estructurado de forma impersonal, con el fin de alcanzar determinados objetivos (ejemplos: empresas, organismos gubernamentales, escuelas, universidades, hospitales cárceles) (Giddens, 1998).

Por el otro, la institución se define como conjunto de valores, normas, costumbres que con diversa eficacia definen y regulan en forma duradera, independientemente de la identidad de las personas individuales, y en general más allá de la vida de éstas:

a) las relaciones sociales y los comportamientos recíprocos de un determinado grupo de sujetos cuya actividad se dirige a conseguir un fin socialmente relevante, o a la que se atribuye de alguna manera una función estratégica para la estructura de una sociedad o de sectores importantes de ella;

b) las relaciones que un conjunto no determinable de otros sujetos tienen y tendrán a diverso título con ese grupo sin formar parte de él, y sus comportamientos respecto de él (ejemplo: matrimonio).

Por extensión, a menudo se llama institución a un conjunto de personas cuya actividad está así definida y regulada; en este sentido son instituciones las escuelas, los hospitales, las empresas industriales.

Los rasgos de las instituciones (comunes a definiciones diversas) según Luciano Gallino:

- Son conjuntos normativos.
- Se refieren a problemas relevantes de la existencia social.
- Se presentan a los individuos como una realidad preconstituida, independiente de su voluntad y con fuerza constrictiva.
- Tienen duración permanencia, estabilidad.
- Son objeto de valoraciones positivas y de fuertes inversiones afectivas.

Convergamos, entonces, que no existe una relación unidireccional entre institución y organización, sino que ambas están interrelacionadas en tanto las organizaciones materializan el orden que se establece en las instituciones, y estas últimas atraviesan a las organizaciones y los grupos (Gallino, 1995).

Michel Foucault plantea en muchas de sus obras el carácter disciplinador y de reproducción social de las instituciones, en tanto a través de las distintas instituciones que atraviesan nuestra sociedad vamos moldeando nuestro modo de hacer y pensar en la sociedad. Las instituciones según la perspectiva foucaultiana, tienen el rol de controlar la producción y circulación de discursos en la sociedad, son las encargadas de poner en juego procedimientos (que la mayoría de las veces no se dan en forma explícita) para evitar lo que denomina la peligrosidad del discurso, ya que el mismo, en tanto práctica, provoca acciones y genera consecuencias que no podemos prever ni esquivar. Las instituciones son para él los ámbitos donde se dan las condiciones de posibilidad para que surjan ciertos discursos y no otros, entendiendo que los discursos son prácticas sociales, es decir se producen a partir de una cierta materialidad, y provocan ideas, acciones, reacciones en el contexto de su surgimiento.

Finalmente, sobre instituciones/organizaciones existen una gran cantidad de textos, posturas, análisis, pero lo que nos interesa aquí es comprenderlas desde una perspectiva compleja, que implica que hoy cuando se habla de instituciones u organizaciones de salud, la mirada deja de hacer foco en un espacio físico concreto (un hospital, una clínica, un centro de salud) para obtener una mirada ampliada que nos permita pensar en redes de servicios de salud, e incluso en redes de salud que van más allá de los servicios asistenciales.

LA COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL Y LAS ORGANIZACIONES DE SALUD

La comunicación institucional ha tenido su desarrollo y tiene sus exponentes, referencias obligadas para cualquier estudio que intente comprender la forma en que se producen, circulan y reproducen los procesos de comunicación al interior de las organizaciones, como por ejemplo Bártoli (1991), Costa (1995), Fernandez Collado (1997), Muriel y Rotta (1980), para citar solo algunos autores.

El estudio de la comunicación institucional, con fuerte impronta norteamericana, está relacionado con sucesos posteriores a las guerras mundiales cuando era necesario moldear los pensamientos y actitudes de las personas en relación a un objetivo nacional y empresarial. Al finalizar la guerra, las empresas norteamericanas comienzan a preocuparse crecientemente por aumentar los niveles de producción (con el menor gasto posible) y aparece la comunicación como un aspecto a investigar para generar estrategias que lograrán incentivar a los trabajadores, hacerlos cooperar y trabajar más y, por lo tanto, hacerlos más productivos. Es por esto que los orígenes de este campo de estudios han estado fuertemente influenciados por el pensamiento gerencial y por la búsqueda de herramientas que permitieran afrontar los desafíos de la administración en un mundo cada vez más competitivo y cambiante.

Alrededor de 1950 se comienza a hablar de comunicación organizacional para referirse no solo a los contenidos de los mensajes sino también a las formas o técnicas de comunicación y sus canales o redes de transmisión. Se publican varios artículos, bajo la influencia de las teorías de administración, estableciendo los principales aspectos a considerar en cuanto a comunicación organizacional, tanto en relación al cumplimiento de los objetivos de la organización, como en relación a lo que acontece en su interior.

Arlette Bouzon (2011) establece la década de 1960 como punto de partida para la construcción de la comunicación organizacional como campo de conocimiento científico. Desarrollos posteriores subrayan la importancia de la comunicación en las organizaciones, estableciendo que estas no pueden existir sin la comunicación.

En los últimos años surgieron una serie de propuestas en torno a cómo analizar la comunicación en las organizaciones alejándose de esa mirada que en su origen tuvo este campo, una mirada que podría denominarse taylorista en el sentido de estar enfocada solo en la productividad de una empresa, organización o servicio. Algunos

de estos trabajos apuntaban no solo al logro del aumento de la productividad, sino también a la realización de trabajadores y satisfacción de sus públicos, otorgándole a la comunicación un enfoque más social, de relaciones públicas, como por ejemplo, Muriel y Rotta (1980) para quienes la comunicación institucional es un sistema que coordina las partes constituyentes de la institución, y a esta con sus públicos.

Estas autoras analizan las instituciones desde un enfoque sistémico, considerando que una institución es un sistema organizacional creado y legitimado por la satisfacción de las necesidades de los grupos sociales con los que se relaciona. A su vez, toda institución forma parte de un sistema mayor o suprasistema, el cual constituye su medio ambiente político, económico y social específico. En este contexto, la comunicación institucional consistiría en un sistema coordinador cuyo objetivo sería armonizar los intereses de la institución con los de sus públicos.

Por su parte, Annie Bartoli plantea que la comunicación en las organizaciones “es un conjunto de actos más o menos estructurados; también es un objeto, incluso un ‘recurso’ fundamental de la empresa si se considera la comunicación como fruto de informaciones, en especial operativas” (Bartoli, 1991, p. 118). Es interesante el análisis que realiza a partir de identificar una doble dimensión: la organización comunicante y la comunicación organizada, estableciendo así una relación dinámica entre organización y comunicación. La organización debe ser comunicante, no puede ser cerrada, sino que debe ser abierta, flexible, debe favorecer “la integración y el enriquecimiento, el espíritu de equipo, orientaciones claras y una cierta administración participativa” (p. 126). A su vez, la comunicación no puede estar librada a la espontaneidad, sino que debe ser planificada y acorde a los objetivos y funciones de la organización.

Estos planteos intentan romper con la linealidad de gran parte de los trabajos sobre comunicación organizacional que se basan en la separación entre comunicación interna y externa, formal e informal, que, si bien contribuyen a organizar las prácticas de comunicación al interior de una organización, suelen no permitirnos ver la complejidad de los procesos de comunicación en una institución. Esto ha sido planteado también por Amado Suarez y Castro Zuñeda (1999), para quienes persisten los modelos mecanicistas y del esquema informacional de la comunicación en los estudios sobre comunicación institucional u organizacional. De allí que proponen complejizar los elementos que intervienen, considerando que la comunicación es un fenómeno complejo que depende de una multiplicidad de factores.

En la misma línea, Mariluz Restrepo plantea que la “comunicación puede entenderse como un entramado que da forma a la organización, lo que la in-forma haciéndola ser lo que es. No puede ser prescripta porque se corresponde a la forma de ser de la institución” (Restrepo, 1995, p. 92). Distingue cuatro dimensiones desde las cuales poder analizarla:

- Como in-formación (lo que da forma), en cuanto configurador de las operaciones propias de cada entidad, lo que se requiere para que funcione: misión, principios, políticas, reglamentos.
- Como divulgación, en cuanto a dar a conocer a otros, hacer público algo que forma parte de la función de la organización.
- Como generador de relaciones encaminadas a la formación, la socialización y/o el refuerzo de procesos culturales (actividades recreativas, celebraciones, rituales).
- Como participación, como acción de comunicación del otro: dar la palabra, escucha y reconocimiento.

A su vez, plantea que esas dimensiones pueden analizarse en cuatro ámbitos diferentes:

- Procesos administrativos.
- Relaciones de trabajo.
- Vínculos con los usuarios.
- Proyección de la organización como cuerpo, lo que le da identidad.

Para esta autora, la comunicación atraviesa a toda la organización, “es un entramado que la define en lo que es” (Restrepo, 1995, p. 92).

A partir de este marco teórico, se puede repensar la comunicación al interior de las organizaciones de salud. Por una parte, la misma atraviesa todos los procesos que se dan al interior de las mismas, sea entre los trabajadores como con sus usuarios, la organización comunicada. Pero también la comunicación se gestiona, se organiza. La gestión hospitalaria no puede prescindir de la comunicación, ni puede dejarla librada a la espontaneidad. En el próximo capítulo describiremos dos experiencias que dan cuenta de esta necesidad de trabajar la dimensión comunicacional en las organizaciones de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amado Suarez, A. y Castro Zuñeda, C. (1999). *Comunicaciones públicas. El modelo de la comunicación integrada*. Buenos Aires: Grupo Editorial.
- Bartoli, A. (1991). *Comunicación y organización*. Buenos Aires: Paidós.
- Berger, P. y Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bouzon, A. (2011) La investigación en comunicación de las organizaciones: orígenes y fundamentos. *Organicom*, Año 8 (14) p. 12-28.
- Costa, J. (1995). *Comunicación corporativa y revolución de los servicios*. Madrid: Ciencias Sociales.
- Di Tella, T. et al. (2008). *Diccionario de ciencias sociales y políticas*. Buenos Aires: Emecé.
- Douglas, M. (1986). *Cómo piensan las instituciones*. Madrid: Alianza Editorial.
- Durkheim, E. (2003). *Las reglas del método sociológico*. Buenos Aires: Prometeo.
- Fernandez Collado, C. (1997). *La comunicación en las organizaciones*. México: Trillas.
- Gallino, L. (1995). *Diccionario de sociología*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Giddens, A. (1998). *La constitución de la sociedad: Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Herskovitz, M. (1968). *El hombre y sus obras*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Malinowski, B. (1966). *Una teoría científica de la cultura*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Muriel, M. L. y Rotta, G. (1980). *Comunicación institucional. Enfoque social de relaciones públicas*. Ecuador: Ciespal.
- Parsons, T. y Edward S. (1968). *Hacia una teoría general de la acción*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Restrepo, M. (1995). Comunicación para la dinámica organizacional en *Signo y Pensamiento*, n° 26 (XIV) p. 91-96.

CAPÍTULO 5

ESTRATEGIAS COMUNICACIONALES EN INSTITUCIONES DE SALUD. ANÁLISIS DE CASO DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD



AUTORA: MA. FLORENCIA MONTORI

ÁREA DE COMUNICACIÓN SOCIAL

En este capítulo se presentarán aspectos vinculados a la conformación, puesta en marcha y desarrollo del área de Comunicación Social y Relaciones Institucionales del Hospital de Alta Complejidad Néstor Kirchner, El Cruce, de Florencio Varela, haciendo énfasis en la imagen que se construyó de la institución y la implicancia que esta área estratégica tuvo en el proceso de aceptación de la modalidad de atención del hospital por parte de la población.

Es necesario destacar que no es frecuente que en las instituciones de salud existan áreas formales de comunicación, dejando este tema en manos de otros profesionales de salud o de nadie. También el problema a demostrar es que en organizaciones que efectivamente cuentan con esta estructura, no siempre la incumbencia es estratégica, sino que es más operativa o de ejecución.

El Hospital El Cruce es un hospital público inaugurado en el año 2007 y se ocupa del tercer nivel de atención. Es por eso que se caracteriza por ser de alta complejidad.

Además, este hospital funciona en red, tratando de instaurar un nuevo modelo de gestión hospitalaria en el país. Esto significa que no atiende consultas espontáneas de las personas, sino que la atención es solo por derivación de los hospitales públicos cercanos, integrantes de esta red.

Se encuentra ubicado en la localidad de Florencio Varela al sur de la Provincia de Buenos Aires, exactamente en el cruce Varela. Esto último es importante destacarlo ya que se encuentra equidistante de cuatro partidos: Florencio Varela, Berazategui, Almirante Brown y Quilmes. Es por eso que su emplazamiento allí no fue azaroso, sino estratégico.

Como se explicó más arriba, el hospital presta sus servicios de alta complejidad a los pacientes y las pacientes de los Hospitales de la Red. Estos son: Mi Pueblo de Florencio Varela; Evita Pueblo de Berazategui; Lucio Meléndez de Adrogué, Arturo Oñativia de Claypole, Jorge de Adrogué, Iriarte de Quilmes y Oller de San Francisco Solano. Estos siete hospitales se especializan en el segundo nivel de atención, por lo tanto, antes de que se creara el Hospital El Cruce, la población de estos distritos debía buscar respuesta a sus patologías en las ciudades de La Plata o Capital Federal. En consecuencia, este Hospital viene a cubrir estas necesidades de la alta complejidad en la zona.

La construcción de este puede pensarse como la solución a varios inconvenientes de salud que poseen las localidades cercanas y a descomprimir a los hospitales públicos, anteriormente citados, de la superpoblación que poseen. Pero, además, se integra al sistema de salud nacional y federal acercando al HEC a través del helipuerto que posee y la telemedicina. Su creación significó, también, un vínculo con la sociedad más allá de lo asistencial

EL ÁREA DE COMUNICACIÓN SOCIAL. UN ESPACIO ESTRATÉGICO PARA LA GESTIÓN DE LA INSTITUCIÓN

La labor del área de comunicación consistió en canalizar los mensajes hacia la población y liderar la acción comunicativa de tal manera que los mensajes fueran comprendidos por cada público al que se dirija, contando con un mensaje consistente y coherente, acorde a los objetivos de la institución. La comunicación institucional es, en esencia, un proceso de diálogo entre una institución y sus públicos, es decir, es el medio mediante el cual las instituciones manifiestan su identidad, la manera en que cuentan lo que hacen y cómo se proyectan a sí mismas hacia el exterior.

El rol fundamental de las áreas de comunicación es liderar la actividad comunicativa de la organización, tanto en el ámbito interno como en el externo.

En principio el objetivo principal y con el cual comienza a funcionar fue el de generar espacios para informar a la comunidad sobre el funcionamiento del hospital, incluso antes de su apertura, aunque luego se comenzó a trabajar en acciones de comunicación interna hacia los propios trabajadores y trabajadoras.

En los comienzos, en el año 2008, se necesitaba informar a la población que el hospital iba a funcionar a través de la derivación, y esto implicaba informar también en qué casos se determinaría la derivación.

Fue así que las primeras acciones llevadas a cabo por el área de comunicación consistieron en explicar a la población cuál sería el modelo de atención, a través de la referencia de otros hospitales de la región, para lo cual se llevaron a cabo una serie de reuniones en distintas organizaciones no gubernamentales, con la participación de vecinos y vecinas de los barrios de los distritos cercanos.

Por otra parte, se realizaban visitas al hospital y charlas a cargo del Director Ejecutivo, para explicar la manera de atención y responder consultas de los y las participantes. Se explicaba cómo sería el funcionamiento en red, el tercer nivel de atención, algunas prestaciones, la atención prioritaria al usuario y la usuaria sin obra social, entre otros temas dejando tiempo a las preguntas de los visitantes. La idea era que en la visita también hubiera referentes barriales y representantes de organizaciones que replicaran esta información.

Luego de la charla, se organizaban recorridas por las instalaciones del hospital, para que conocieran por dentro cómo estaba pensado y pudieran tener una expectativa adecuada a los objetivos del hospital. Ello implicaba visitas guiadas por el interior del hospital, visitando el quirófano, las terapias, el laboratorio, el servicio de diagnóstico por imágenes, entre otros servicios. En línea con lo anterior, se realizaron visitas en los barrios con los vecinos y las vecinas con el mismo fin. Aparte del intercambio con las autoridades se mostraban imágenes que acompañaban el relato.

Fernández Collado (2009) define la comunicación institucional como “el conjunto total de los mensajes que se intercambian entre los integrantes de una organización y entre ésta y su medio”, y como “un conjunto de técnicas y actividades encaminadas a facilitar y agilizar el flujo de mensajes que se dan entre los miembros de la organización, entre la organización y su medio, o bien, influir en las opiniones, aptitudes y conductas de los públicos internos y externos de la organización, todo ello con el fin de que ésta última cumpla mejor y más rápido sus objetivos” (pp. 11-15)

De allí que todo el desarrollo giró en torno a viabilizar los mensajes que circulan desde la Dirección hasta los servicios que conforman la institución tanto hacia adentro como hacia afuera. Pero no solo de eso se trató, sino también se organizaron distintas actividades en pos de un trabajo intenso con la comunidad. Con la convicción de saber que este proyecto fue esperado e importante para el desarrollo del espacio, se pensó en la manera de vincular a la institución con el entorno desde lo cultural y la responsabilidad social. Actividad física, muestras de arte, emplazamiento de esculturas, concursos de fotografía, capacitaciones, entre otras cosas, fueron las formas que tomó esta idea.

A lo largo de los años, y con trabajo en equipo con varios organismos de la zona, fueron posibles todos estos acontecimientos que se tradujeron en maratones, conciertos de música clásica al aire libre, rolleadas, portal del paciente, redes sociales, programa de radio, galería de arte, jornadas para pacientes, etc.

Es importante entender a la comunicación como una oportunidad de encuentro con el otro y la otra. Las relaciones que se dan entre los miembros de una organización se establecen gracias a la comunicación, en esos procesos de asignar y delegar funciones, se establecen compromisos y se le encuentra sentido a ser parte de dicha organización. De ahí que toda organización debería priorizar dentro de su estructura organizacional un sistema de comunicaciones e información que dinamice los procesos que a nivel interno dan vida a la entidad y la proyectan hacia su área de influencia.

Dichas acciones anteriores a la apertura tenían como objetivo instalar paulatinamente al Hospital en la comunidad y también evitar la consulta masiva y espontánea el día de la apertura. Por tal motivo, el funcionamiento temprano del área de comunicación social, que tiene acciones estratégicas con las autoridades, marcó un rumbo que luego con el correr del tiempo se fue fortaleciendo.

Varias acciones a destacar tanto internas como externas que tuvieron diferentes repercusiones e impactos:

Actividad	Destinatarios	Objetivo
Rolleadas	Comunidad	Concientizar acerca de la donación de sangre.
Maratones y caminatas	Comunidad	Conmemorar el Día del paciente diabético (14/11) fomentando la actividad física.
Conciertos	Comunidad	Promulgar la difusión de la música clásica al aire libre.

Concurso de fotografía	Artistas, dibujantes, comunidad en general	En el marco de un concurso para definir la imagen de una nueva campaña de donación de sangre.
Galería de arte	Artistas de la región	Espacio abierto para que puedan exponer sus obras artistas de la región
Actividades con la comunidad: RCP	Comunidad	Bajo el lema "Todos/as podemos salvar una vida", se enseña la técnica de Reanimación Cardiopulmonar y Primeros Auxilios.
Colectas de sangre	Comunidad	En distintos espacios, clubes de fútbol, sociedades de fomento, entre otros.
Hospital verde	Para el personal y la comunidad	Diferentes acciones para crear un lugar amigable con el medio ambiente (separación de residuos, uso controlado del agua, entre otros).
Reuniones de jefes	Jefes y jefas de áreas y servicios	Espacio de intercambio entre la dirección y los jefes y las jefas de áreas y servicios.
Jornadas para pacientes	Pacientes del HEC	Jornadas de distintas especialidades donde los protagonistas y las protagonistas son los pacientes y las pacientes.
Jornadas científicas	Profesionales de salud	Intercambio de trabajos, presentaciones, conferencias.
Jornadas internacionales en red	Profesionales de salud	Se reúnen en torno a alguna temática de salud. De allí se generan mesas redondas, conferencias, ponencias, etc.
Programa de radio	Comunidad	Temáticas de salud en formato radial, con profesionales del HEC con temas de interés general.
Página web	Comunidad en general, profesionales de salud	Sitio web oficial de la Institución con información del HEC.
Intranet	Personal del HEC	Noticias, avisos, formularios, novedades, etc., que implican solo al personal de la institución.
Redes sociales	Comunidad	Facebook, Instagram, Twitter, YouTube y LinkedIn.
Videos institucionales	Comunidad y profesionales de la salud	Audiovisuales que cuentan acerca de lo que se hace en la institución, pueden ser del personal o campañas de salud, entre otras.
Revista Recreo	Personal	Revista impresa y digital con las noticias del hospital

Cuando la comunicación externa pasaba por un fuerte afianzamiento, la comunicación interna necesitaba una mayor atención. Si bien con el correr de los años, el sentido de pertenencia de los empleados y las empleadas del hospital fue en aumento, uno de los problemas en materia de comunicación estaba referido a la comunicación que circulaba al interior de la institución. Los principales canales formales por los cuales el personal se enteraba de las novedades era el correo electrónico, pero la sobreutilización de ese medio generó que poco a poco se fuera dejando de consultar.

A través de una agenda de trabajo se buscó acompañar los distintos temas propuestos desde la gestión, potenciando el crecimiento organizacional, donde el involucramiento asertivo de los empleados y las empleadas fuera el factor fundamental, para lograr una comunicación eficaz en sus formas descendente, ascendente y horizontal.

Se decidió avanzar en línea directa con el desarrollo de una intranet, consistente en una suerte de página web, pero de uso únicamente interno al que se accede con un usuario y una contraseña. Esta es una herramienta sumamente funcional para desarrollar una efectiva comunicación interna, pero debe ser continuamente renovada, atractiva y utilitaria ya que su función queda supeditada a la voluntad del personal de ingresar. Se desarrollaron distintas estrategias para hacer esto posible, desde subir a ese lugar los números internos, a encontrar solo allí las distintas planillas a presentar en RR. HH.

Continuando con la profundización de este tema, se pensó en una revista interna. El fin de esta publicación, que se denominó *Recreo*, era contar con un material impreso que acercara a los trabajadores y las trabajadoras desde otro lugar. Es decir, mostrar las actividades que el personal hace fuera de su horario laboral, difundir fechas especiales, informar sobre eventos y noticias institucionales, subir la editorial del ejecutivo, entre otras noticias.

Esta fue la campaña que dio origen formal a la Comunicación Interna dentro del hospital. Se trató de englobar varios conceptos que surgieron de encuestas de clima laboral y coaching a más del 40 % del personal. Con los datos arrojados, se determinó conformar un comité encargado de llevar adelante el concepto recreo. Este concepto engloba actividades tanto lúdicas como cognitivas que intentan integrar al personal y generar un mayor sentido de pertenencia.

El Hospital El Cruce contaba ya con publicaciones y espacios para el trabajo científico y no había ámbitos para la recreación, y este era el objetivo con esta publicación. Fue así que se pensó en una revista como la primera pieza gráfica que llegara a todos los trabajadores, una pieza comunicacional informal que acercara a los trabajadores y a los directivos.

Para generar expectativa se comenzó a pegar vinilos en lugares poco comunes con la frase “se viene RECREO”, así como en ascensores, sanitarios, lugares de fichaje, entre otros.

En el marco de *Recreo* se realizaron actividades tales como el torneo de fútbol, el día de la mujer y la colocación de un metegol y un tejo en el comedor del Hospital.

Charlas sobre liderazgo, empoderamiento femenino, reuniones de jefes y jefas, eran también acciones que se englobaban dentro de esta consigna.

Es fundamental tener personal identificado con la filosofía organizacional y con las estrategias del hospital. Esa identificación, las actitudes y comportamientos asumidos por los empleados facilitan el logro de objetivos.

Los objetivos de las acciones de comunicación interna fueron los siguientes:

- Satisfacción de trabajadores y trabajadoras.
- Sentido de pertenencia.
- Aumento de la confianza en el hospital.
- Fidelización de los trabajadores.
- Retener los talentos.
- Reforzar la relación con los trabajadores.
- Ofrece una mejor imagen del hospital.

Para finalizar, es importante destacar que este es solo un breve resumen de la actividad que se lleva a cabo. Este recorrido por las funciones y actividades que se realizan en el HEC desde el área de comunicación fue un recorte que da cuenta del trabajo cotidiano y el lugar estratégico que tiene.

Pensar la comunicación institucional en términos de planificación, diagnóstico y ejecución. Saber que, para generar una comunicación efectiva y asertiva, necesitamos saber a quién o a quienes nos dirigimos, determinar cuál es la problemática o el mensaje que se quiere transmitir y buscar la mejor opción para que el intercambio sea enriquecedor.

Propiciar la escucha y capitalizar el trabajo interdisciplinario será vital para poder desarrollar una buena comunicación institucional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fernández Collado, C. (2009). La comunicación en las organizaciones. México: Trillas. pp. 11-15
- Plan Estratégico Hospital EL Cruce. 2009-2013
- Medina, A., Narodowski, P. (2015). Estado, integración y salud: La gestión en red de un hospital público. Buenos Aires : Imago Mundi.

CAPÍTULO 6

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EN SALUD



AUTOR: JULIO LONGA

A lo largo de este libro hemos trabajado sobre el concepto de comunicación como un proceso, donde no solo implica recibir información, sino que se pone en juego el contexto. Las vivencias, nuestros gustos, preferencias, historias, relaciones, todo esto nos interpela constantemente en cada situación que vivimos.

En el modelo informacional de comunicación hemos observado que el protagonismo es exclusivo del emisor y el receptor cumple una función pasiva en la que solo debe recibir la información para actuar como le ordenen. A esta altura del libro sería una mirada muy acotada definir al receptor desde este lugar. Sin embargo, en materia de campañas masivas sobre temáticas sociales, y en nuestro caso particular de salud, se observa que muchas estrategias de difusión recurren a un mensaje imperativo, una orden para que el receptor actúe de una determinada manera. En las campañas de salud es muy común observar material que ordena: “usá preservativo”, “vacunate contra la gripe”, “doná sangre”, “si vas a manejar, no consumas alcohol”, etc. Y si esto fuera efectivo, entonces todos los destinatarios cumplirían con esas órdenes. Pero, como hemos visto en el capítulo 1, la recepción de la información depende de muchos factores subjetivos y del entorno.

En este material analizaremos brevemente distintas teorías desde las cuales se trabajan estrategias de comunicación en salud desde una mirada conductista, para luego describir un modelo de comunicación participativa donde el proceso de acción colectiva será el que produzca cambios sociales en una comunidad para mejorar el estado de salud y de bienestar de todos sus miembros. Y también, la mirada sobre la cultura y los distintos sentidos sociales que interpelan nuestras prácticas.

El modelo de las creencias en salud, la teoría de la acción razonada y la comunicación para el cambio social son marcos de referencia para comprender los comportamientos sobre la salud y plantean maneras de lograr un cambio a nivel individual, de grupos, instituciones y comunidades.

Según un informe publicado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estas tres miradas se pueden agrupar en distintas categorías. El modelo de creencias en salud se refiere a un modelo de nivel individual. La teoría de la acción razonada se concibe desde un marco de comportamiento interpersonal de salud. Para estas dos categorías, sus teorías y modelos se basan en dos conceptos (OPS, 2001):

- El comportamiento se considera mediado por el conocimiento, es decir, lo que sabemos y lo que creemos afecta a nuestra manera de actuar.
- El conocimiento es necesario, pero no suficiente para producir cambios de comportamiento. También desempeñan funciones importantes las percepciones, los sentimientos, la motivación, las aptitudes y factores del entorno social.

Por último, la comunicación para el cambio social se enmarca en un modelo de nivel comunitario porque busca comprender cómo funcionan y cambian los sistemas sociales a partir de una propuesta dialógica con experiencias participativas, no pretende persuadir a través de la comunicación sino facilitar el diálogo.

Modelos/teorías	Categoría
Modelo de las creencias en salud	De nivel individual
Comunicación para el cambio social	De nivel comunitario

TEORÍAS EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE CONDUCTAS DE SALUD

En el año 2010, la OMS presentó un documento que establecía que la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud. Esta definición propone una comunicación instrumental (definida desde el modelo informacional en el capítulo 1, donde se reduce la acción comunicativa a una transmisión de un determinado mensaje desde un emisor que busca informar e influenciar a sus receptores.

Esta mirada ha sido abordada por proyectos de comunicación en salud que apuntan al cambio de comportamiento. Son teorías que provienen de la corriente del conductismo y que proponen un análisis sobre los motivos por los cuales las personas se comportan de una determinada manera en relación con la salud, con los distintos efectores de esta, con hábitos, conocimientos y actitudes sobre lo saludable.

El modelo de las creencias en salud y la teoría de la acción razonada conforman estas corrientes de pensamiento desde las cuales se implementan estrategias e investigaciones sobre conductas de salud poniendo énfasis en el receptor de manera individualizada, considerando un cambio de conducta a partir de determinados estímulos.

MODELO DE LAS CREENCIAS EN SALUD

Podríamos suponer que el cambio de conducta de una persona hacia una vida saludable debería ser tarea sencilla, por el simple hecho que nadie va a realizar acciones que perjudique a su propia salud. Sin embargo, sabemos que esto no es así. Si nos remitimos a lo sucedido durante los primeros seis meses de pandemia por el coronavirus, podemos ver que hubo indicaciones para prevenir que se propague este virus: higiene personal, aislamiento social, cuarentena, evitar reuniones y contactos con personas fuera del ámbito del hogar, entre los principales. Con estas indicaciones, se debería haber evitado la propagación del virus. Sin embargo, esto último no sucedió.

Según el modelo de las creencias de salud, dependemos más de la percepción que tengamos sobre el tema que de la información que se maneja. De esta manera, la conducta es determinada por la comprensión que cada persona tiene sobre:

- la percepción de la gravedad de la enfermedad,
- la percepción de la susceptibilidad a la enfermedad o condición,
- la creencia de que existe una acción eficaz para reducir la gravedad de la enfermedad o su susceptibilidad a la enfermedad o condición, y
- avisos para tomar acción.

El modelo sugiere que cada persona tiene una percepción y creencias sobre los temas de salud (más significativa que la propia información) y a partir de un estímulo que logre mostrar la gravedad de la enfermedad y el grado de susceptibilidad, entonces se cambiará la conducta siempre y cuando el receptor considere que ese estímulo es beneficioso para el cambio de comportamiento.

Siguiendo con el ejemplo del coronavirus, lo que plantea este modelo para que se modifique una conducta de salud es que, en primer lugar, las personas deben sentirse afectadas por las consecuencias severas o serias de esa enfermedad. Al principio, cuando se desconocía sobre este virus, la gente adoptó la conducta de cuidarse y acatar las indicaciones que se definían desde el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud.

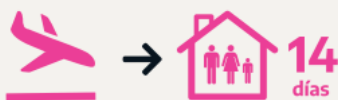
En segundo lugar, las personas tienen que creer que al asumir acciones que se le recomiendan para mejorar su salud, estas acciones superan las percepciones que tienen sobre las que se conciben como preventivas. La cuarentena fue notable durante el primer mes. Hubo control, pero también un consenso de cumplirla para evitar que se propague el virus.

Y, por último, existen estímulos relacionados a la información que recibe desde los medios de comunicación, o experiencias negativas de otras personas, que los lleven a modificar su conducta. En este sentido, al principio se consideraba que todos los casos de personas con coronavirus eran sintomáticos y también se percibía que eran tan graves que era imposible evitar la internación.

El modelo presenta a los medios masivos de comunicación como un emisor fundamental para el cambio de conducta. Esto implica que se difunda mensajes muy generalizados, aunque no logren llegar de manera precisa en función a los intereses y percepciones de cada una de las personas o de los distintos contextos comunitarios.

nuevo
Coronavirus COVID-19
saber para prevenir

norma obligatoria



Viajeros que lleguen de países afectados

deben cumplir con el autoaislamiento

Permanecer en sus casas, evitar visitas y el contacto con personas con las que se convive, no utilizar transporte público ni concurrir a establecimientos laborales, recreativos, deportivos, educativos o sociales.

síntomas



fiebre y tos



fiebre y dolor de garganta



fiebre y dificultad para respirar

No automedicarse y consultar al sistema de salud preferentemente, por vía telefónica.



+info argentina.gob.ar/salud
0800 222 1002

cuidados principales



Lavate las manos con agua y jabón frecuentemente



Estornuda y tóse en el pliegue del codo



Limpia los elementos de uso diario



No te toques la boca, nariz y ojos



Ventila y desinfecta los lugares donde estás



No compartas el mate, cubiertos, vasos ni tazas



Si tenés que salir, usá barbijo casero y mantené la distancia entre personas



Si sos personal que cumple tareas esenciales, mantené los cuidados necesarios en tu lugar de trabajo y en el transporte público



Sé solidario y ayudá a quienes lo necesiten con sus compras diarias o trámites digitales



Si tenés fiebre junto con tos, o dolor de garganta, o dificultad para respirar. O presentás pérdida brusca del olfato o del gusto, consultá por teléfono al sistema de salud de tu localidad o acercate a los promotores y promotoras barriales.



+info 120



Ministerio de Salud Argentina

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (2020)

nuevo coronavirus COVID-19 **seguí cuidándote**

Si tenés dos o más de los siguientes síntomas:

fiebre de 37,5°C, tos, dolor de garganta, dificultad respiratoria, o pérdida brusca de gusto u olfato

y vivís o viajaste a una zona de transmisión local, consultá al sistema de salud de tu localidad

+info 120 **Ministerio de Salud**

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (2020)

En estas piezas de difusión se describen acciones preventivas que debían realizarse. Al estar dentro de un escenario de incertidumbre y de desconocimiento sobre el tema, la percepción de las personas era de gran temor y se creía que eran las recomendaciones esenciales para evitar el contagio. La voz oficial desde el Gobierno Nacional era concebida como la única con conocimiento, por lo tanto, existía un consenso sobre cómo se debía actuar.

A medida que avanzó el tiempo, con experiencias cada vez más cercanas con casos de coronavirus, con los medios de comunicación presentando un discurso que cuestionaba el aislamiento social y obligatorio, y también con situaciones que marcaban que muchos casos eran asintomáticos, la percepción de la covid-19 fue cambiando y muchas personas comenzaron a decidir más allá de lo establecido desde el Ministerio de Salud de la Nación.

TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA

Esta teoría considera como esencial la intención de las personas para luego, entender sus conductas. Es lo que plantearon los autores de este modelo, Fishbein y Azjen (Ríos Hernández, 2011): la conducta de las personas está condicionada por su intención. Y esa intención se establece desde dos aspectos: la actitud, es decir, lo que creemos que debemos hacer; la norma subjetiva, la percepción que se tiene de lo que los otros piensan que debemos hacer. No solo actuamos según lo que consideramos como válido, correcto o acertado, sino que también lo hacemos en función a lo que creemos que los otros consideran que debemos hacer.

La norma subjetiva es la percepción que tienen las personas respecto a lo que piensan y hacen las personas que consideran importantes de su entorno o aquellas fuentes de información que consideren relevantes, como por ejemplo, los medios de comunicación. Si las personas perciben como norma subjetiva que no hay que sostener más el aislamiento social obligatorio y que el uso de barbijos no previene la enfermedad, entonces se manifestarán en contra de esas medidas. La exposición a estas noticias o imágenes en contra de las medidas preventivas persuaden a las personas y reaccionan a tomar una determinada conducta al respecto.

BAE HACIA UN CAPITALISMO NACIONAL
NEGOCIOS

by Coronavirus Dólar hoy Aislamiento Industria SUSCRIBITE A NUESTRO NEWSLETTER

POLÍTICA 09-07-2020 19:02 HL

Protestas en el Obelisco por la extensión de la cuarentena

Las manifestaciones se replicaron en otras ciudades del interior del país e incluyeron consignas de apoyo a Vicentin. También hubo una marcha en Rosario a favor de la intervención de la empresa

BAE Por BAE Negocios



Nota. Adaptado de Protestas en el Obelisco por la extensión de la cuarentena, 9 de julio de 2020, BAE Negocios
(<https://www.baenegocios.com/politica/Protestas-en-el-Obelisco-por-la-extension-de-la-cuarentena-20200709-0058.html>)

PERFIL

05 OCT 2020

RADIO PERFIL

INGRESAR

SUSCRIBITE

AHORA COLUMNISTAS POLÍTICA ECONOMÍA SOCIEDAD INTERNACIONAL DEPORTES OJO CÓRDOBA // RePerfilAr Bloomberg NOTICIAS CARAS exitoína

TEMAS DEL DÍA Clases Carlos Rosenkrantz Operación Primsia Patricia Bullrich Melconian Donald Trump Coronavirus Cyril Lemaux IDEA Gollan Nobel

ACTUALIDAD | CORONAVIRUS

Domingo 5 Septiembre, 2020

Insólita "quema de barbijos" en el Obelisco

Ocurrió en medio de la polémica por la apertura de bares y restaurantes en la Ciudad de Buenos Aires. Video.



Un grupo de manifestantes anticuarentena en el Obelisco (Archivo) FOTO: AP F

NOTICIAS RELACIONADAS

Escándalo en Tandil | El

Al grito de "¡quema de barbijos!" un grupo de personas organizó una fogata a metros del obelisco para reducir a

RePerfilAr

MÁS DE REPERFILAR

Nota. Adaptado de Insólita "quema de barbijos" en el Obelisco, 6 de septiembre de 2020, Diario Perfil
(<https://www.perfil.com/noticias/actualidad/coronavirus-manifestantes-hicieron-una-quema-de-barbijos-en-el-obelisco.phtml>)



Nota. Adaptado de Marchas anticuarentena: ¿por qué protestan y qué exigen los manifestantes?, 26 de mayo de 2020, Diario As

https://argentina.as.com/argentina/2020/05/26/tikitakas/1590500664_838484.html

COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO SOCIAL

Este modelo se define desde un nivel comunitario, estudiando cómo funcionan y cambian los sistemas sociales y cómo pueden activarse las comunidades y organizaciones, siendo esenciales para las actividades integrales de promoción de la salud. Para esto, somete al debate y al diálogo en una comunidad las decisiones sobre el tema a tratar.

La diferencia con los modelos anteriores es que parte desde un trabajo que contempla el contexto sociocultural, las propias inquietudes de la comunidad y con los integrantes de esa comunidad como actores centrales para definir acciones de comunicación en salud.

En el ámbito de la salud, comunicación y participación son fundamentales, pues a través de una participación y consciente de la comunidad lograremos fomentar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

En la Comunicación para el Cambio Social son las personas de la comunidad las que tienen la posibilidad de formular sus propias agendas para el cambio. Agendas que pueden dirigirse a propiciar cambios sociales en comunidades pequeñas, ciudades y a nivel internacional. Este proceso, aunque se fundamenta mayormente en el diálogo emplea distintos medios de comunicación, ya sean tradicionales o modernos. Cuando son utilizados por la comunidad, los medios masivos de comunicación tienen la posibilidad de actuar como instrumentos efectivos en la transmisión de conocimiento que promueva cambios sociales y conlleve a la sostenibilidad de las iniciativas (Ríos Hernández, 2011, p. 137).

El destacado plantea que este modelo no es un proceso de persuasión tradicional, a través del cual son los expertos en el tema los que establecen las estrategias y mensajes que se dirigirán a la comunidad. Sino que la estrategia surge desde la propia comunidad, proyectando los temas desde su propio contexto, con sus vivencias e historias como elementos centrales para el abordaje.

Los medios de comunicación deben funcionar realmente como un recurso instrumental para la difusión de conocimiento, con un producto final definido desde la comunidad. En lugar de concebirllos como el espacio trascendental para la instalación de un tema entre las conversaciones cotidianas, sin contemplar la calidad del mensaje. El modelo destaca la importancia que tienen las características socioculturales inmersas en una comunidad. Su desconocimiento puede determinar el fracaso de un esfuerzo que pretende cambios de conductas o hábitos en la población.

Tomemos las situaciones planteadas en las primeras teorías con respecto al coronavirus. En la primera presentamos la situación en los inicios de la pandemia en el país. En cambio, desde la teoría de la acción razonada, ilustramos situaciones que fueron modificando la conducta de las personas con respecto a las medidas preventivas contra el coronavirus.

Si ese escenario fuera el que vive una comunidad con respecto la percepción que se tiene del coronavirus, a partir de la cual no es necesario usar barbijo, el aislamiento se ignora y la Norma Subjetiva establece que, si se contagian, atravesarán el covid-19 sin síntomas, entonces la preocupación estaría centrada en trabajar para informarles sobre un cambio de conducta al respecto para que adopten las medidas preventivas esenciales.

Desde la perspectiva del modelo, la propuesta tiene que estar centrada en el diagnóstico que la propia comunidad hace al respecto. Sostiene que es importante el compromiso de las comunidades no solo desde la participación, sino también su cooperación en el fortalecimiento de las organizaciones sociales que finalmente permita que la población se constituya como un interlocutor válido y con poder suficiente para convertirse en parte activa de las intervenciones. El modelo plantea una intervención con y desde la propia comunidad a través de sus actores. La estrategia de comunicación involucrará a organizaciones e instituciones sociales y barriales como, por ejemplo, los centros de atención primaria de la salud (CAPS) y los hospitales. Con respecto a la pandemia, las intervenciones de las universidades han sido muy importantes, desde el campo de la investigación y la vinculación. Los trabajos con el voluntariado permitieron trabajar con mayor capacidad de controles y asesoramiento en los distintos barrios.

Universidad Nacional ARTURO JAURETCHÉ

INICIO INSTITUCIONAL CARRERAS POSGRADO NOVEDADES SEDES COMUNIDAD UNAJ

Lazos solidarios en tiempos de pandemia

• Novedades • Centro de Política Educativa, Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales y Administración, Comunidad Educativa, Docentes, Estudiantes, Ingeniería y Agronomía, Noticias Institucionales, Novedades, Virtualización, Voluntariado conyuntivo • Lazos solidarios en tiempos de pandemia

— Nota publicada el 7 de mayo de 2020 —

Centros de estudiantes, graduados y graduadas se sumaron a colaborar en distintas tareas, en el marco de los voluntariados que propuso la UNAJ ante la pandemia y el aislamiento preventivo y obligatorio. Desde asistencia en equipos de salud a la ayuda con atención telefónica, la comunidad universitaria colabora activamente con acciones concretas y significativas para paliar la situación.

Alumnos y alumnas de la carrera de Medicina y también estudiantes y graduados de la Tecnicatura en Emergencia Sanitaria y Desastres participaron en la realización de tests rápidos en las terminales de trenes Constitución, Retiro y Once en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se trató de un estudio epidemiológico que realizó el Ministerio de Salud de la Nación con el objetivo de obtener información sobre la población en general, sin síntomas de coronavirus.

Entradas recientes

- II Simposio Internacional Literaturas y Consultorios, entre lo local y lo global
- Durante el Aislamiento social preventivo y obligatorio los servicios de la Biblioteca Central son exclusivamente virtuales
- Docentes del Instituto de Ciencias de la Salud recibieron capacitación en tratamiento del COVID-19 en la Universidad Católica de Chile
- Capacitación en comunicación en salud
- Comenzaron las jornadas Universidad a Puertas Abiertas
- La economía argentina en

Nota. Adaptado de *Lazos solidarios en tiempos de pandemia*, 7 de mayo de 2020, UNAJ (<https://www.unaj.edu.ar/lazos-solidarios-en-tiempos-de-pandemia>)

 Conoce Sumate

Siguen los operativos de rastreo en los barrios

30/07/2020



El Municipio continúa llevando a los diferentes barrios los operativos de rastreo que buscan personas sintomáticas de Covid-19. En la jornada de hoy, los mismos tuvieron lugar de manera simultánea en los barrios Villa del Plata y Santo Tomás.

Como parte de las medidas preventivas impulsadas por el intendente Andrés Watson en el marco de la emergencia sanitaria por la pandemia del Coronavirus, la Comuna realiza estos rastros que implican una búsqueda activa de casos sospechosos, teniendo como principal objetivo una detección precoz, el cuidado de casos confirmados, el aislamiento correspondiente y lograr así minimizar la transmisión del virus.

Nota. Adaptado de *Siguen los operativos de rastreo en los barrios*, 31 de julio de 2020, Varela al Día (<http://varelaaldia.com.ar/siguen-los-operativos-de-rastreo-en-los-barrios/>)

RELACIÓN ENTRE EL MODELO DE COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO SOCIAL Y LOS NIVELES DE CONSTRUCCIÓN DE UNA RED

“El concepto de red, si bien tradicionalmente –por lo menos en el área de salud– se viene planteando con aspectos que tienen que ver con las escalas económicas, con lograr mayor eficacia y mejor coordinación del sistema de atención de los servicios de salud, nosotros adherimos fuertemente a la idea de los vínculos”, define Arnaldo Medina, especialista en Salud (Longa, 2016). Desde esta mirada, una red es un conjunto de personas, de organizaciones que están manejadas e integradas por personas y la relación se define a partir de los vínculos que desarrollan los integrantes de esas organizaciones en el trabajo cotidiano.

Por lo tanto, el funcionamiento de esa red va a depender del reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación que se logre entre los que conforman la red.

Mario Rovere (1999) sostiene que en el proceso de construcción de las redes existen estos diferentes niveles, cuyo conocimiento nos sirve para organizarnos, para monitorear los grados de profundidad de una red. Cada uno de los niveles, reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación, sirve de apoyo al siguiente.

Estos niveles son los que logran también la efectividad del modelo de comunicación para la salud al momento de implementar una estrategia. El primer nivel sería el de reconocimiento, que expresaría la aceptación del otro o la otra. En muchos casos, la dificultad de operar o de interactuar consiste en que no se reconoce que el otro existe. Así se podría presentar para nuestro caso: “en qué van a poder ayudarnos los y las del barrio para diseñar una estrategia de comunicación”, diría un experto o experta en comunicación. Mientras que los integrantes y las integrantes del barrio pueden sostener que “estos comunicólogos y estas comunicólogas se creen que con diseñar un folleto ya resuelven todo”.

Reconocer que el otro o la otra existe es reconocer que puede decir algo importante para mejorar la calidad de vida, que puede decir cosas que a mí no se me hubieran ocurrido nunca, salvo que estuviera en el lugar de él o ella. Porque muchas veces sucede que se relativiza el lugar del otro o la otra. Siguiendo con el caso de lo extremo, los adolescentes y las adolescentes podrían pensar que “van a venir con un sermón de cuando tenían nuestra edad y así se creen que pueden decirnos qué tenemos que hacer”. Mientras que desde la comunidad el discurso podría ser “estos chicos y estas chicas no tienen ningún interés en cambiar nada”. Son representaciones donde fácilmente descalifican a los otros y las otras.

No hay forma de crear redes con otros y otras a los cuales no se les reconozca su derecho a existir o a opinar. Por lo tanto, desde este modelo participativo, no hay forma de crear una estrategia de comunicación en salud si no reconozco al otro o la otra. Entonces, se atraviesa este primer nivel cuando se acepta que este o esta existe, cuando la persona se me hace presente y tengo que tomarla en cuenta.

Hay un segundo nivel que es el de conocimiento: luego que el otro es reconocido como par, como interlocutor válido, empieza a ser incluido en mi palabra, empiezo a necesitar conocimiento del otro, lo cual expresa interés, quiero saber quién es el otro, quiero entender cómo se ve el mundo desde ahí. (Rovere, 1999, p. 25)

El especialista necesita saber cómo se ve el mundo desde la comunidad y desde la mirada de los adolescentes y las adolescentes. Lo mismo de la comunidad al especialista.

En el tercer nivel, a partir del interés y del conocimiento, empiezan a existir algunos episodios de colaboración (co-laborar en el sentido de trabajar con). No es una ayuda sistemática, no es una ayuda organizada sino espontánea. Hay momentos, hechos, circunstancias donde se verifican mecanismos de co-laboración que empiezan a estructurar una serie de vínculos de reciprocidad, empiezo a colaborar, pero espero también que colaboren conmigo. En este nivel volvemos al concepto de vínculo, ya planteado desde un intercambio espontáneo y recíproco, apoyándose en la aceptación y el interés por la otra persona. En nuestro estudio sobre el tabaquismo en los adolescentes y las adolescentes, se puede ver este nivel en el momento que surge un intercambio de información, de experiencias y relatos sobre el consumo de tabaco entre los chicos y las chicas, los lugares donde es más común y en qué momentos.

En el cuarto nivel ya existen algunas formas sistemáticas de cooperación (co-operación: operación conjunta). Esto supone un proceso más complejo porque supone que existe un problema común, por lo tanto, hay una co-problematización, y existe una forma más sistemática y estable de operación conjunta, es decir que hay un compartir sistemático de actividades.

Existe un quinto nivel donde hay asociación, donde esta actividad profundiza alguna forma de contrato o acuerdo que significa compartir recursos. Es aquí donde se implementa la estrategia desde el modelo de comunicación para la salud.

Toda esta construcción podría ser representada en una figura, donde colocamos los niveles desde abajo hacia arriba (el reconocimiento es el cimiento sobre el cual se basa el conocimiento, el tercer nivel, el de colaboración, se apoya en el segundo, el cuarto, el de cooperación, en el tercero, etc.), también para señalar que, a cualquiera de estos niveles, hay que sostenerlos. Si uno no sostiene a otro, se caen.

5. Asociación
4. Cooperación
3. Colaboración
2. Conocimiento
1. Reconocimiento

También se puede presentar a través de este cuadro:

Nivel	Acciones	Valor
5. Asociarse	Compartir objetivos y proyectos	Confianza
4. Cooperar	Compartir actividades o recursos	Solidaridad
3. Colaborar	Prestar ayuda esporádica	Reciprocidad
2. Conocer	Conocimiento de lo que el otro o la otra es o hace	Interés
1. Reconocer	Destinadas a reconocer que el otro o la otra existe	Aceptación

LA COMUNICACIÓN DESDE LA CULTURA

Hasta aquí se observa, con los distintos modelos de comunicación planteados, que la conducta es dirigida desde una instancia de emisión de los mensajes, considerando la posibilidad de manipular al receptor y sin contemplar “que tanto la construcción de mensajes mediáticos como los contextos en los que se produce la recepción, están modelados por las relaciones sociales —y sus condicionamientos políticos y económicos— en las que se desarrollan” (Natta y Pelosio, 2008, p. 37).

Pensar esas relaciones sociales desde un punto de vista comunicacional, nos llevan a analizarlas desde la cultura:

Los Estudios Culturales pensaron la realidad desde la cultura, y fue el inglés Raymond Williams quien propuso pensar a la cultura como un sistema signifiante a través del cual un orden social se organiza, se comunica, se experimenta, se reproduce y se transforma. De este modo, toda práctica social

—por definición también cultural— es portadora y productora de significación social. Por lo tanto, toda práctica sociocultural es también constitutiva del orden social del cual es parte y en el cual se desarrolla; como así también ordena las significaciones globales (los sentidos) dominantes en ese orden social (Natta y Pelosio, 2008, p. 35).

Analizar la pandemia por el coronavirus a través de esta concepción entre lo cultural y lo comunicacional, consiste en pensar las prácticas sociales con respecto a la prevención y la atención del covid-19 y los sentidos que se otorgaron a esas acciones a medida que fue avanzando la pandemia en nuestro país. Las primeras decisiones del Gobierno Nacional de decretar el aislamiento social y obligatorio se reflejaron en barrios y ciudades con calles desoladas. Ese escenario, sin gente y sin movimiento, comunicaban que toda una comunidad reconocía y avalaba la decisión de obedecer esa medida como la mejor manera para evitar los contagios por coronavirus. En otro momento histórico, encontrarse con calles vacías implicaría que se le dé otro sentido a esa práctica. ¿Qué podría estar sucediendo para que en nuestro barrio deje de haber movimiento en las calles?

Otro ejemplo fue el uso de barbijo o tapa boca y nariz como práctica social. Cuando nos llegó la noticia sobre lo que estaba provocando el coronavirus en Europa, algunas personas comenzaron a usar el barbijo. Era una práctica extraña antes de que se establecieran las primeras medidas preventivas adoptadas por el Gobierno Nacional. Sin embargo, el sentido del uso de barbijo se fue modificando y pasó a ser una práctica concebida como una de las más importantes para prevenir el contagio del coronavirus. Cuando se pasó a la fase de distanciamiento social, preventivo y obligatorio (DISPO), lo extraño era estar sin el barbijo.

En la cita destacada anteriormente, se mencionan los Estudios Culturales. Tal como los definen Grimson y Caggiano (2010) “no son una disciplina, ni una carrera, ni un departamento. Históricamente, son una perspectiva teórica que construye nuevos objetos y modos de abordaje” (p. 15). Los orígenes de los Estudios Culturales se remontan a fines de la década de 1950 en la ciudad de Birmingham, Inglaterra. Distintos investigadores, entre ellos Williams y Hall (Wolf, 1987, p. 121), trabajaron desde un enfoque transdisciplinario en el abordaje del concepto de cultura:

En el concepto de cultura caben tanto los significados y los valores que surgen y se difunden entre las clases y grupos sociales, como las prácticas efectivamente realizadas a través de las que se expresan valores y significados y en las que están contenidos. Respecto a dichas definiciones y formas de vida –entendidas como elaboraciones colectivas– los mass media desarrollan una función importante al actuar como elementos activos de estas elaboraciones (Wolf, 1987, p. 121).

El papel de los medios masivos de comunicación es muy importante, pero, a diferencia de los modelos planteados anteriormente, donde se considera que es el emisor el que define el sentido de los mensajes, en el caso de la mirada desde los Estudios Culturales, el receptor tiene un rol activo y, en todo caso, interpretará y le dará sentido a los mensajes desde sus prácticas, con sus valores y significados, tal como lo plantea Wolf.

De este modo, siguiendo con el caso del coronavirus, hemos visto que a medida que fue transcurriendo la pandemia, y en función a las novedades (de origen periodísticas, científicas, mediadas por las redes sociales), se adoptaron distintas posturas con respecto a todo lo relacionado con la pandemia: el regreso a las escuelas, el distanciamiento, los espacios cerrados, las vacaciones, las vacunas, etc. Todas esas prácticas fueron teniendo distintos sentidos según las distintas comunidades de receptores. Y esos sentidos son interpretaciones culturales. “Cultura como el modo en que viven las personas, con sus valores, sus tradiciones, sus rituales, creencias, objetos y sus modos de usarlos. Las personas viviendo con sus prácticas, rutinas, trabajos, modos de hablar, de vestir y comer, sus fiestas, sus dioses” (Natta y Pelosio, 2008, p. 36).

Cada práctica social, cada acción o gesto que realizamos, está atravesado por nuestra cultura, está atravesado por ese modo en el que vivimos. En materia de salud, hemos visto en capítulos anteriores cómo ese sentido que adquieren las prácticas está relacionado con la concepción de salud y enfermedad, con el paradigma médico hegemónico que logró naturalizar esa concepción de concebir a la salud desde la perspectiva biologista por sobre una mirada integral de la concepción salud que contemple factores (determinantes, en términos de salud) sociales, culturales, ambientales, económicos.

También en las relaciones, tanto dentro del sistema de salud, como entre las relaciones interpersonales, el sentido de las prácticas culturales es interpelado por determinadas concepciones o paradigmas. En el caso del sistema de salud, la concepción

hospitalocéntrica donde la atención de la enfermedad está por encima de la promoción de la salud, define un fuerte protagonismo de los efectores de salud que atienden la enfermedad (hospitales) por sobre los efectores que promueven esa mirada integral de la salud Y en las relaciones interpersonales, también nos atraviesa en las prácticas ese sentido en los discursos desde los cuales el médico es el gran protagonista por sobre el resto de los profesionales de la salud.

Se observa que, ante cada acto, cada acción o relación que sucede, tal como lo vemos planteando, se transmite un mensaje cargado de sentido.

(La escuela de) Birmingham pensaba que los mensajes no tienen un sentido único y fijo, por lo que un mismo objeto comunicacional puede ser interpretado de diferentes maneras. Al carácter polisémico de todo mensaje se le agrega el hecho de que cada individuo entiende y decodifica un mensaje de acuerdo con su posición social. (Natta y Pelosio, 2008, p. 38)

El mensaje transmitido puede interpretarse de distintas maneras y dependerá de los valores, costumbres, preferencias, capacidades que tengamos según nuestro modo de vida, según nuestra cultura. Por eso, lo que está en juego es la búsqueda de un sentido por sobre otros sentidos. Es una lucha de poder, definida por Grimson y Caggiano (2010) como “La politicidad de la cultura en clave de ‘hegemonía’” (p. 18). Se refieren a pensar y analizar las relaciones de poder como lugar central en la construcción de un sentido:

Los valores y las creencias, el sentido de las prácticas, las formas de concebir lo propio y lo extraño, lo semejante y lo diferente, y de definir las categorías que procuran ordenar el mapa social son interrogados en su articulación con procesos de construcción, validación o desafío de lo legítimo y lo subalterno, de relaciones de jerarquía o de desigualdad, de mecanismos de inclusión y exclusión. (p. 18)

No solo los medios de comunicación participan en la manera de percibir y concebir las distintas realidades, sino también en las instituciones, en nuestro caso de salud, además definen una manera de concebir las prácticas y las relaciones. Cuando hablamos de hegemonía, nos remitimos la categoría definida por Gramsci, que tal como describe Thwaites Rey (1994), se relaciona al considerar que se impone una

visión del mundo, una filosofía, una moral, unas costumbres, un sentido común que favorecen el reconocimiento de su dominación, en este caso, del resto de las prácticas, saberes y teorías generadas desde las ciencias de la salud. Gramsci considera que para lograr hegemonía no alcanza con la coerción, sino que también debe generarse consenso, es decir, como dominio y también como dirección intelectual y moral. Las instituciones de salud, por ejemplo, tienden a ser pensadas desde la perspectiva piramidal, compartimentada por direcciones, departamentos y servicios. La comunicación es concebida en orden descendente y unidireccional. Esta concepción omite las condiciones de contexto. Estas características en las prácticas y la infraestructura conforman ese consenso que Gramsci considera fundamental para que los intereses de un determinado sector, grupo o, en este caso, un modo de concebir las relaciones en un centro de salud se materialice como un interés de todos.

A partir de estas concepciones, podemos preguntarnos, ¿cómo implementamos una estrategia de comunicación en salud? ¿Qué debemos tener en cuenta en función a la idea de contexto, relaciones, modos de ver las problemáticas y por supuesto, cómo se conciben las prácticas culturales relacionadas con la salud y la enfermedad? A continuación, intentaremos de responder estos interrogantes.

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EN SALUD

Muchas veces se aborda una problemática en salud implementando una estrategia de comunicación que pone el énfasis en la circulación de los mensajes materializados en folletos, *spots* audiovisuales, talleres, páginas web y redes sociales, entre los más destacados. La estrategia se centra, entonces, en una mirada lineal del fenómeno, pensando en un enunciado que abarca la problemática. De este modo, la estrategia se define como un conjunto de acciones planificadas durante un determinado tiempo para lograr el alcance que pueda tener el mensaje, su producción, distribución y consumo.

A partir del modelo para el cambio social y el planteo de Mario Rovere, hemos tratado conceptos como participación, cooperación y compromiso de las comunidades. Porque las estrategias de comunicación en salud deben estar íntimamente relacionadas al trabajo en conjunto para una transformación. La clave es contemplar la participación de la comunidad en torno a cuestiones reconocidas por sus integrantes como problemáticas. Por este motivo, la comunicación estratégica debe establecerse desde un diálogo de saberes entre los distintos actores involucrados. Verticalidad,

linealidad, pasividad, son acciones que no corresponden con este enfoque, porque lo que se pretende es la participación contemplando sus miradas, intereses, percepciones, imágenes, preferencias, conocimientos.

LOS PRIMEROS INTERROGANTES

Ante esta presentación del abordaje y definición de la estrategia de comunicación. Ahora debemos pensar cómo establecer la estrategia: ¿dónde estamos?, ¿hacia dónde vamos y cómo lo logramos?, ¿qué hacemos?, ¿qué y cómo evaluamos?



Tomaremos dos casos trabajados por estudiantes de la materia para ilustrar este proceso. Es importante aclarar que fueron trabajos de un cuatrimestre donde el relevamiento fue exclusivamente para abordar estas problemáticas desde una propuesta de estrategias de comunicación. Es decir, las muestras no tienen un rigor científico, pero permitieron una aproximación del tema para saber cómo abordarlo. Las problemáticas elegidas fueron: sífilis y virus del papiloma humano (VPH). Los temas surgieron a partir de distintas inquietudes.

Caso 1: sífilis

En el caso de la sífilis, el grupo conformado por Yésica Armella, Laura Ciccone, Sandra Gaitán, María Gamarra y Liliana Luna, estudiantes de Enfermería que cursaron la materia durante el segundo cuatrimestre de 2017, había notado en sus prácticas de la carrera que se presentaban casos en embarazadas. Así que la primera propuesta fue generar un material gráfico que describa el uso del preservativo en las relaciones sexuales. Como si esta iniciativa fuera la solución. Durante las clases, mientras se definían mejor los temas y las estrategias, el grupo llegó a la conclusión que esta primera intención de difusión se fundamentaba en el modelo informacional. Ante un determinado estímulo (prevención de enfermedades de transmisión sexual), debía plantearse una única respuesta (uso de preservativo). Si fuera tan simple, con el solo hecho de informar a las personas la manera de prevenir la enfermedad, bastaría para evitar el contagio. Pero sabemos que existen muchos factores que inciden en las conductas.

Es así como se decidió encarar el proyecto a partir de uno de los primeros interrogantes: ¿dónde estamos? Para esto, entrevistaron a profesionales de un CAPS de Florencio Varela. La información recabada fue fundamental para conocer no solo con la cantidad de casos, sino con muchos aspectos relacionados a la manera de percibir y definir el rol de las embarazadas en su relación con la pareja, los conocimientos que tienen acerca de la sífilis en particular y las enfermedades de transmisión sexual en general, los controles durante el embarazo y muchas otras cuestiones que inciden sobre el cuidado de las mujeres.

Los datos demostraron que el trabajo debía contemplar muchas otras cosas además de un simple folleto: convocar a instituciones, profesionales, integrantes de la comunidad, del barrio; además del sistema de salud público en sus distintos niveles de atención.

Caso 2: VPH

A partir de 2017, por resolución del Ministerio de Salud de la Nación, la vacuna contra el VPH es gratuita y obligatoria para varones de 11 años. En el 2011, ya se había incorporado al calendario de vacunación para las niñas de 11 años de edad.

Sara Sarquis y Yanina Sosa, estudiantes de Enfermería que cursaron la materia durante el segundo cuatrimestre de 2017, trabajaron este tema porque querían saber el grado de conocimiento que tenían las madres de los menores de 11 años para analizar y proyectar una estrategia de comunicación que instale la importancia de la vacunación. Encuestaron a madres que asisten a los CAPS de Villa Argentina y Villa Vatteone, de Florencio Varela.

Diagnóstico de la situación

Para implementar la estrategia de comunicación, se parte de un diagnóstico de situación, en el cual se buscan datos del problema, de las personas, de las comunidades y de comunicación. Ambos grupos, si bien recavaron información con distintas técnicas de investigación, lograron tener una referencia sobre la problemática y las personas implicadas. Las técnicas de investigación nos brindan datos confiables para conocer la situación-problema (*ver recuadro Técnicas de investigación*).

Los estudiantes utilizaron distintas técnicas. Uno recurrió a una técnica cualitativa, como son las entrevistas en profundidad, y el otro a una técnica cuantitativa, como son las encuestas.

En el caso de la sífilis, a través de las entrevistas a los profesionales de la salud, adquirieron datos acerca de la incidencia de la enfermedad en embarazadas entre 15 a 25 años de edad, en el Centro de Salud Padre Gino, de la localidad de Florencio Varela, indicaron que, entre enero y octubre de 2017, atendieron 770 embarazadas, de las cuales 385 fueron diagnosticadas con la sífilis. Es decir, un 50 % de las consultas. Pero, principalmente, obtuvieron una descripción de las necesidades, problemas, creencias, valores y actitudes de las embarazadas.

Las mujeres en el inicio de la actividad sexual no tienen los cuidados y el conocimiento sobre las patologías de enfermedades de transmisión sexual (ETS), exceptuando la del HIV.

La mujer no se respeta a sí misma y accede de forma voluntaria a mantener relaciones sexuales sin utilizar elementos de barrera.

TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Técnicas cuantitativas

Estas técnicas nos dan informaciones sobre cantidad [¿cuántos?] y frecuencia [¿cuántas veces?]. Ejemplo: averiguar el número de madres que tienen conocimiento sobre el HPV.

Algunas técnicas cuantitativas:

- a) Consulta de estadísticas y censos.
- b) Estudios históricos o longitudinales.
- c) Encuestas sobre conocimientos, actitudes, percepciones y prácticas.
- d) Encuestas de opinión pública.

Técnicas cualitativas

Las técnicas cualitativas responden a las preguntas: ¿qué?, "¿cómo?, ¿por qué?. Ellas nos brindan datos sobre actitudes, creencias, preocupaciones, dudas, miedos, comportamientos. Pueden ayudarnos a saber por qué las personas piensan o actúan de cierta manera.

Entre las técnicas cualitativas están:

- a) Observación directa.
- b) Entrevistas individuales.
- c) Entrevistas focalizadas.
- d) Entrevistas en profundidad.
- e) Entrevistas grupales.
- f) Grupos focales.
- g) Talleres participativos.
- h) Estudios etnográficos.

Por su parte, las estudiantes que analizaron la problemática en torno al HPV encuestaron a madres de menores de 11 años en dos CAPS. De esa encuesta, obtuvieron información sobre el perfil de las madres: nivel educativo, conocimiento sobre la enfermedad y a través de qué medios se informan sobre la enfermedad. El conocimiento de la población permite saber con mayor detalle los afectados directamente e indirectamente por el problema de salud y tener un mayor detalle de las edades más implicadas, el nivel socioeconómico, lugares de trabajo y de residencia. Además, el nivel de conocimiento que tiene esa población sobre la problemática y cómo son sus conductas para solucionarla o actuar frente a ella.

La encuesta indica que los canales de comunicación por los cuales reciben la mayor información de la problemática son a través de familiares, amigos y redes sociales.

Lo interesante de ambos casos es que la información les permitió iniciar la estrategia desde datos concretos de un determinado contexto, sin partir de percepciones o conocimientos generalizados de la problemática.

A los datos del problema y de las personas, se deben sumar los de la comunidad y de comunicación. Con respecto a las comunidades, se refiere a los distintos actores e instituciones sociales que pueden apoyar y acompañar la estrategia para intervenir sobre el problema de salud. Líderes comunitarios, establecimientos educativos, clubes barriales, sociedades de fomento, entre otros, son actores clave para trabajar la problemática y alcanzar un cambio de conducta para eliminar o reducir el problema de salud. Es preciso conocer los obstáculos y limitaciones importantes que pueden impedir la adopción de nuevas conductas y cómo superarlos.

Los datos de comunicación no hacen referencia exclusivamente a los medios de comunicación. Están relacionados con las palabras, términos, modismos, gestos, códigos que se ponen en juego al momento de hablar o cuando se presenta el problema de salud. Además, deben tenerse en cuenta las relaciones interpersonales, aquellas que muestran quiénes son las personas de confianza en una comunidad, aquellas que escuchan y actúan sobre el problema. Finalmente, los medios de comunicación presentes en ese contexto: los tradicionales (prensa, radio, TV) y las redes de comunicación entre grupos y comunidades, para definir cuáles serán los mejores canales para poner en práctica la estrategia de comunicación.

DISEÑO DE LAS ESTRATEGIAS

Los datos nos dan un diagnóstico de la situación, pero hemos visto que la comunicación no es lineal. Por este motivo debemos conocer otros factores que inciden sobre las decisiones y conductas de las personas.

Entre estos motivos, es importante distinguir las necesidades y los problemas de las personas. Volviendo a nuestros casos, para trabajar la estrategia del VPH se podría haber partido de la falta de conocimiento sobre la enfermedad por parte de las madres como el problema a resolver. Sin embargo, las encuestas demostraron que existía un alto grado de conocimiento sobre la enfermedad, sobre la existencia de la vacuna y la vía de transmisión, aunque un bajo nivel de información sobre la obligatoriedad de la vacuna para los varones de 11 años. Por este motivo, para las madres no existía la necesidad de vacunar a sus hijos.

También se pone en juego las creencias, los valores y las actitudes. La gente acepta o rechaza los mensajes en función a lo cree o descrea. Sobre el VPH, existe la creencia social que solamente afecta a las mujeres. Entonces, se presenta la disposición favorable o desfavorable en el cuidado durante las relaciones sexuales (actitud) a partir de lo que le parece bien o mal (valores) a cada persona.

Estas creencias, valores y actitudes se relacionan a las características o roles de la mujer o del hombre determinadas socialmente. Son un conjunto de reglas y normas, aprendidas, reforzadas y sancionadas dentro de la sociedad, de la cual el hombre y la mujer forman parte. Es decir que las prácticas sociales, las acciones que realizamos, están fuertemente condicionadas por el sector socioeconómico y educativo de pertenencia, las costumbres y los valores propios del grupo al que pertenecemos. El estudio del nivel de conocimiento que tienen las madres sobre el VPH no incluyó un análisis sobre los condicionantes sociales y culturales de la construcción de la sexualidad, pero es sabido que, por ejemplo, con frecuencia, la falta de uso de preservativo no se debe a la falta de información o a las dificultades en el acceso, sino que inciden otros factores: es el varón el que decide el uso del preservativo, no corresponde que las mujeres propongan su uso, o relacionadas con esa sensación de “a mí no me va a pasar”, con la cual creen que no corren riesgo de embarazo o de contagiarse una enfermedad de transmisión sexual.

El diseño de la estrategia, entonces, debe contemplar estas categorías y otras que abarcan una mirada más instrumental: identificar al público destinatario, definir objetivos, estrategias de promoción o intervención, mensajes, canales de comunicación.

El público se refiere al grupo de personas que está involucrada directamente con el problema planteado. No es una masa homogénea, sino que dentro de él hay distintos grupos o sectores, que se pueden distinguir entre público primario y secundario.

El público primario son aquellos grupos y personas cuyos cambios conductuales llevan directamente a que se realicen los objetivos técnicos de un programa de salud. Pueden ser, por ejemplo, los grupos de alto riesgo, es decir, aquellas personas más vulnerables al ataque de una determinada enfermedad, sea por su edad, por la región en que vive, por su bajo poder adquisitivo, por sus antecedentes vitales, etc.

El público secundario, o intermediario, comprende aquellos grupos o personas que pueden influir sobre el público primario en el sentido de facilitar la adopción de los objetivos conductuales necesarios o reforzar dichos cambios (Bordenave, 2007, p. 24).

En el caso de VPH, el público primario está conformado por las madres y varones de 11 años y, el secundario, por equipo del CAPS y docentes de escuelas. En el caso de sífilis, las embarazadas son el público primario y el equipo del CAPS, secundario.

Problemática	Público primario	Público secundario
Sífilis	Embarazadas	Equipo interdisciplinario del CAPS
VPH	Madres y varones de 11 años	Equipo interdisciplinario del CAPS y docentes de escuelas.

Los objetivos deben plantearse a partir de los cambios de conducta que se desean alcanzar a partir del diagnóstico definido. Por ejemplo, las estudiantes que trabajaron sobre el HPV buscaron analizar el grado de conocimiento que tienen las madres sobre la vacunación contra el virus para varones de 11 años. Por su parte, las que analizaron la problemática de la sífilis se plantearon identificar y analizar los factores de incidencia de la sífilis en embarazadas entre 15 a 25 años de edad, en el centro de salud Padre Gino para lograr cambios de conductas.

Entre las estrategias de promoción e intervención, el grupo de HPV pensó intervenir convocando a los distintos actores del barrio en una institución educativa, en los CAPS y en la feria del barrio con distintos talleres. Las estudiantes que trataron la sífilis propusieron una intervención junto al equipo de profesionales en el CAPS, charlas y difusión de material orientativos en el centro comercial de Varela y en la feria de Bosques.

La distinción de los públicos, así como la definición de objetivos y de estrategias de promoción e intervención, son muy importantes para determinar otro aspecto del diseño: el mensaje. Fundamentalmente partiendo de la noción sobre quién es nuestro destinatario. ¿A quién va dirigido el mensaje? Existen muchas campañas de comunicación para la salud que se reiteran en el mensaje sin analizar la llegada que puede tener con su destinatario. Cuando hablamos de llegada, nos referimos al impacto que logra el mensaje sobre el público. Que sean escuchados, leídos, o vistos. Además de ser entendidos, debe movilizar a quienes lo reciben, si se detienen a cuestionarlo, a provocar participación.

Por este motivo es muy importante definir cuál es la idea que se quiere transmitir, qué queremos decir sobre la problemática. Por un lado, debemos utilizar palabras y signos que le resulten sencillos y accesibles y le eviten un esfuerzo excesivo. Por otro, es aconsejable un mensaje que no esté totalmente procesado, donde no haya esfuerzo por analizarlo e interpretarlo, sino que deba “participar para decodificarlo: asociar situaciones, compararlas, interpretarlas, vivirlas intelectual y emocionalmente, extraer conclusiones” (Kaplún, 2002, p. 146).



Propuesta de material gráfico del grupo de estudiantes que trabajaron VPH



Propuesta de material gráfico del grupo de estudiantes que trabajaron Sifilis

Definición de canales de comunicación: es el momento de establecer a través de qué medios se implementará la estrategia. Los medios no son exclusivamente los medios masivos de comunicación. Incluye aquellos espacios sociales donde se podrá interactuar, como son los casos citados de las escuelas, las ferias de barrio, pero también en una plaza, redes sociales, esquina de barrio, centros comerciales, festivales, exposiciones. Dependerá de los materiales y recursos que se dispongan (folletos, videos, profesionales y especialistas, vecinos que se suman a la propuesta) el medio o los medios más convenientes para la promoción del mensaje. Por ejemplo, si contamos con un video, la televisión sería el medio que mayor alcance inmediato tiene para difundir un mensaje, pero es muy costoso, entonces, a través de las redes sociales o de una charla en una escuela, se podrá pasar el mismo video y, en el trato personalizado (en el caso de la charla) o a través de los seguidores (en el caso de las redes sociales) se puede lograr un impacto tan efectivo o mayor que a través de la televisión.

DESARROLLO DEL PLAN DE TRABAJO

¡La estrategia finalmente se pone en marcha! ¿De qué manera la implementamos? Se definen los plazos y acciones para el cumplimiento de los objetivos planteados. Podemos definir un cronograma de actividades, definiciones de roles y de instituciones y actores que serán convocados para cooperar en esta estrategia que buscará un

cambio social. Pondremos en acción procesos participativos, capacitaciones y mucho más. No solo se trabajará sobre los medios definidos, sino que también acá aparecerá la creatividad de la comunidad para fomentar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

EVALUACIÓN

La evaluación apunta a verificar los alcances de la estrategia. A través de indicadores podemos medir los resultados y el impacto que se ha logrado.

Con indicadores de resultados, se compara la línea de base con la situación posterior a la estrategia de comunicación. Por ejemplo, en el caso de sífilis, según los registros del CAPS analizados, el 50 % de las embarazadas estaban infectadas. El trabajo del cuatrimestre no llegó a la etapa de implementación de la estrategia, pero si se hubiese realizado, se podría comparar la cantidad de casos posterior a la estrategia de comunicación.

Con indicadores de impacto se estudia asuntos de mayor alcance relacionados con el mejoramiento de la calidad de vida de la población como efecto de la estrategia. Ahora citando el caso de HPV, se observaría que al cabo de un año de terminada la estrategia de comunicación, ¿las madres se acercaron con sus hijos de 11 años para que se apliquen la vacuna?

Otros indicadores que se pueden tomar tienen que ver con las acciones: en cuántos y qué medios de comunicación se difundió, cuántas charlas se realizaron en los CAPS, cantidad de público primario que tuvo llegada la estrategia, entre otros.

PLANEACIÓN PARA LA CONTINUIDAD

Así como hemos planteado que la comunicación es un proceso a través del cual las acciones comunicacionales tienen sentidos en función al contexto y a las relaciones entre los participantes, es decir, que pueden ir cambiando según el momento y tiempo analizado, lo mismo puede suceder con la comunicación que busca un cambio social. Las estrategias de comunicación nos permitirán intervenir sobre esas conductas con una participación activa de la comunidad, pero no significa que, una vez alcanzados los objetivos, no se vuelvan a generar cambios. Es por esto que se propone una planeación para la continuidad, donde los resultados alcanzados puedan ser los nuevos antecedentes de otras estrategias para promover conductas saludables y mejorar los sistemas de salud.

PRESENTACIÓN DE CASOS

La investigadora en comunicación Georgina González Gartland (2019) considera que “la comunicación es la cara visible de toda intervención y que es ahí donde hay que poner el centro de atención a la hora de abordar las estrategias comunicativas de políticas, programas o proyectos” (pp. 42-43). Es decir que debe definirse desde una concepción de diálogo con el contexto o los actores involucrados. Ella define distintos “tipos de estrategias de comunicación para diseñar, ejecutar o evaluar una política de salud” (p. 43). Estas estrategias se relacionan con la comunicación: mediática (prensa, radio, tv, internet), comunitaria (clubes, escuelas, organizaciones sociales), interpersonal (personalizadas, grupales) e institucional (internas y externas).

Las cuatro categorías de estrategias de comunicación que plantea González Gartland, muchas veces, son complejas de distinguir e, incluso, se puede definir a alguna de ellas como parte o integrante de otra. En este sentido, la comunicación mediática puede ser concebida como parte de la estrategia de la comunicación externa de una institución. Y lo mismo la comunicación interpersonal, pensada como factor central de la comunicación interna institucional.

Desde estas distinciones, presentaremos algunos casos surgidos de nuestra experiencia como integrantes de equipos de comunicación institucional en hospitales provinciales y en el primer nivel de atención. Estos ejemplos ilustrarán situaciones relacionadas, por un lado, con la comunicación institucional a partir de relaciones mediáticas (externa) pero con un alto impacto sobre las relaciones internas, y por otro, con la comunicación comunitaria centrada en el trabajo en red.

HOSPITAL LUCIO MELÉNDEZ: EL TRABAJO DE PRENSA COMO PUERTA DE ACCESO A LA COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL

El Hospital General Zonal de Agudos Dr. Lucio A. Meléndez es un hospital centenario del partido de Almirante Brown, ubicado en el segundo cordón del conurbano bonaerense, a 20 km de la ciudad de Buenos Aires y a 50 km de la ciudad de La Plata.

Se encuentra organizado como centro de atención polivalente. Cuenta con una dotación de 180 camas para la internación y 5 quirófanos. Cuenta con servicios de: pediatría, neonatología, tocoginecología, clínica médica, traumatología, urología, cirugía, UTI adultos, UTI pediátrica y UTI neonatal. Además de los servicios cen-

trales de laboratorio, servicio de diagnóstico por imágenes (radiología, ecografía y tomografía computada - TAC) y hemoterapia. El servicio de guardia se encuentra organizado para la atención de adultos, acceso individual para la atención pediátrica y tocoginecológica.

Es una institución que ha vivido todas las políticas públicas de salud de la Argentina de los últimos 100 años. Esto implica que funciona desde un modelo hospitalocéntrico, individualista, biólogo y medicalizado, sin una mirada integradora de los servicios que se brindan, tanto internamente, como más allá de las paredes del propio establecimiento.

Al igual que la gran mayoría de los hospitales, se piensa y se actúa desde una perspectiva piramidal, compartimentada por direcciones, departamentos y servicios. En este contexto, la comunicación ha estado siempre concebida en orden descendente y unidireccional.

En este marco, el hospital apenas contó con una experiencia de dos años (2013-2015) en materia de comunicación institucional. Esta iniciativa fue a partir de la gestión de la dirección ejecutiva que estuvo en ese periodo, donde se convocó a un licenciado en comunicación social para que iniciara esa tarea.

El desafío se centraba en el reconocimiento de la tarea en comunicación institucional, no solo para el interior del hospital, con los distintos integrantes de los servicios, sino también para la relación con el Ministerio de Salud provincial¹. Los problemas planteados a nivel comunicación interna eran los siguientes:

- Los servicios trabajaban en forma aislada uno del otro y con relación al hospital.
- Se percibía una gran desmotivación de los trabajadores, profesionales o no profesionales, del hospital.
- Por parte de los trabajadores, había una percepción de poco reconocimiento hacia su tarea.
- Falta de diálogo entre los trabajadores y directivos.
- Percepción de falta de comunicación.

1 Los profesionales del sistema de salud público de la provincia de Buenos Aires están regidos bajo la Ley Provincial 10471, de carrera profesional hospitalaria, donde se menciona a todos los profesionales reconocidos por sistema de salud y en la cual no figuran los comunicadores sociales, periodistas, relacionistas públicos, diseñadores. Estas profesiones están bajo el régimen de la Ley Provincial 10430, que abarca a los agentes estatales de la provincia.

Por otra parte, la imagen del hospital para la opinión pública era negativa como consecuencia de las noticias publicadas por los medios. Algunos ejemplos de las noticias publicadas en ese momento son los presentados a continuación:



Nota. Adaptado de *Cuando la violencia le gana a la salud*, por Ramiro Sagasti, 24 de septiembre de 2012, La Nación (<https://www.lanacion.com.ar/seguridad/cuando-la-violencia-le-gana-a-la-salud-nid1511168/>)



Nota. Adaptado de *Denuncian muerte de embarazada con ACV por mala praxis*, 10 de diciembre de 2012, Diario Popular (<https://www.diariopopular.com.ar/general/denuncian-muerte-embarazada-acv-mala-praxis-n140833>)

A pesar de que el hospital Lucio Meléndez en su visión proyectaba distinguirse por su buen trato con todos los usuarios, gestión de calidad sustentado en la responsabilidad, capacidad técnica y profesionalismo ético. Comprometido con la accesibilidad de su comunidad a través de dispositivos de prevención, promoción y atención, había aspectos para los cuales no se habían pensado las estrategias de acción a seguir. Al no contar con un referente de comunicación, lo que predominaba era la información de tinte más sensacionalista o de denuncia, siendo muchas veces la fuente informativa el propio profesional de salud.

Hay que tener en cuenta que:

la prensa se interesa por la Sanidad con un espíritu de denuncia, quizá siendo consciente de que la cobertura sanitaria es una necesidad necesaria para el conjunto de la ciudadanía. Por ello dan voz a las denuncias sociales de falta de equipamiento en hospitales, de falta de recursos humanos, de los conflictos laborales etc. Por supuesto, la explicación de este factor también ha de buscarse en el atractivo del valor noticia conflicto y la dinámica de las badnews. (Costa Sanchez, 2018, p. 8)

A partir de esta situación, el referente de la comunicación institucional buscó presentar al hospital como fuente organizada, es decir, actuar como fuente directa de información periodística.

La tarea consistió en producir notas periodísticas con las acciones que se realizaban en la institución reforzando las categorías que se pretendían definir en la visión institucional: buen trato, capacidad profesional, promoción de la salud, prevención de enfermedades.

Ejemplos:



Página 12

◀ | ▶ Miércoles, 6 de marzo de 2013 | Hoy 🔍 INGRESAR | RE


ULTIMAS NOTICIAS **EDICION IMPRESA** SUPLEMENTOS TAPAS


INDICE EL PAIS ECONOMIA **SOCIEDAD** LA VENTANA EL MUNDO ESPECTACULOS DE


SOCIEDAD


Operación del bebé

 Un bebé que nació hace menos de un mes, a las 25 semanas de gestación,

 y con un peso de 730 gramos fue operado con éxito de una afección

 cardiopulmonar en el hospital provincial Lucio Meléndez del partido

 bonaerense de Almirante Brown. El pequeño nació el 8 de febrero en ese

 hospital bonaerense, donde detectaron que debido a su estado prematuro no

 se había cerrado su ducto arterioso permeable, que comunica el sistema

 arterial pulmonar y la arteria aorta durante la vida fetal y que, tras el

 nacimiento, debería obstruirse naturalmente. La operación fue realizada por

 el equipo de cirugía cardiovascular pediátrica del hospital de El Cruce.

Nota. Adaptado de *Operación del bebé*, 6 de marzo de 2013, Página/12 (www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-215198-2013-03-06.html)



UNO Miércoles 16 de Noviembre de 20

Tema del Día Secciones La Provincia Policiales Ovación Show Suplementos Clasificados

Martes 05 de Marzo de 2013 ● País

Médicos operan exitosamente el corazón de un bebé prematuro

Este martes en la localidad bonaerense de Adrogué, se realizó una cirugía a un bebé de 730 gramos, en el marco del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas que depende del Ministerio de Salud de la Nación y por el que desde 2010 ya fueron operados más de 3.900 niños.

Nota. Adaptado de *Médicos operan exitosamente el corazón de un bebé prematuro*, 5 de marzo de 2013, UNO (<https://www.unoentferios.com.ar/pais/medicos-operan-exitosamente-el-corazon-un-bebe-prematuro-n903726.html#:~:text=Un%20ni%C3%B1o%20reci%C3%A9n%20nacido%20fue,la%20localidad%20bonaerense%20de%20Adrogu%C3%A9.&text=El%20reci%C3%A9n%20nacido%2C%20padece%20una,cierre%20espont%C3%A1neo%20del%20conducto%20arterioso>)



Nota. Adaptado de *Realizaron una exitosa cirugía reconstructiva en el Meléndez*, 20 de mayo de 2013, Clarín, Zonales, Almirante Brown (https://www.clarin.com/zonales/almirante-brown/realizaron-cirurgia-reconstructiva-hospital-melendez_0_S17ItJwWxZQ.html)



Nota. Adaptado de *Le reconstruyeron un mentón a un hombre en el Meléndez*, 18 de mayo de 2013, Diario InfoRegión (<http://www.inforegion.com.ar/noticia/38961/le-reconstruyeron-el-menton-a-un-hombre-en-el-melendez>)



Nota. Adaptado de *Jornada de prevención de enfermedades renales en el hospital Meléndez*, 19 de marzo de 2013, Noticias de Brown (<https://www.debrown.com.ar/jornada-de-prevencion-de-enfermedades-renales-en-el-melendez>)



Nota. Adaptado de *En el Día del Corazón, remarcan la importancia de prevención*, 29 de septiembre de 2013, Diario InfoRegión (<http://www.inforegion.com.ar/noticia/56637/en-el-dia-del-corazon-remarcan-la-importancia-de-la-prevencion>)

¿El rol del hospital, como fuente organizada, significó que las noticias fueran generadas desde el establecimiento y difundidas en los medios masivos de comunicación? De este modo, se logró publicar información positiva y difusión de los servicios prestados por el hospital, contribuyendo de esta forma a mejorar la imagen y consolidar la identidad, lograr un posicionamiento frente a los medios, mejorar la reputación institucional y convertirse en fuente de consulta para dichos medios.

Lo más significativo fue que la tarea de prensa funcionó como una carta de presentación de la tarea en materia de comunicación institucional dentro de la organización. De este modo, la exposición de los profesionales a través de los medios logró:

- predisposición de los profesionales,
- mejora del clima interno,
- mayor confianza en la relación con el responsable de comunicación y
- nuevas iniciativas para ejecutar estrategias de comunicación.

TRABAJO ASOCIADO EN EL BARRIO

Durante ocho años, desde la Secretaría de Salud del municipio de Almirante Brown se implementaron estrategias de comunicación sobre el trabajo en red que se desarrollaba entre los efectores de salud del primer y segundo nivel de atención, con distintas instituciones y organizaciones barriales. Los casos que describiremos se desarrollaron en las localidades de Rafael Calzada y Malvinas Argentinas.

El dengue ha sido una de las problemáticas con las que se trabajó de manera asociada con la comunidad para prevenir esta enfermedad. El problema más trascendental era la desinformación, los hábitos y costumbres de los barrios más carenciados.

A partir de la implementación de un modelo de comunicación para el cambio social, la estrategia se inició en función a las inquietudes y el diagnóstico que la propia comunidad definió, desde sus instituciones de referencia.

El diagnóstico estuvo basado en los relatos de los distintos actores. Para esto, se establecieron reuniones con representantes de cada institución que conformaban las redes de trabajo tanto en Rafael Calzada como en Malvinas Argentinas. El punto más importante para trabajar era la acumulación de chatarras en las casas y la creencia que cualquier mosquito era un dengue, según los testimonios que se fueron planteando en cada encuentro.

Por este motivo, se planteó difundir información sobre la enfermedad y las medidas preventivas. Pero considerando que era central trabajar sobre los hábitos y las costumbres de los vecinos y las vecinas, ya que se consideró que la posibilidad de recurrir a los medios masivos de comunicación, no iba a ser suficiente para que puedan modificar esas conductas definidas.



Se definió una estrategia de promoción e intervención: la tarea central estaría focalizada en el recorrido casa por casa para informar y asesorar a los vecinos y las vecinas sobre los cuidados que debían adoptarse para evitar los criaderos del mosquito *Aedes aegypti*.

Durante cada verano, se trabajó de manera articulada con las redes barriales. Los encuentros iniciales consistían en analizar la situación y las reuniones finales permitían analizar resultados, así como los obstáculos y nuevos desafíos.



Las redes generaron que las estrategias abordadas surjan desde una asociación e intercambio entre instituciones y personas, que se sumaron a la tarea por iniciativa propia, compartiendo esfuerzos, experiencias y conocimientos.

En materia comunicacional, fue esencial este abordaje desde la comunidad para cumplir con los objetivos planteados. Ante una problemática tan compleja, que debe intervenir sobre hábitos, costumbres y creencias de una comunidad, es imposible generar un impacto sobre esas conductas dependiendo exclusivamente de los medios masivos de comunicación, la acción comunitaria, la participación de los propios vecinos y el trabajo articulado entre las instituciones son los que permiten una mejora en la calidad de vida de esos barrios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAE Negocios* (9 de julio de 2020). Protestas en el Obelisco por la extensión de la cuarentena. <https://www.baenegocios.com/politica/Protestas-en-el-Obelisco-por-la-extension-de-la-cuarentena-20200709-0058.html>
- Clarín* (20 de mayo de 2013). Realizaron una exitosa cirugía reconstructiva en el Meléndez. Zonales, Almirante Brown. https://www.clarin.com/zonales/almirante-brown/realizaron-cirurgia-reconstructiva-hospital-melendez_0_S17ltJwWxZQ.html.
- Costa Sánchez, C. (2008). Medicina y salud en la prensa. Las noticias de salud en los principales diarios de Galicia. *Revista Latina de Comunicación Social*, 63, 15-21. http://www.revistalatinacs.org/_2008/03/Costa_Sanchez.html
- Diario As* (26 de mayo de 2020). Marchas anticuarentena: ¿por qué protestan y qué exigen los manifestantes? https://argentina.as.com/argentina/2020/05/26/tikitakas/1590500664_838484.html
- Diario InfoRegión* (29 de septiembre de 2013). En el Día del Corazón, remarcan la importancia de prevención. <http://www.inforegion.com.ar/noticia/56637/en-el-dia-del-corazon-remarcan-la-importancia-de-la-prevencion>
- (18 de mayo de 2013). Le reconstruyeron un mentón a un hombre en el Meléndez. <http://www.inforegion.com.ar/noticia/38961/le-reconstruyeron-el-menton-a-un-hombre-en-el-melendez>
- Diario Perfil* (6 de septiembre de 2020). Insólita “quema de barbijos” en el Obelisco. <https://www.perfil.com/noticias/actualidad/coronavirus-manifestantes-hicieron-una-quema-de-barbijos-en-el-obelisco.phtml>

- Diario Popular* (10 de diciembre de 2012). Denuncian muerte de embarazada con ACV por mala praxis. <https://www.diariopopular.com.ar/general/denuncian-muerte-embarazada-acv-mala-praxis-n140833>.
- Díaz Bordenave, J. (2007). *Guía de planificación participativa de Estrategias de Comunicación en Salud*. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- González Gartland, G. (2019). *Comunicación en salud: conceptos y herramientas*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- HPP (2001). *Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes*. Washington: OPS.
- Kaplún, M. (2002). *Una pedagogía de la comunicación (el comunicador popular)*. Habana: Editorial Caminos.
- Longa, J. (19 de octubre de 2016). *Nuevas maneras de conocimiento para mejorar la calidad de vida*. UNAJ. <https://www.unaj.edu.ar/entrevista-al-vice-rector-de-la-unaj-dr-arnaldo-medina/>
- Natta, P. y Pelosio, E. (2008). *Teoría(s) de la Comunicación*. Material producido en el marco de los proyectos del Área de Educación a Distancia. Córdoba: ECI- UNC.
- Noticias de Brown* (19 de marzo de 2013). Jornada de prevención de enfermedades renales en el hospital Meléndez. <https://www.debrown.com.ar/jornada-de-prevencion-de-enfermedades-renales-en-el-melendez/>
- Página/12* (6 de marzo de 2013). Operación del bebé. <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-215198-2013-03-06.html>.
- Richard, N. (2010). *En torno a los estudios culturales localidades, trayectorias y disputas*. Santiago de Chile: Colección ARCIS/CLACSO.
- Ríos Hernández, I. (2011). Comunicación en salud: conceptos y modelos teóricos. *Perspectivas de la comunicación*, 1(4), 123-140.
- Rovere, M. (1999). *Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
- Sagasti, R. (24 de septiembre de 2012). Cuando la violencia le gana a la salud. *La Nación*. <https://www.lanacion.com.ar/seguridad/cuando-la-violencia-le-gana-a-la-salud-nid1511168/>
- Twaites Rey, M. (2007). El Estado ampliado en el pensamiento gramsciano. En *Estado y marxismo. Un siglo y medio de debates*. Buenos Aires: Prometeo.
- UNAJ (7 de mayo de 2020). *Lazos solidarios en tiempos de pandemia*. <https://www.unaj.edu.ar/lazos-solidarios-en-tiempos-de-pandemia>

UNO (5 de marzo de 2013). Médicos operan exitosamente el corazón de un bebé prematuro. <https://www.unoentrerios.com.ar/pais/medicos-operan-exitosamente-el-corazon-un-bebe-prematuro-n903726.html#:~:text=Un%20ni%C3%B1o%20reci%C3%A9n%20nacido%20fue,la%20localidad%20bonaerense%20de%20Adrogu%C3%A9.&text=El%20reci%C3%A9n%20nacido%2C%20padec%C3%ADa%20una,cierre%20espont%C3%A1neo%20del%20conducto%20arterioso.>

Varela al Día (31 de julio de 2020). Siguen los operativos de rastreo en los barrios. <http://varelaaldia.com.ar/siguen-los-operativos-de-rastreo-en-los-barrios/>

Wolf, M. (1987). *La investigación de la comunicación de masas*. México: Ediciones Paidós.

CAPÍTULO 7

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y COMUNICACIÓN: TENSIONES, DEVENIRES Y GENEALOGÍAS



AUTORA: IANINA LOIS

INTRODUCCIÓN

Este texto tiene como objetivo poner en tensión y discusión los modos y modelos desde los cuales se desarrolla la comunicación en el marco de acciones y procesos de promoción de la salud. En este sentido, por un lado, se presentan brevemente los recorridos históricos de la promoción de la salud, y por otro, se abordan críticamente algunos de los enfoques y perspectivas de comunicación que se han desarrollado al respecto. También se aborda la dimensión pedagógica y educativa de estos procesos a partir de los aportes de pensadores latinoamericanos y pensadoras latinoamericanas. Hacia el final se realizan algunas observaciones sobre el cruce con otras categorías como la cultura, el poder, las políticas de salud, lo ideológico, entre otros.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: BREVE RECORRIDO HISTÓRICO

En todas las sociedades y culturas se han desarrollado prácticas y saberes en torno a conservar y mejorar la salud de las personas, como así también evitar enfermedades y dolencias. Asimismo, históricamente, podemos encontrar modos diversos de conceptualizar la salud y la enfermedad.

Desde fines del siglo XIX, en los países occidentales, aparece la cuestión social como forma de comprender y explicar la situación de salud de las poblaciones y grupos. De la mano de la medicina social, surge la vinculación entre la salud y las condiciones de vida de las personas, entre ellas, las condiciones laborales, ambientales, y la situación económica, familiar y educativa. Estudios como los de Virchow, Sigerist y Mc. Keown, en Inglaterra, ponen en evidencia la necesidad de incorporar a la salud todo lo que hace a las condiciones de vida de las personas. En estas investigaciones se muestra que, para mejorar los resultados de salud de una población, no solamente es necesario acceder a la consulta y atención médica, sino que hace falta generar adecuadas condiciones económicas, laborales, nutricionales, recreativas y educativas.

Ya en la segunda mitad del siglo pasado, surgen nuevos enfoques, propuestas y revisiones de conceptos de salud y enfermedad, posiblemente por influencia de la situación mundial de posguerra que puso en evidencia los fracasos de las acciones de salud pública para lograr mejores niveles de salud de las poblaciones más postergadas (Restrepo, 2001). Entre ellas toma protagonismo, la propuesta de la Atención Primaria en Salud (APS) impulsada por la OMS.

En esos años, en América del Norte, el Ministro de Salud de Canadá redacta, en 1974, un documento, conocido como el Informe Lalonde, que contiene un cuestionamiento de las políticas de salud de su país. En el texto advierte que los recursos en salud se orientan básicamente al sostenimiento de los servicios asistenciales y que prácticamente no había fondos dirigidos a resolver los condicionantes de las enfermedades más prevalentes de ese país. Marc Lalonde, divide el campo de la salud en cuatro componentes: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización del sistema de salud. Con esta categorización se inician los estudios y las intervenciones sobre lo que se llama “estilos de vida” (Cerqueira, 1995). Es una perspectiva que enfatiza cuestiones como el tabaquismo, alcoholismo, consumo problemático de estupefacientes y hábitos alimentarios desde una mirada individual. En este marco, la promoción de la salud apunta a la modificar aquellas conductas que se identifican como perjudiciales, riesgosas o problemáticas para la salud de una persona.

Este informe impulsa fuertemente el desarrollo de acciones de promoción de la salud. Sin embargo, su enfoque centrado en las conductas individuales sin considerar los contextos sociales, económicos y culturales donde las personas desarrollan sus vidas, genera numerosas críticas y respuestas. Investigadores e investigadoras de varios países consideran que al centrar el enfoque únicamente en el individuo no se observan las relaciones entre las enfermedades y las estructuras sociales (Laurell, 1981).

Más tarde, en la Declaración de Alma Ata de 1978 se van a incorporar los determinantes sociales de la salud. En este documento se considera a la justicia social, la equidad, la vivienda, el salario digno, la estabilidad y sustentabilidad de los recursos naturales como prerequisites para alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad. Como resultado de esta Declaración surgieron diferentes iniciativas para mejorar las condiciones de salud de las poblaciones más desfavorecidas.

En Alma Ata también se reconoce a la atención primaria como la estrategia central para que la asistencia sanitaria se ponga al servicio de la comunidad en su conjunto, dando lugar a su plena participación. En esta línea de pensamiento la promoción de la salud y la planificación estratégica se presentan como acciones complementarias y reforzadoras de la atención primaria de la salud.

En la década de 1980, aparece la declaración o Carta de Ottawa en una Conferencia Internacional de Promoción de la Salud organizada por la OMS y otras instituciones. Esta declaración cambia y amplía la aplicación de conceptos y prácticas en torno a la promoción de la salud. Allí se la define como “el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla” (OPS/OMS, 1986, p. 3). La Carta se apoya en un concepto de salud que abarca las necesidades humanas en forma integral y amplia, pero también insta a la implementación de estrategias como la participación y la acción política. Asimismo, destaca la importancia de la información y la comunicación de los grupos y las personas para contribuir a que puedan desarrollar su máximo potencial de salud (Restrepo, 2001).

En América Latina las preocupaciones y discursos a favor de la promoción de la salud se encuentran representadas en las corrientes de la medicina social y la epidemiología crítica. Estos movimientos han llamado la atención sobre las desigualdades en salud y acceso a los servicios sanitarios. Sus referentes investigaron la relación entre salud/enfermedad y la reproducción del control desigual sobre el capital y el poder. Asimismo, analizaron las consecuencias de las políticas neoliberales y de los programas de ajuste estructural en el sector salud y otros relacionados (Armada,

2002, Breilh, 1996, Laurell, 2000, Menéndez, 1981, Shaffer, 2005). Estos investigadores académicos e investigadoras académicas y profesionales mostraron cómo la clase social, el género y la raza/etnia no son solamente elementos que intervienen en los resultados de salud individual, sino que dan forma a desigualdades históricas y estructurales que configuran las posibilidades de acceso a la salud, en cuanto al derecho.

A partir de este breve recorrido, es posible observar diferencias conceptuales y prácticas en la forma de definir la promoción de la salud y llevar adelante acciones.

La Organización Panamericana de la Salud definió a la promoción de la salud como “el resultado de todas las acciones emprendidas por los diferentes sectores sociales para el desarrollo de mejores condiciones de salud personal y colectiva para toda la población, en el contexto de la vida cotidiana” (OPS, 2001, p. 15).

Por su parte, en un glosario elaborado por la oficina regional Europa de la OMS se afirma que:

la promoción de la salud implica trabajar con la gente, no sobre ella; empieza y acaba en la comunidad local; está encaminada hacia las causas de la salud, tanto hacia a inmediatas como a las subyacentes; evalúa tanto el interés por el individuo como por el medio ambiente; subraya las dimensiones positivas de la salud; y afecta y debería involucrar, por tanto, a todos los sectores de la sociedad y el medio ambiente. (Nutbeam, 1986, p. 23)

La investigadora brasilera Dina Czeresnia (2004), sostiene que la promoción de la salud:

se define tradicionalmente de manera más amplia que prevención, pues se refiere a medidas que ‘no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar generales’. Las estrategias de promoción enfatizan la transformación de las condiciones de vida y de trabajo que conforman la estructura subyacente a los problemas de salud, demandando un abordaje intersectorial. (p. 54)

En estas definiciones se observa que el concepto de promoción de la salud amplía el campo de intervención (Deguer y Trunzo, 2010). No es suficiente implementar acciones preventivas, ni conocer el funcionamiento de las enfermedades y encontrar

mecanismos para su control, sino que es necesario un abordaje de aquellas cuestiones que intervienen en los problemas de salud. En este marco, la promoción de la salud considera la influencia de las condiciones de vida de los grupos sociales en los procesos de salud-enfermedad, así como la importancia de que las comunidades reconozcan sus problemas y puedan desarrollar la capacidad para participar en la búsqueda de soluciones.

No obstante, estas tensiones entre miradas individualistas y sociales, entre un enfoque de la salud individual y uno de la salud colectiva, entre lo asistencial y lo integral, están presentes en el discurso de la promoción de la salud. Autores como Sergio Resende Carvalho (2008) sostienen que, paradójicamente, la promoción puede aliarse con el carácter progresista, democrático y humanitario de los nuevos movimientos sociales y, a su vez, justificar políticas socialmente conservadoras. Es decir que, en ocasiones, el uso y la apelación a las ideas de promoción de la salud consolidan enfoques que culpabilizan a las personas por su situación de salud, sin considerar las inequidades del sistema social, económico, laboral, educativo y en términos de relaciones de género, entre otros.

Afortunadamente, también es posible encontrar numerosas experiencias que implementan políticas públicas intersectoriales, multidisciplinarias y participativas que contribuyan con el acceso a la salud de las poblaciones. En estos enfoques, la participación social en salud resulta un elemento central. Es decir, se comprende que es necesario favorecer procesos por los cuales las comunidades puedan reconocer sus problemas, tomar decisiones y medidas para solucionarlos y evaluar las acciones llevadas adelante.

LA COMUNICACIÓN EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

En relación con la comunicación, podemos encontrar que en numerosas declaraciones y propuestas se considera que es una dimensión necesaria e indispensable para la promoción de la salud. No obstante, la apelación a la importancia de la comunicación se hace desde enfoques y perspectivas diferentes. No es similar en todos los ámbitos ni propuestas la forma en que se piensa a la comunicación en salud, como así tampoco la forma en que se ponen en práctica acciones comunicacionales que apuntan a la promoción de esta.

En este sentido, la comunicación puede abordarse de múltiples maneras. Por un lado, tiene que ver con la forma o el modelo desde el cual consideramos las relaciones entre las personas, los equipos y las organizaciones; la forma en que pensamos el intercambio de información, opiniones, sentimientos y creencias. Asimismo, incluye todo lo que hace a los valores y las maneras en que damos cuenta de nuestra realidad, del pasado y del futuro, de los relatos y las historias que construimos para poner en común las experiencias individuales y colectivas. Pero, por otro lado, la comunicación es una dimensión estratégica a la hora de planificar y gestionar proyectos y planes que tengan como objetivo la promoción de la salud.

Entonces, a la hora de planificar y gestionar acciones de comunicación que apunten a la promoción de la salud, no solamente es necesario definir cuáles son las herramientas más adecuadas para informar, interpelar, sensibilizar o llamar la atención de un cierto grupo de población, sino que es necesario reflexionar y analizar desde qué modelo o enfoque de la comunicación lo estamos haciendo. Esto implica que, además de considerar cómo se van a producir los mensajes, qué soportes y canales se van a preferir, precisamos conocer e introducirnos en los vínculos comunitarios, en las relaciones entre los servicios de salud y sus usuarios y usuarias, en los sentidos, y los imaginarios y significaciones presentes en la sociedad respecto al tema de salud que vamos a abordar.

En América Latina, desde el siglo pasado, se fue reconfigurando el papel de la comunicación en procesos de desarrollo de la política social y en el ámbito de la promoción de la salud. En los diferentes países se han llevado adelante experiencias de diverso tipo y alcance donde se observan modos distintos de entender la comunicación y la promoción de la salud (González Gartland, 2019, Pereira y Cardozo, 2004, Petracci y Waisbord, 2011). Históricamente, a grandes rasgos, pueden identificarse una serie de concepciones de la comunicación que fueron tomando corporeidad en el ámbito de la salud.

En primer lugar, a inicios del siglo XX predominan los modelos que trabajan desde la idea de mensajes y campañas publicitarias para persuadir a las personas de adoptar ciertos comportamientos y prácticas que desde los espacios de toma de decisiones se considera que les serían favorables su salud. Estos modelos entienden la transformación social en función de la adquisición de conocimientos y el cambio de actitudes y conductas a partir de programas de comunicación que no consideran relevante atender a la diversidad cultural o a las desigualdades sociales (Deguer y Trunzo, 2010).

Años más tarde, el modelo difusionista de la década de 1950 va a considerar a la comunicación como transmisión de información y contenidos para que los/las

receptores tengan mayor conocimiento acerca de los deberes y derechos como ciudadanos y ciudadanas. Esta perspectiva se centra en un esquema donde hay pocas fuentes que controlan, editan, diseñan y deciden los contenidos de la información para muchos y variados receptores. En este caso, la comunicación es valorada como una dimensión humana de interacción y necesaria para el cambio social, pero en el marco de los programas de salud se la entiende como instrumento que modifica prácticas, modos de ser y hacer, desconociendo singularidades y diferencias socioculturales.

En concordancia con lo que ocurre en otras disciplinas y con el surgimiento de movimientos sociales, políticos y culturales emancipadores en la región, en la década de 1970, aparece una mirada crítica a estos modelos y se realiza una revisión del sesgo individual y centrado en los contenidos y efectos. Estas iniciativas van a prestar mayor atención a los contextos sociales y culturales específicos de las poblaciones destinatarias de las acciones de promoción de la salud.

Si bien los modelos más difusionistas e informacionales de la comunicación en salud están vigentes y se sostienen con fuerza en ámbitos sanitarios muy diversos, en esos años, se configuran enfoques que entienden a la comunicación como un eje de los procesos de organización, participación y cambio social, ya que implica intercambios, establecimientos de acuerdos, de negociaciones y construcción colectiva del significado de la experiencia humana. Se considera que en la medida en que se construyan espacios de comunicación y se posibilite el desarrollo de las competencias dialógicas de las personas y grupos se generarán, aun en escenarios sociales desfavorables, injustos y opresivos, mayores posibilidades para la conformación de prácticas y espacios saludables en términos colectivos.

Desde estas miradas se parte del reconocimiento de las inequidades en salud (Breilh, 2003), entre ella la que hace a la comunicación en tanto derecho a la información necesaria para tomar decisiones en salud, como al derecho a participar de las políticas y procesos sanitarios. En este sentido, Charles Briggs (2005) sostiene que las inequidades en relación con la comunicación en salud no surgen solamente de un acceso desigual a las tecnologías de comunicación y al capital simbólico, sino de la forma (las representaciones, los imaginarios) en que las personas destinatarias de las políticas y los mensajes son consideradas en ese proceso. Agrega que la comunicación en el ámbito de la salud, muchas veces, es entendida como un proceso lineal y mecánico donde se postula un discurso unidireccional y se acusa a las poblaciones de menos recursos de haber fracasado en la incorporación de la información biomédica que se les ofreció.

Las personas no designadas como profesionales de la medicina o la salud pública suelen ser caracterizadas en los folletos de educación para la salud, particularmente en las escenas introductorias de éstos, como productores de un discurso y un comportamiento que encarnan la ignorancia y/o la resistencia [...] La trama pasa a la introducción del conocimiento biomédico bien a través de la entrada en escena del profesional de la salud o por la presentación descorporeizada de información autorizada sobre la enfermedad que incluye terminología médica. Para el final de la narración los personajes no profesionales han incorporado esta información en sus voces y en sus conducta. (Briggs, 2005, p. 105)

A partir de estas críticas, toman forma otros modelos que plantean la comunicación a partir de las nociones de interacción y red (Rizo García, 2006). Los grupos comunitarios, organizaciones e instituciones interactúan en contextos sociales, políticos, económicos y culturales específicos. El planteo es que de forma colectiva hay más posibilidades de aportar a la mejora de las condiciones de vida. En este marco, la comunicación como una dimensión dialógica, transversal y no solo como transmisión de información, implica ocuparse de las relaciones entre actores, del reconocimiento de sus capacidades y saberes, del estímulo a la reflexión, el diálogo y la participación (Cardoso, 2017, Cuberli, 2007 y Lois, 2009). Esta comunicación tiene en cuenta el contexto social y cultural en que se insertan las prácticas vinculadas con los procesos de salud-enfermedad-atención.

La pregunta sobre la comunicación no puede ser nunca un interrogante al margen de los contextos, los escenarios y los actores que la protagonizan. La comunicación es, ante todo y fundamentalmente, una práctica social de producción, intercambio y negociación de formas simbólicas. Como actividad humana es indisociable de los actores que la protagonizan y de los escenarios en los que se concreta [...] La comunicación puede ser leída también como un proceso de producción de conocimientos que se genera en el intercambio entre actores, pero además como la manifestación de la actividad política –entendida como acción de transformación– de los sujetos en la sociedad. (Uranga, 2013).

En este contexto, las perspectivas más cercanas a lo popular y lo comunitario afirman que es imposible desligar las acciones de comunicación que se desarrollan en torno a la promoción de la salud con las cuestiones de las relaciones de poder que las atraviesan. De hecho, la comunicación se produce en una cultura, en un espacio donde circulan diferentes manifestaciones y es imposible comprenderla por fuera de ella (Amati, Isella y Lois, 2014). Allí, la comunicación se presenta como un proceso social de producción de sentidos y significados; inserto en una cultura que es un campo de pugna por el significado de la vida, de la experiencia, del mundo y de las mismas nociones de salud y enfermedad, es donde se encuentran diferentes voces y miradas que entran en conflicto.

La comunicación es una práctica que se desarrolla en una situación específica y un momento histórico particular. No son los medios que utilizamos los que definen esas prácticas sino los mismos sujetos. Por lo cual, cuando hablamos de la comunicación, hablamos de una forma particular de relación social o de los modos de transmitir y recibir mensajes estableciendo un diálogo y asumiendo que, cuando hablamos de diálogo, hacemos referencia a la modificación, tanto de una o de otro de forma, no siempre armoniosa no consensuada.

La comunicación, como proceso social inmerso en una cultura, colabora en la construcción de nuestra subjetividad generando constantemente sentidos y significados. Así, es pertinente comprender a las prácticas comunicativas impulsadas para la promoción de la salud de un grupo de población como producidas en el escenario de una cultura, como un encuentro conflictivo construido por la pugna de las múltiples formas de ver el mundo que nos rodea. En este sentido, las representaciones sociales hegemónicas sobre la salud, la enfermedad, como así también el lugar de cada grupo en la estructura social, la posibilidad de transformar prácticas individuales y colectivas y también el rol del estado y de las organizaciones comunitarias, apelarán a diferentes formas del poder para hacer predominar ciertas visiones.

LA DIMENSIÓN PEDAGÓGICA

Otra cuestión importante para considerar es que la acción comunicativa tiene una dimensión pedagógica, más aún cuando se trabaja en torno a la promoción de la salud. Es decir, que aquello que se desarrolle en términos comunicacionales –una

campana en la vía pública o en redes sociales, un taller de sensibilización en la sala de espera o en alguna organización comunitaria, el material informativo para la prevención de alguna enfermedad, entre otras- también puede implicar un proceso educativo, de construcción de conocimientos e intercambio de saberes.

Así como a la hora de abordar la salud y la comunicación hay diferentes modelos y perspectivas, cuando se planifican espacios de formación y educación es posible encontrar diferentes miradas sobre los procesos de aprendizaje.

Autores latinoamericanos como Paulo Freire, Mario Kaplún o María Cristina Mata, sostienen que lo que llaman la “educación tradicional se basa en una idea de transmisión de conocimientos. En este modelo pedagógico, quien ocupa el rol de profesor/a es quién posee el conocimiento, *el o la que sabe*, y que acude a enseñar a quién *no sabe* o se considera *ignorante*. En esta forma de entender un proceso educativo, “el educador deposita conocimientos en la mente del educando. Se trata de ‘inculcar’ nociones, de introducirlas en la memoria del alumno, el que es visto como receptáculo y depositario de informaciones” (Kaplún, 1985, p. 21) .

Daniel Prieto Castillo (2000) define este tipo de enfoques como “difusión de mensajes” y lo hace corresponder con el modelo difusionista. Según el autor en este tipo de conceptualizaciones se simplifica la riqueza de toda experiencia comunicacional y también educativa.

Freire (1970) llama “educación bancaria” a este tipo de modelo educativo. Lo bancario tiene que ver, justamente, con la imagen de un proceso de aprendizaje donde quien ocupa el lugar de maestro o maestra, formadoro formadora o educador educadora, coloca un contenido o una información en las cabezas de quienes ocupan el rol de estudiantes o destinatarios y destinatarias de los espacios de formación. Esta idea presupone que las personas son compartimientos vacíos que reciben ese saber, ese contenido, como si fuera un recipiente vacío. En este modelo no hay intercambio de ideas, no debate o discuten los temas. Tampoco se consideran los saberes y conocimientos con los que ya cuentan quienes son destinatarios y destinatarias de estos espacios educativos.

Este modelo educativo, que no tiene en cuenta las ideas, imaginarios y marcos de sentido de los propios destinatarios del proceso pedagógico, puede relacionarse con los enfoques de consideran a la comunicación como mera transmisión de información. Es decir,

“donde hay un emisor que envía su mensaje a un receptor. El emisor es el educador que habla frente a un educando que debe escucharlo pasivamente. O es el comunicador

que ‘sabe’ emitiendo su mensaje (su artículo periodístico, su programa de radio, etc.) desde su propia visión, con sus propios contenidos, a un lector (u oyente o espectador) que ‘no sabe’ y al que no se le reconoce otro papel que el de receptor de la información. Su modo de comunicación es, pues, el monólogo” (Kaplún, 1985, p. 26).

Ante estos modelos, aparecen propuestas críticas que, en palabras del propio Freire (1970), sostienen que la educación es “praxis, reflexión y acción” de las personas sobre el mundo con el fin de transformarlo. Ya no se trata, por tanto, de una educación para informar, sino una que busca interpelar a las personas, acercarles información, conocimientos y saberes que, en relación con sus propias realidades, experiencias y contextos, les permitan transformar su realidad.

Paulo Freire propone una pedagogía para la liberación, expone su teoría y praxis sobre educación para el cambio social, donde el paradigma cambia para reemplazar la educación bancaria impuesta por el sistema por una educación que libere al oprimido, que lo haga reflexionar y actuar sobre su realidad. Se caracteriza por la construcción de herramientas que estimulen la reflexión sobre el mundo que nos toca vivir, incentivando la generación de conciencia crítica, en el camino del decir/hacer de los sujetos.

Estos autores y autoras, entre otros y otras, ven a la educación como un proceso permanente, en que el sujeto va descubriendo, elaborando, reinventando, haciendo suyo el conocimiento. Un proceso de acción-reflexión-acción que se hace desde la realidad y desde experiencia de los destinatarios y las destinatarias, desde su práctica social, en conjunto con los demás y las demás. Quien ocupa el rol de educador o formador o formadora genera un espacio pedagógico para que los contenidos a enseñar o informar se (re)creen o (re)construyan en un proceso de apropiación, análisis y reflexión. En la base de esta propuesta se encuentra la convicción de que, solo participando, involucrándose, investigando, haciéndose preguntas y buscando respuestas, problematizando y problematizándose, se llega al conocimiento.

Este enfoque pone el énfasis en el diálogo, en el intercambio, en la interacción de los participantes, sin que esto signifique prescindir de la información ni de la orientación o la planificación. En este sentido, y pensando en los procesos de promoción de la salud, Díaz Bordenave (1982) plantea que en cualquier sociedad es necesario que las personas adquieran conocimientos y capacidades específicas, que esto no presente una contradicción entre modelos. El autor sostiene que:

nada impide que se utilicen procedimientos de índole transmisora, siempre que los mismos sean empleados dentro de una orientación global problematizadora y participativa, mediante la cual el educando aprenda conocimientos y destrezas instrumentales, al mismo tiempo que conoce la realidad que lo rodea y desarrolla su conciencia crítica y su espíritu solidario mediante el diálogo, el debate y la participación en la acción transformadora. (Díaz Bordenave, 1982, p. 64)

Si observamos las experiencias actuales, vemos que estos enfoques suelen coexistir. En ese sentido, el campo de la planificación e intervención en relación con la comunicación en salud 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.

CUESTIONES PARA EL CIERRE

Tanto la promoción de la salud, como la comunicación y los procesos educativos pueden ser consideradas desde enfoques y perspectivas diferentes y hasta antagónicas. Como se ha señalado, en las prácticas cotidianas de comunicación en salud conviven de manera conflictiva diferentes modelos comunicacionales, en los cuales no solo cambia la forma de nombrar las tareas, los objetivos y las acciones, sino que responden a paradigmas diferentes acerca de cómo se piensan a las personas, a sus prácticas, a la relación con su propio cuerpo, con su comunidad, con la sociedad a la que pertenecen, con su historia y con las condiciones que estructuran sus contextos y sus ambientes.

A la hora de impulsar proyectos que aporten a la promoción de la salud, muchas veces las acciones comunicacionales se definen de manera centralizada, sin generar mecanismos para la escucha previa y posterior, situación que impide conocer los saberes y sentidos que circulan con relación al tema a comunicar en la población a quien se dirigen. Asimismo, son escasas las evaluaciones de impacto y de resultado de las acciones desarrolladas. Es decir, la forma en que se comunica en salud se encuentra atravesada por modelos ideológicos hegemónicos, donde el saber médico ocupa el lugar central. Es así, que las maneras de concebir y conceptualizar la salud

y la enfermedad, el rol de las personas, sus familias y la comunidad respecto a su salud, y el cambio de las prácticas sociales, serán coherentes con los marcos de sentido contenidos en las instituciones rectoras de la salud. En este sentido, a pesar de no ser un tema nuevo y que viene desde hace varias décadas, continuar reflexionando, discutiendo e intercambiando ideas sobre los modos en que se lleva adelante la comunicación en torno a la promoción de la salud es una cuestión que mantiene su vigencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amati, M., Isella, J. y Lois, I. (2014). *Comunicación popular, educativa, comunitaria*. Buenos Aires: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Ciencias. Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Briehl, J. (2003). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Briggs, C. (2005). “Perspectivas críticas de comunicación y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales”. *Antropología Social*, (014), 101-124.
- Cardoso, Nelson (2017). Pasado y presente de la comunicación comunitaria en Argentina y América Latina. *Taller de Comunicación Comunitaria*. Buenos Aires: FSOC/UBA.
- Cuberli, M. (2007). *Acerca de la Promoción de la salud y una perspectiva comunicacional como proceso social en el campo de la salud*. IV Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Carvalho, S. (2008). Promoción de la salud, empowerment y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva*. 4(3), 334-348.
- Cerqueira, M. (1995). Promoción de la Salud, evolución y nuevos rumbos. *Boletín de Oficina Sanitaria Panamericana*, 342-347.
- Czeresnia, D. (2004). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción en Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C., *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Díaz Bordenave, J. (1982). *América Latina necesita re-pensar la Tecnología Educativa*. Caracas, IICA.
- Deguer, C. y Trunzo, G. (2010). *Promoción de la Salud y Comunicación* [Documento elaborado para las Jornadas Nacionales de Comunicadores en Salud]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

- Freire, P. (1970). *Pedagogía del Oprimido*. Montevideo, Tierra Nueva.
- González Gartland, G. (2019). *Comunicación en salud: conceptos y herramientas*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Kaplún, M. (1985). *El comunicador popular*. Quito: Ciespal.
- Laurell, A. (1981). La salud enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales* N° 19.
- Lois, I. (2009). Comunicación Comunitaria y organizaciones sociales, un espacio para la construcción del otro. *Taller de Comunicación Comunitaria*. Buenos Aires: FSOC/UBA.
- Nutbeam, D. (1996). *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra: OMS.
- OMS (1986). La Carta de Ottawa. Ottawa: OMS - Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá - Asociación Canadiense de Salud Pública.
- OPS (2003). *Atención Primaria de Salud en las Américas. Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros*. [Doc. CD 44/9].
- OPS/OMS (1996). *Glosario de Promoción de la Salud en Promoción de la Salud: Una Antología* [Publicación Científica, (557), 384-85].
- Pereira, J. (2003). Comunicación, desarrollo y promoción de la salud: Enfoques, balances y desafíos. Centro para Programas de Comunicación. Tercer Congreso Nacional de Comunicación y Salud: Memoria. Cochabamba, UNFPA.
- Pereira, J. y Cardozo, M. (2004). Comunicación, desarrollo y promoción de la salud: enfoques, balances y desafíos. *Escribanía: comunicación, cultura, región*, Número 12, págs. 45-60.
- Prieto Castillo, D. (2000). *Comunicación, Universidad y Desarrollo*. Buenos Aires: Ediciones CICCUS-La Crujía.
- Petracci, M. y Waisbord, S. (2011). *Comunicación y salud en la Argentina*. Buenos Aires: La Crujía.
- Restrepo, H. E. (2001). Conceptos y Definiciones en *Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable* (p. 29). Editorial Panamericana.
- Restrepo, H y Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Sigerist, H. E. (1941). Medicine and human Welfare. *Journal of Public Health Policy*. 17(2), 1996.
- Uranga, W. (2013). Comunicación popular y universidad: para invitar a la reflexión sobre la intervención. *Revista Territorio*, Número 1.

ISBN 978-987-3679-63-6



9 789873 679636

