

# Alcances y límites de la comunicación y participación en la salud pública

## Una aproximación desde una campaña local en un hospital regional



Bruno Suárez\*

### Resumen

Si todo trabajo de investigación inicia con un interrogante, una motivación, la que fundó el presente proyecto tiene que ver con caracterizar la comunicación entre los actores de una campaña local en torno al COVID-19 reconociendo condiciones inhibidoras y facilitadoras de las modalidades participativas. Para ello, en este trabajo se realiza una aproximación desde una campaña local emitida por un hospital público regional ubicado en la ciudad de Villa Dolores (Córdoba-Argentina). Las observaciones y análisis realizados, permitieron advertir que, en términos generales, se evidencia una distancia significativa entre la participación anhelada y la concreción de prácticas consecuentes. En general, se desconoce a los pacientes en tanto sujetos con saberes, experiencias y habilidades susceptibles de tomarse y potenciarse, dado que no se facilitan condiciones para la participación plena de los consultantes, e involucramiento en las etapas de toma de decisiones, implementación y evaluación, quedando relegados al papel de receptores como meros depositarios de propuestas cerradas, sin que se fomenten procesos de diálogo, aprendizajes mutuos y apropiaciones activas. La de la salud es una problemática que afecta a todos los ciudadanos y que actualmente tiene una fuerte presencia en la

\* Bruno Suárez: Comunicador Social de la Universidad Nacional de Río Cuarto (UNRC), donde se desempeña como docente adscripto en la asignatura Introducción a la Psicología, de la carrera de Comunicación Social. Actualmente se encuentra en proceso de realización de la tesis donde sigue abordando los vínculos entre comunicación, salud y desarrollo. Correo electrónico: suarezbruno27@gmail.com.ar

agenda pública. Hoy ya no se duda de que la prevención y el diagnóstico precoz sean factores claves a la hora de edificar vidas saludables. Asimismo, no sobran los ejemplos donde la salud sea el horizonte del desarrollo y se proyecte en los diferentes niveles del Estado. Para trabajar en y desde la relación comunicación y salud, es indispensable una mirada que privilegie los vínculos entre los sujetos, y en las que las mediaciones –parafraseando a Martín Barbero– (en Uranga y Díaz 2011: 12) “devienen ámbitos de transición que se convierten en espacios de resignificación permanente”.

## Palabras clave

participación - campañas - salud

## Introducción<sup>1</sup>

La comunicación siempre está y ha estado presente en los procesos sanitarios. El desarrollo de la comunicación como campo de análisis e intervención en la salud pública tiene influencias de las concepciones predominantes. Las definiciones de salud han tenido modificaciones durante el siglo XX. Comúnmente se ha relacionado a la definición de salud con la siguiente acepción: ‘ausencia de dolor’. En más de una ocasión se suele escuchar la frase con respecto a la temática sanitaria: “Estoy bien, no me duele nada”.

No obstante, a mediados del siglo XX, hubo un cambio en las definiciones de salud, ya que se empezaron a tener otras dimensiones atendiendo a un enfoque integral. Desde la primera definición que la abordaba como la ‘ausencia de enfermedades’, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la modificó de la siguiente manera: “el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”.<sup>2</sup> Otra variante en esta conceptualización sucede en el año 1992 cuando se incorpora el equilibrio con la naturaleza. Esta definición, fundamentada en lineamientos bio-psico-sociales, no dejó de traer modificaciones significativas en los abordajes comunicativos de salud.

La salud, en su dimensión ciudadana, implica entenderla como una responsabilidad. Visto así, depende de lo que cada persona pueda hacer por sí misma, es decir, cuál es su estilo de vida. Además, se proclama desde los distintos estamentos gubernamentales que se trata de una construcción social y conjunta. Esto se traduce en el campo de acción cuando los usuarios pueden devenir más “activos” y protagonistas de las decisiones/acciones referidas a su propia salud. Se trata de pensar que la propia salud pueda gestionarse desde una visión participativa y comunitaria.

1 Agradecemos las contribuciones y sugerencias de las/os evaluadoras/es anónimas/os del artículo que enriquecieron las reflexiones en el trabajo.

2 Organización Mundial de la Salud (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>

Es central también, en la dimensión ciudadana de la salud, comprender la postura que se trata de un derecho humano fundamental. Esto depende de los apoyos que pueda encontrar en sus relaciones más próximas, de los servicios a que accede a su comunidad y especialmente de las políticas de Estado. Que se trate de un derecho inalienable implica, como afirman Gálvez e Irazola (citado en Dumrauf, 2012), también contar con un trabajo digno y gratificante, una alimentación y viviendas adecuadas, recreación, esparcimiento, acceso a la información, participación colectiva, educación, afectividad y vida social.

La salud es así, un componente esencial del desarrollo, en tanto estar sano es parte esencial del bienestar y la calidad de vida de los sujetos. ¿Pero qué impactos tuvo la pandemia del COVID-19 durante el 2020 en la participación social de la salud? ¿Qué aportes teóricos nos puede brindar el campo de la salud y de la comunicación para problematizar los alcances y límites de modalidades participativas? ¿Cómo se desplegaron las acciones comunicacionales en un momento creciente de casos de COVID-19 en una ciudad de Córdoba? ¿Fueron las dudas y el contexto de los pacientes –usuarios– factores que se tuvieron en cuenta en la emisión de acciones comunicacionales en un hospital regional?

## Problema real

Antes de hacer eje en el abordaje situacional, se entiende que la de la salud es una problemática que afecta a todos los ciudadanos y que actualmente tiene una fuerte presencia en la agenda pública. Hoy ya no se duda de que la prevención y el diagnóstico precoz sean factores claves a la hora de edificar vidas saludables. Es allí donde la comunicación juega un papel trascendental con vistas a que los individuos adopten hábitos y comportamientos de mayor cuidado.

Asimismo, no sobran los ejemplos donde la salud sea el horizonte del desarrollo y se proyecte en los diferentes niveles del Estado. Según las cifras oficiales consultadas en un medio provincial,<sup>3</sup> en Córdoba, el gobierno destinó a la salud pública, durante el 2019, una proporción del 7,8 por ciento del total de recursos del Estado provincial, el más bajo registrado en la última década, que significa \$19.836,4 para un extenso territorio con más de tres millones de habitantes. Durante el año 2020, y a consecuencia de un suceso inédito como la pandemia del COVID-19, el ajuste sostenido en el presupuesto sanitario se tomó una pausa. Esto se debió a la reasignación de recursos, como fue el fondo de emergencia (1.200 millones de pesos) y a buscar el incremento de los recursos humanos en los hospitales.

Como lo explican Montoya y Willington (1999), el subsistema de salud pública ha tendido a una progresiva descentralización que se aceleró en la década de los noventa; y por este motivo, si bien las leyes son de orden federal, las políticas son aplicadas en el ámbito provincial. Para Stolkiner (2006), la combinación entre el federalismo y la descentralización de los años noventa obstaculizó la aplicación de políticas públicas uniformes que garantizaran derechos similares al conjunto de la población.

<sup>3</sup> Recuperado de <http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/presupuesto-en-salud-coronavirus-freno-ajuste> Consulta: 08/02/2021.

Es decir, en el marco de las campañas de comunicación, y especialmente de atención primaria de la salud, se presentan asimetrías en el acceso a los recursos materiales, relacionales y simbólicos. Por ejemplo, la diferencia de recursos que puede existir entre los grandes centros urbanos y localidades pequeñas o del interior de la provincia de Córdoba, como el caso de Villa Dolores.

Durante el XIII Congreso Argentino de Salud,<sup>4</sup> la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas sostuvo que el 65% de la tecnología médica (aparatos de diagnóstico, medicinas nuclear, tomógrafos, resonadores, ecógrafos) se concentran en un radio de 60 kilómetros del centro de la Capital Federal. Lo que demuestra, de modo claro, el modelo centralista que también se repite en estos temas.

La cuestión de la salud, entonces, implica dimensiones económicas, políticas, culturales, sociales y territoriales. Al ser una problemática global y local, se hace necesario el análisis desde múltiples perspectivas que permitan abordar la complejidad de la temática. En este apartado son esclarecedoras las perspectivas conceptuales en torno al desarrollo por su potencia teórica. Como lo afirma Alfaro (1993), la comunicación está ligada directamente al desarrollo, no solo como aporte auxiliar y metodológico, sino como objeto mismo de transformación de la sociedad y de los sujetos que la componen. Es decir que toda concepción del desarrollo supone otra mirada comunicativa.

Si lo local es el punto de llegada y de inicio para interactuar con otras dimensiones, hay una convivencia puesta en práctica, intrincadas redes de relaciones que juegan en el territorio. Alfaro (1995) explica que el acceso al desarrollo se mide por el entorno que circunda al espacio de vida, lo que se emparenta con el derecho a la salud.

Como lo explica Massoni (2008), el concepto de desarrollo se refiere necesariamente a un proyecto de transformación, por lo que cualquier institución que sostenga cierta idea de desarrollo posee además esbozos acerca de qué cambios quiere producir y con qué finalidad. Si se habla del desarrollo como intervención “no solo deberíamos observar la naturaleza en vivo sino que también deberíamos tocarle la cola al león, esto es, manipular nuestro mundo para aprender sus secretos” (Hacking, en Cimadevilla, 2005: 113).

Las campañas de comunicación constituyen una modalidad de intervención muy utilizada en el marco de los ministerios nacionales, provinciales e instituciones públicas rectoras de temas en salud. Históricamente, en líneas generales, el enfoque sanitario, ha entendido a los receptores como beneficiarios pasivos, por ende, no participantes en las etapas de planificación, dejando de lado, los conocimientos propios del terreno.

Rice y Atkin (1989) definen a las campañas como aquellos intentos con el objetivo de informar, persuadir o motivar cambios en una audiencia relativamente importante, generalmente no comercial, dentro de un periodo determinado, por medio de actividades de comunicación. Dicha concepción se complementa con lo que plantea Bordenave (1992), quien sugiere que toda campaña consiste en un

---

<sup>4</sup> Recuperado de <http://www.visitadoresmedicos.com/el-gasto-salud-en-argentina.html>

proceso integrado y concentrado de información y persuasión dirigida deliberadamente a conseguir que un determinado segmento de la población adopte ciertas ideas, productos o comportamientos que los organizadores de la campaña consideraban deseables.

## Estudio de caso

El abordaje empírico se sitúa en Villa Dolores que es una ciudad de 45.000 habitantes, ubicada al oeste de la provincia Córdoba –Argentina– que no presentaba casos de infectados por coronavirus hasta el 15 de junio de 2020, cuando surgió el primer caso. Dado que hubo un cambio repentino de lo que se viene denominando “zona blanca” a “zona roja”, se detectó que la ausencia de un anuncio temprano o ciertos mensajes que sirvieran para anticipar el escenario negativo provocaron una violenta transición a la siguiente etapa de la crisis, coincidente con un aumento presuroso de contagios, lo que generó temor en la población. A una semana de la aparición del primer caso en el Valle de Traslasierra, se registraron 32 casos positivos, y en pueblos vecinos como Yacanto, San Javier y La Paz.

Al hablar de “coronavirus”, se lo vincula al término epidemiológico de pandemia. Dicho concepto, desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), se lo define como “la propagación mundial de una nueva enfermedad donde la mayoría de las personas no tienen inmunidad”. La última vez que la OMS declaró la categoría de pandemia fue en el año 2009, debido al brote de gripe A H1N1, primeramente conocida como gripe porcina y luego rebautizada. Este tipo de influenza fue identificado por primera vez en Estados Unidos y se propagó rápidamente por el mundo. En agosto de 2010 se anunció su fin. Y en Argentina hubo 626 muertos.

Villa Dolores es la principal urbanización del departamento San Javier, y es además el centro económico, social y cultural más importante del Valle de Traslasierra. De acuerdo a los datos del INDEC, en 2010, dicho territorio cuenta con 53.520 habitantes. Y el departamento, a su vez, se divide en 5 pedanías: Dolores, Luyaba, Rosas, San Javier y Talas. De lo que puede deducirse, que presenta una población con características socioeconómicas y culturales muy diferentes.

Es así que en Traslasierra habita un entramado de grupos y colectividades diversos, que tienen concepciones diversas sobre la salud y enfermedad, sobre el cuidado y la recuperación de la salud, que configuran la cosmovisión de las comunidades (Albó, 2004), y que sobre estos elementos se conjugan creencias, métodos y conocimientos para abordar el problema de la salud y la enfermedad. En ese escenario, se presenta la promoción de la salud del equipo de gestión del hospital de Villa Dolores.

Con respecto a la promoción de la salud, promoción es un vocablo con origen en el latín *promotio* que describe al acto y consecuencia de promover. Es la iniciativa para concretar algo. El concepto de la promoción de la salud está asociado a todas aquellas actividades que se realizan para mejorar el estado de salud de los seres humanos. Apunta a la formación de los individuos para incrementar el control sobre su propio organismo y sobre su comunidad.

El hospital de la ciudad de Villa Dolores es el centro de la promoción de la salud que emite acciones comunicacionales preventivas en torno al coronavirus en todo el Valle de Traslasierra. En esos momentos y espacios de comunicación, participan los trabajadores de la salud, funcionarios públicos de la provincia y del municipio.

Las instituciones sanitarias realizan una labor en los tres niveles que se conocen como atención primaria, secundaria y terciaria de la salud. Resulta oportuno para nuestro trabajo, el nivel terciario que alude a las “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, citado en Vignolo, 2011: 12), o en su defecto “disminuir la incidencia de la enfermedad”, como explica Vignolo (2011).

Como sostiene Eduardo Vizer:

Toda forma de organización social instituye, y a su vez es instituida por estos procesos de construcción de sentido por medio de la comunicación (cultura), ya sea a través de conductas explícitas, rituales, ceremonias, gestos y estilos comunicativos ya sean religiones, empresas, partidos políticos, etc. Se crean y recrean modelos culturales e identidades sociales reconocibles, se crean sistemas y códigos de diferenciación y reconocimiento social (2006: 97).

Así abordado, podemos considerar al Hospital de Villa Dolores como organizador de un modelo cultural, que constriñe formas de entender al cuerpo, a la enfermedad y su tratamiento, al sujeto y la relación con el entorno.

Desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se explica que se

Debe informar a las personas cuando se reporten casos importados, luego si hay transmisión secundaria (casos de contactos locales a partir del caso importado), o después si llega a haber transmisión en la comunidad (casos locales sin vinculación a viajeros), o también brotes y finalmente una posible transmisión generalizada/sostenida.

De esa manera, los ciudadanos podrán reconocer cual es el riesgo para ellas en cada etapa, eludiendo subestimar o sobrevalorar cada situación.

En un primer momento, se definió el *problema real* como la ausencia de mensajes que describieran la situación con respecto al avance de la enfermedad en la ciudad. La comunidad se enfrentó a un momento de temor ocasionado por un brote repentino de contagios y sin mensajes que relaten los procesos decisorios de los equipos de gestión.

## Situación organizacional y comunicacional objeto de la intervención

El Hospital Regional de Villa Dolores es el centro de la promoción de la salud que genera acciones comunicacionales preventivas en torno a la lactancia materno-infantil en todo el Valle de Traslasierra. Se encuentra ubicado al oeste de la provincia de Córdoba, sobre la Avenida Manuel Belgrano al 1800 de dicha ciudad. Brinda cobertura aproximada a 100.000 habitantes de las provincias de Córdoba, San Luis y La Rioja. Su *razón de ser* es el acceso equitativo a la salud por parte de habitantes residentes de un extenso territorio interprovincial. Su área de cobertura comprende parte de las provincias de Córdoba (departamentos San Javier, San Alberto y Pocho); San Luis (departamentos Ayacucho y Junín); La Rioja (departamentos San Martín y General Ocampo). Y en tanto hospital estatal, posee las características propias de una organización pública y burocrática.

Cabe afirmar que Villa Dolores es la principal urbanización del departamento San Javier, y es además el centro económico, social y cultural más importante del Valle de Traslasierra. De acuerdo a los datos del INDEC, en 2010, dicho territorio cuenta con 53.520 habitantes. Y el departamento, a su vez, se divide en 5 pedanías: Dolores, Luyaba, Rosas, San Javier y Talas. De lo que puede deducirse que presenta una población de destinatarios con características socioeconómicas y culturales muy diferentes. Es así que se sitúa en un entramado de grupos y colectividades diversos, que tienen concepciones diversas sobre la salud y la enfermedad, sobre el cuidado y la recuperación de la salud, que configuran la cosmovisión de las comunidades (Albó, 2004), y que sobre estos elementos se conjugan creencias, métodos y conocimientos para abordar el problema de la salud y la enfermedad.

“El público usuario de los servicios del hospital es predominantemente clase media y media-baja”, comenta la trabajadora social de la institución.<sup>5</sup>

Suelen venir pacientes mutualizados que luego acuerdan para seguir tratamientos en las clínicas del centro, ya que es común que los médicos atiendan por la parte pública y privada. Pero la gran mayoría de aquí se va con todos los estudios.

Ese aporte agrega la profesional. Y en general, se trata de personas que cuentan con nivel educativo bajo, en su mayoría, primario o secundario incompleto; no cuentan con empleo formal y otra característica es que no contaban con ningún tipo de cobertura social ni tampoco medicina prepaga (Suárez, 2019).

<sup>5</sup> Entrevista realizada a la trabajadora social de la institución, en el marco de la práctica profesional Prácticas Profesionales en Comunicación Institucional oportunamente realizada y aprobada satisfactoriamente en 2019 por quien suscribe.

## Problemática

Según Churchil (2000: 125), las crisis en salud pública son: “eventos no planeados, que implican una amenaza real, percibida o posible contra el bienestar de la sociedad (o algún segmento), el ambiente o una agencia de salud afectada”. En este contexto de crisis sanitaria, es importante aclarar que toda organización emite siempre, lo sepan o no, lo quieran o no, y lo hacen no solo a través de mensajes verbales o visuales sino por medio de gestos, objetos y espacios. El hecho de estar inserto en una cultura hace a cada emisor un actor de la misma.

La percepción de esa amenaza (coronavirus) es un factor de gran importancia. No se alude a lo mismo con el riesgo objetivo, que el percibido. Además, dicha percepción se intensifica ya que el tipo de riesgo para la salud de la población sí presenta los siguientes aspectos (Sandman, 2012):

- es involuntario más que voluntario;
- se reparte de forma desigual entre la población;
- no se puede impedir, aunque se tomen las precauciones necesarias;
- procede de fuentes no familiares o novedosas;
- causa un daño irreversible y oculto;
- supone peligro para los niños o mujeres embarazadas o para las futuras generaciones;
- daña a personas conocidas más que a víctimas anónimas;
- es desconocido desde el punto de vista científico o incluso si es protagonista de afirmaciones contradictorias procedentes de fuentes responsables (o incluso peor, desde la misma fuente);
- causa la muerte.

Con las características del escenario actual, la emisión de mensajes resulta imprescindible para que la sociedad, en su conjunto, comprenda y contribuya con las medidas adoptadas. Dado que todo mensaje es capaz de significar algo a alguien, adquiere una función de “referencialidad” en tanto “comprende todo ser, objeto, situación o idea, sean reales o imaginarias”. La referencialidad, podemos decir en otras palabras, es el grado de claridad del mensaje. Así podemos hablar de distorsión referencial, cuando un mensaje consiste en una versión destinada a falsear el tema o problema al que alude. También podemos hablar de parcialización referencial cuando el mensaje presenta algunos elementos como si ellos constituyeran todo lo que puede decirse del objeto o problema en cuestión. Hablamos de baja referencialidad cuando el mensaje solo ofrece algunos datos superficiales del objeto o problema. Por último, hablamos de alta referencialidad cuando un mensaje intenta ofrecer una versión lo más cercana posible a las conexiones esenciales, a la explicación de un objeto o un problema.

Además de llegar a una proporción suficientemente amplia de la audiencia deseada, los mensajes deben ser el producto de las necesidades de los sujetos (Rice y Atkin, 1996). Y ello puede facilitar o



dificultar el entendimiento del mensaje, lo que va en línea o en detrimento de los objetivos de comunicación/educación buscados por los equipos estratégicos de salud.

Desde la OPS (2020), se recomienda el acercamiento con la comunidad como una clave para mejorar los mensajes. En ese sentido, recomienda que se puede “evaluar la percepción del público mediante encuestas, servicios de consulta telefónica o a través de las redes sociales y averiguar las creencias de la comunidad e incluirla en sus mensajes y acciones”.

## Problema profesional

Alineados con la mirada de Anunziata y Godio (2007), quienes consideran que la comunicación para la salud no solo tiene que ver con el uso de un medio o herramienta de comunicación, sino con un proceso de información y motivación planeado, el cual puede ser adaptable, tanto en términos de sus actores, complejidad, duración, recursos económicos y capacidad instalada que requiere. En este marco, la comunicación favorece y promueve la circulación e instalación de algunos valores, creencias y opiniones, a la vez que permite visibilizar los temas y problemas sanitarios más urgentes. Visto así, la planificación de cualquier campaña de salud requiere de una propuesta comunicacional como instrumento para su implementación.

En ese sentido, Gartland explica (2019: 15), “los emisores despliegan algunas competencias que confieren cierto sentido, mientras que los receptores a su vez también le atribuyen sentido. Esto nos permite afirmar que no son meros destinatarios vacíos que reaccionan ante la intención de los primeros”. En esa misma línea de pensamiento Uranga (2007: 3) explica que

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

Comúnmente se ha reducido –y aún se hace– la comunicación a un mero acto de difundir información, pero claro está aquí que encierra un proceso más complejo. En ese sentido, Verón y Sigal plantean que

Un discurso, producido por un emisor determinado en una situación determinada, no produce jamás un efecto solo y uno solo. Un discurso genera al ser producido en un contexto social dado, lo que podemos llamar un campo de efectos de sentido posibles (2003: 14).

Machup (citado en Brandolini y otros, 2009) explica que el acto de informar es la actividad por la cual se transmite conocimiento. Pero para “que el proceso comunicativo exista y no sea meramente un proceso informativo debe existir una reinterpretación del mensaje emitido por parte del receptor, fruto de sus vivencias y experiencias previas” (2009: 49). En esa misma línea de pensamiento, Gumucio (2002) expresa que hoy es necesaria una comunicación para la salud que esté basada en el diálogo y que facilite la participación. Este supuesto propone que aquellos afectados por las decisiones deben estar involucrados en la toma de estas. Lo que se postula, desde nuestra perspectiva, es que la relación asimétrica en el vínculo médico-paciente está íntimamente relacionada a la participación subordinada y pasiva en las campañas que se da luego. Saforcada (2013: 212) lo explica desde el concepto de *barre-ra psicosociocultural* que la define de la siguiente manera:

un fenómeno que resulta de la estructuración, en un espacio intersubjetivo virtual, de los efectos de las reacciones afectivo-emocionales negativas producto de los comportamientos interaccionales de las personas que integran el componente formal de los sistemas de servicios de salud (personal de hospitales, centros periféricos, etc.) y las personas que constituyen el componente informal de estos servicios (las poblaciones que acuden a estas instituciones en busca de respuestas a sus problemas de salud, percibidos como tales por ellas misma).

Hay una faceta intercultural de la salud que demuestra su ligazón con los procesos culturales. En búsqueda de una mirada de la comunicación comunitaria y popular que nos permita leer la densidad de esa dimensión, consideramos relevante la perspectiva de Lois (2019) y Mata (2011), quienes sostienen que en las experiencias alternativas son una manifestación de proyectos emancipatorios, de cambio social y liberación de aquellos sectores que sufren cualquier tipo de dominación. Mientras, como explica Lois (2019), más allá de sus diferentes orígenes y perspectivas, el campo de la comunicación comunitaria constituye uno de los modos en que distintos colectivos, instituciones y movimientos desarrollan prácticas para transformar las lógicas del poder, que son también las lógicas de la comunicación hegemónica. Cecilia Peruzzo (citado en Mesquita y Paz 2019: 153) detalla que: “contribuye a formar ciudadanos capaces de comprender el mundo y organizarse para transformarlo”.

Desde ese marco conceptual, nos propusimos trabajar en el análisis de los mensajes institucionales que se despliegan desde el Hospital Regional de Villa Dolores para la comunidad de destinatarios. La OMS reconoce que

Una comunidad empoderada es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos para abordar la prioridad sanitaria; mediante la participación, los individuos adquieren una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud de su comunidad.

Desde nuestra formación profesional –como acto político–, sería oportuno brindar problematizar en torno a la participación en el campo sanitario en un contexto como el actual, ya que como lo plantea la OMS, “todas las crisis de salud son también crisis de comunicación”.

## La participación comunitaria en Atención primaria de la salud

La idea de trabajar con la comunidad, por parte de la institución, es un discurso cierto que se actualiza en la puesta en práctica. Resulta relevante la advertencia de Carniglia (2013), quien sostiene que una de las fuentes de la incomodidad del concepto de participación, radica en que sus enunciaciones, en una u otra posición, entrañan vínculos con las distintas ideologías políticas asociadas al cambio social.

A pesar de la preponderancia de la participación, esta cuestión se enfrenta, como explican Servaes y Malikhao (2012), al obstáculo fundamental que es ser una amenaza para las jerarquías existentes.

Sin embargo, la participación no implica que especialistas del desarrollo, planificadores y dirigentes institucionales ya no tengan ningún papel. Sólo significa que los puntos de vista de los grupos locales del público son tomados en cuenta antes de que los recursos de los proyectos de desarrollo sean designados y distribuidos (2012: 82).

O como explica White (citado en Carniglia 2013) al considerar que la idea del “poder para la gente”, al menos implícita en el “tomar parte” que propicia la participación, instala una amenaza para toda estructura de poder jerárquico establecida en los procesos del desarrollo. Por ejemplo, en el caso de las campañas, observamos que los trabajadores de la salud responsables definen de manera unilateral la relación problema/solución y se apela a formas “clásicas” de comunicación, como uso de publicaciones escritas y charlas o conferencias a cargo de especialistas, no pudiendo visualizar otras alternativas más participativas y dialógicas, asumiéndose implícitamente que la sola transferencia de información propiciaría los cambios anhelados.

El debate sobre la participación, además de ser una cuestión teórica, también implica una lectura de tipo política. En ese mismo sentido, Carniglia (2013) sugiere que resultaría al menos paradójico en el plano de la teoría sobre el cambio social e impropio en la dimensión práctica del desarrollo eludir la condición política. Esto alude a las decisiones de los actores y las actuaciones en consecuencia. Es decir, hace hincapié en el qué, el cómo y el porqué de sus vidas. Junto a su carácter inacabado, se retoma aquí su potencia teórica. Y al manifestarse una tensión permanente dentro de los contextos institucionalizados, la posibilidad de germinar nuevas representaciones y modos de nombrar(se) a sus prácticas y relaciones novedosas.

## Metodología

Para obtener datos y completar una matriz de análisis, la intención fue realizar entrevistas abiertas y semiestructuradas a dos grupos. Por un lado, a trabajadores de la institución, tales como médicos y enfermeros (4 entrevistas) que resulten pertinentes a nuestro trabajo. Y, por otro lado, también consideramos provechoso realizar entrevistas semiestructuradas a los usuarios (20 entrevistas), que formarían parte de la comunidad “receptora” (destinatarios) para conocer las percepciones en torno a los mensajes institucionales del Hospital Regional.

El instrumento consistió en una guía de preguntas previamente definidas según ejes analíticos. Todo el diálogo quedó documentado de manera digital para su posterior procedimiento. Si bien como técnica la entrevista presenta numerosas ventajas, tales como riqueza informativa, flexibilidad, y accesibilidad a información difícil de observar, también cuenta con desventajas tales como la carencia de las ventajas de la interacción grupal (Valles, 1999).

En este contexto de cuarentena, la única opción para la realización de las entrevistas fue de manera virtual. Antes se tuvo que contactar con cada entrevistado para acordar hora/día del encuentro virtual. Se usó la plataforma meet y videollamadas mediante conexión WhatsApp.

## Matriz de datos

Pensamos en una serie de variables para monitorizar los mensajes. Tendremos en cuenta si el mensaje desplegado por la institución es

- Referencialidad: usa palabras de la jerga médica.
- Brinda información: relevante, compacto.
- Adecuado: al lenguaje, y características culturales de los destinatarios.
- Periodicidad: diario, semanal y quincenal.
- Utilidad para los destinatarios: les sirvió para tomar medidas preventivas.
- Disponibilidad.
- Da indicaciones: de protección personal.
- Inclusivo: del destinatario, evaluaciones.

Tabla 1. Resultados del relevamiento de las acciones comunicacionales.

MEDIOS	Carteles	Redes sociales	Folletos	Radio	Televisión	Comentarios
¿Qué tipo de información recibió?	Número de casos	Número de casos	Nulo -no hubo-	Comentarios en general de la situación en torno al brote	Escasos. No fueron significativos	Se observan comentarios en torno a la falta de evaluaciones
¿Usan palabras fáciles de entender?	No	En algunos casos	No	Si	A veces	Se pasan por alto palabras propias de colectivos que en la jerga médica no se incluye
¿Le brindó información útil?	No	No	No	A veces	No	Llama la atención que hubo lentitud y falta de coherencia
¿Con que periodicidad uso este medio?	Varias veces	Varias veces	Nunca	Siempre	Pocas veces	Escaso Trabajo en terreno
¿Sobre qué temas necesita información?	Estado general de los pacientes	Nutrición	Vacunas	Lugares de atención	Prevención / Tratamiento	Se hizo eje en las vacunas (cuál era mejor; si tenían secuelas)

Fuente: elaboración propia.

## **Análisis de algunas dimensiones relevantes**

El relevamiento general que se realizó nos permitió identificar las siguientes *campañas de prevención* realizadas en el Hospital en los últimos meses del 2020 para luego concentrarnos en torno a las acciones sobre COVID-19:

1. “Cómo evitar el Dengue, Zika y Chikungunya” (con sus síntomas y prevención de las picaduras).
2. “Paludismo” (postulando que Argentina es un país libre de dicha enfermedad).
3. Día Internacional de las Personas con Discapacidad (3 de diciembre).
4. “Por una Argentina sin Chagas” (síntomas e información sobre enfermedades vectoriales, análisis gratuitos, y diagnósticos).
5. Día Internacional del Trasplante (27 de febrero).
6. “¿Quiénes deben vacunarse y quienes no contra la Fiebre Amarilla?”
7. “Chau Polio” (se reemplazará la vacuna Sabin Oral Trivalente, por la Sabin Oral bivalente y se incorporará la vacuna inyectable Salk, que es trivalente).
8. “Actividad física y salud infantil”.
9. “Violencia de Genero”.
10. “Detección de Cáncer de Cuello de Útero”.
11. “Programa de adolescencia”.
12. “Programa de Salud Sexual y Reproductiva”.
13. “Diversidad Sexual”.
14. “Paternidad Responsable”.
15. Día Mundial de Lucha contra el SIDA (1 de diciembre).
16. “Uso de preservativo”.
17. “Formación de grupos en Pre-Parto”.
18. “Consumo responsable de alcohol”.
19. Día Mundial de la Osteoporosis (20 de octubre).
20. “Suicidio adolescente”.

21. “Prevención de las hepatitis B-C”.
22. “Alimentación Saludable”.
23. “Cuidémonos en invierno” (consejos para prevenir las enfermedades invernales).
24. Día Mundial del Glaucoma (12 de marzo).
25. Día Mundial del Alzheimer (21 de septiembre).
26. “Anticonceptivos gratis” (información sobre el acceso a métodos anticonceptivos gratuitos en el hospital).
27. “Cuidados en el verano” (recomendaciones en casos de tormentas eléctricas veraniegas).
28. Día Mundial del Parkinson (11 de abril).
29. Día Mundial de la Hepatitis (28 de julio).
30. Día Mundial de la Salud Mental (10 de octubre).
31. “Campaña Nacional de Vacunación de Sarampión y Rubéola”.
32. “Lavado de manos” (con recomendaciones para el lavado correcto de las manos de los niños).
33. Mensajes de prevención en torno al coronavirus.

*Improvisar y no planificar.* Una vez que estuvimos dispuestos a comenzar con la lectura de las entrevistas, nos percatamos que la mayoría de las campañas no se caracterizan por tener continuidad a largo plazo, sino que se trata más bien de acciones puntuales y desarticuladas unas de otras. Esta situación da cuenta de que, en general, los Programas educativos de salud tiene una regularidad precaria, lo que no contribuye a promover procesos ni resultados eficaces y reales.

En términos generales, advertimos que en el hospital y para las campañas en particular, los *actores involucrados* son divididos en dos grandes grupos:

-Grupo interno: maestranza, personal de limpieza y del taller, secretarías, enfermeras (auxiliar de enfermería, enfermera profesional y licenciada en enfermería), médicos según el área, especialistas y autoridades (director y vicedirector). Los profesionales de salud que conforman el grupo interno son quienes luego constituyen los equipos técnicos responsables del diseño y ejecución de campañas.

-Grupo externo: comunidad de cobertura; medios de comunicación; dispensarios y ministerios de salud, sea provincial o nacional (autoridades de mayor poder); proveedores de medicamentos; escuela de enfermería y los pacientes que reciben los servicios. Y todos aquellos que busquen acercarse o estén por relacionarse con alguna campaña.

Con respecto al empleo de la *tecnología y recursos comunicacionales disponibles*, el hospital emplea una gran variedad con el fin de promover las campañas que realiza. A saber:

- Teléfono: permite comunicarse entre los profesionales para acordar formas de trabajo.
- Computadoras: favorecen la creación de los mensajes a través de *software* adecuados.
- Lista: aquí figuran las informaciones tomadas en la guardia del paciente, tales como la edad, tratamiento, motivo de consulta, cómo deben manejar ciertos problemas, si antes había ido y si se encuentra solo o acompañado. En los cambios de turnos, suelen ser la guía para observar en aquellos donde los pacientes requieren internación.
- Comunicación interpersonal: favorece el logro de acuerdos y la unión en los grupos laborales.

Asimismo, en las campañas se han empleado:

- Afiches
- Charlas a cargo de especialistas
- Folletos
- Revistas
- Carteles
- Fotos
- Mapas
- Presentaciones en Powerpoint

Con respecto quienes son los *responsables y emisores* de la comunicación implicada en las campañas, los entrevistados coinciden en señalar que los encargados de la comunicación son los directivos del hospital quienes, a su vez, también toman las decisiones de mayor importancia. En general, cuando buscan favorecer la visibilidad de alguna campaña nueva, comunican sus proyectos a través de los medios radiales y/o televisivos. La mayoría de las campañas, señalan, llegan al hospital desde las áreas ministeriales –en torno al coronavirus, de nación y provincia– vinculadas a la salud.

En ese marco, los directivos tienen mayor información que los demás actores institucionales, pues permanecen en comunicación constante con las autoridades ministeriales (provincial o nacional). Al no haber lineamientos institucionales explícitos y puestos a disposición de todos los profesionales que especifiquen modos determinados de elaborar los mensajes incluidos en las campañas de salud, son los directores o los jefes de cada área (maternidad, pediatría, salud mental, enfermería) quienes toman las decisiones –de manera unilateral– respecto del diseño y concreción de las estrategias comunicacionales (qué se dice, cómo se dice, ámbitos de circulación, etc.).



En cuanto a los planes de comunicación, el Hospital Villa Dolores *no tiene definido modos claros para acercarse a la comunidad*. De allí que habitualmente se piense en modalidades de comunicación más bien clásicas: charlas de especialistas, conferencias de prensa, cartillas, carteles, etc., no pudiendo visualizarse ni implementarse otras alternativas más participativas y dialógicas. Las charlas –que son un dispositivo bastante habitual– tienden a reproducir el esquema de comunicación –vertical, asimétrico y muchas veces difusionista– que se da en el consultorio y que caracteriza mayoritariamente a las relaciones médico-paciente. Esto es, el médico como emisor privilegiado que tiene “el saber”, frente a un receptor pasivo –depositario– que se espera tome total y literalmente aquello que le es dicho/dado. Ejercicio de transmisión que, a su vez, acontece sin consideración de los condicionamientos (y diferencias) socioculturales y psicosociales que inexorablemente intervienen en todo proceso de interacción y que muy lejos está de posibilitar un encuentro entre interlocutores proactivos en intercambio, diálogo y apropiación activa.

En ese sentido, cuando preguntamos a la comunidad ¿usted considera que los últimos mensajes que recibió tienen en cuenta los intereses, las demandas y las necesidades de los vecinos para prevenir el coronavirus?, el 50% de las personas consultadas respondió que sí, un 44% que no y no sabe/no contesta el 6%. Los porcentajes resultan significativos y relativamente preocupantes si consideramos que toda campaña busca llegar a una proporción suficientemente amplia de la población, pero también resulta deseable que su mensaje –y en última instancia su finalidad– guarde correspondencia con las necesidades de los públicos “destinatarios”.

Según lo relevado, *los portavoces de los mensajes inscriptos en las campañas* han sido siempre los especialistas. Desde una visión instrumental de la comunicación, los motivos que subyacen a las diferentes declaraciones públicas analizadas son descubrimientos vinculados al campo de la salud, fondos o recursos donados al hospital y/o cambio de autoridades. Desde los propios trabajadores consultados (en particular enfermeros) se esboza la necesidad de promover instancias que fomenten el trabajo en grupo y que permitan construir acuerdos para que las diferentes áreas y profesionales puedan trabajar mancomunadamente.

El hospital cuenta con escasos si no nulos *antecedentes de proyectos de comunicación internos*. Advertimos que desde sus comienzos la institución ha tenido escasa actividad comunicacional en ese sentido. Según los entrevistados, prevalecía una escasa comunicación dándose en muchos casos desacuerdos y conflictos justamente por la coexistencia de variadas competencias y valores. Esta situación tenía un impacto negativo en el cumplimiento de las tareas y objetivos. A partir de la reorganización en áreas, hubo más posibilidades para desempeñar tareas de acuerdo a los gustos e intereses de los trabajadores impactando esto de manera positiva.

Con respecto a la *relación comunicacional con las otras organizaciones* de la salud –propia de la dinámica diaria del hospital, pero que claramente se actualiza en el desarrollo de las campañas enfocadas–, observamos que prevalece una tendencia a la incomunicación que provoca nudos en el quehacer diario. Hay desconocimiento, ausencia de acuerdos y marcos compartidos. Al no haber

lineamientos institucionales claros, se generan obstáculos e inconvenientes en el desarrollo de las tareas diarias y se inhibe cualquier posibilidad de complementación y sinergia entre organizaciones y áreas vinculadas a la salud.

*Relación médico / paciente.* Asimismo, a partir de las entrevistas realizadas, advertimos que el encuentro médico-paciente no se caracteriza por ser de los más democráticos ni gratos. Lo mismo sucede en las relaciones entre los médicos y los demás trabajadores de la salud en particular las enfermeras. Socialmente, el médico tiene una jerarquía distinta a las demás profesiones y trabajadores de la salud. Esta situación se repite, con más o menos matices, a la hora de implementar los mensajes en las campañas.

Respecto de la *relación con los pacientes*, y ante la consulta de si el paciente suele expresar sus dudas, una de las enfermeras comentaba: “te das cuenta en el lenguaje no verbal, que no entendió. Cuando vos repreguntas o le pedís que te explique lo que ha entendido, ahí te das cuenta donde tenés que reforzar” (2020). Por su parte, los médicos consultados enfatizan el hecho de que en muchos casos deben adecuar su lenguaje para hablar con los pacientes, pues de otra forma son aquellos quienes no comprenden los diagnósticos y prescripciones. Una interpretación posible de los desacuerdos y desentendimientos que tiende a ratificar la jerarquía imperante: un emisor-médico que tiene el saber y un receptor-paciente-pasivo que deviene en mero depositario de ese saber.

Al respecto, una de las *doctoras* del hospital<sup>6</sup> expresó que, en situación de estar llevando campañas específicas, muchas veces adecua los discursos para los pacientes. Esto porque en general los médicos del hospital tienen que trabajar con los “paquetes” comunicacionales que le envía el Ministerio de Salud provincial. Muchas veces no producen ellos mismos los mensajes, pero sí van realizando adecuaciones y desplegando *otras acciones orientadas a la prevención*. En ese marco, menciona las siguientes acciones:

- Realización de charlas en los colegios. Principalmente trabajan con niños y los emisores son los médicos.
- Planes de Salud. No se continuaron en el tiempo. Consistían en la visita directa, casa por casa, de los médicos quienes iban invitando a las familias. En esta experiencia, se utilizó la radio del barrio. Apuntaba a concientizar sobre el lavado de manos e higiene en el hogar.
- Empleo de carteles, folletos y revistas, algunos de los cuales se envían a los dispensarios. El emisor privilegiado, tanto de los carteles como de las revistas, es el Ministerio de Salud de la provincia.

Adherimos con la postura de Gartland (2019) quien reconoce que, tanto en los hospitales como en los centros de salud, los materiales de comunicación gráfica como afiches y folletos son difundidos sin cambios y tal como los distribuye la autoridad superior, en este caso, el Ministerio de Salud de la nación o de alguna provincia del país. Es decir, no se tienen en cuenta las características de la población que atienden (acceso a la educación, territorio donde desarrolla su vida personal y laboral, entre otros

<sup>6</sup> Hacemos referencia a la doctora de la institución (en adelante coord.) quien se desempeñó como coordinadora de la campaña nacional de vacunación contra el sarampión y la rubeola, que fue entrevistada por quien suscribe en el marco del trabajo de investigación.

aspectos). Y lo deseable es que cada organización del sistema de salud, a partir del conocimiento de la población destinataria, logre adecuar dichos materiales a la vez que se aborda la comunicación interna (entre los equipos de salud) para mejorar el proceso de atención de la salud.

A la hora de señalar inhibidores de fomento de la participación en situaciones de campañas de salud, los integrantes de los equipos técnicos consultados señalan:

- Falta de un actor sanitario en la figura de “promotor sanitario” que no logró incorporarse a los equipos formales de salud.
- Falta de gestión interna.
- Falta de tecnología y avances para mejorar el diagnóstico.
- Condiciones edilicias.
- Falta de personal.

Con respecto a las *percepciones de los públicos externos acerca del accionar de la organización*, se puede percibir que las campañas de prevención sobre coronavirus son recibidas por el público a través de la televisión (31%) y los carteles (20%). Además, un 76% de los encuestados tienen una apreciación sobre las palabras empleadas que son difíciles de entender.

En la ciudad de Villa Dolores todas las acciones de promoción de la salud son emitidas por el hospital sobre las necesidades que ellos entienden tienen los integrantes del área de cobertura. La información extraída del trabajo de campo es que el 81% de los integrantes de la comunidad nunca fueron consultados sobre si entendían la información de las campañas. Otro dato que se vislumbra es que el 61% nunca participó de una evaluación de ningún tipo.

Según los encuestados, el hospital se destaca en sus servicios de salud preventivo, con el 46%. Les sigue el 33% que considera que es muy buena la atención en el interior del hospital a los pacientes, y un 17% lo evalúa como malo.

La gran mayoría de las encuestadas afirman que le gustaría recibir las campañas de salud materna infantil en carteles (el 59%). Otras reconocen que otra opción más viable sería el empleo de las redes sociales, un 23%. Luego, otras consideraron a los folletos, en un 10%.

Ante la consulta sobre qué específicamente necesitan recibir sobre campañas preventivas para que realmente les sean útiles para prevenir el COVID-19, el 58% reconoció información sobre el estado de los pacientes, el 17% coincidió que el tema podría ser los síntomas, el 8%, pensó en trabajo en el terreno, otro 8% en recomendaciones, el 4% en charlas y 4% en la prevención.

*Diferentes concepciones entre los trabajadores de la salud.* De nuestras observaciones y diálogos, advertimos que en el interior de los grupos conformados por los médicos residentes y practicantes de enfermería se buscan y practican formas más participativas de trabajo. En el trabajo cotidiano de los enfermeros, hay un clima de mayor bienestar. No sucede lo mismo en la labor de los médicos. Más

allá del compañerismo, creado por compartir desde mates hasta emociones intensas propias de su labor, el clima grupal y las matrices vinculares entre médicos depende de la intervención de los jefes de áreas. En el hospital conviven –no siempre en forma armoniosa– diferentes discursos; formas relativamente disímiles de significar y habitar dicho espacio institucional. En ese *universo discursivo*, amplio y diverso, algunos discursos prevalecen –hegemónicos– y otros resultan más subalternos. Tal como lo anticipáramos en apartados precedentes, los profesionales del hospital se agrupan de acuerdo al área de desempeño profesional (tocoginecología, clínica médica, cirugía general, pediatría y neonatología, emergencia, enfermería, y de servicio administrativos). En cada área circulan discursos con sus propios acuerdos y desacuerdos respectivos. No obstante, más allá de las especificidades propias de cada área, el discurso médico resulta transversal a todas y se erige como dominante. Esto es, prevalece la voz del profesional médico por sobre las demás voces. Hay un “plus” de reconocimiento social que se mantiene constante, que no se cuestiona –al menos abiertamente– y se reproduce incesantemente. “El médico tiene una forma más científica para dirigirse”,<sup>7</sup> una de las entrevistadas dando cuenta del efecto legitimante del saber experto adjudicado de manera exclusiva a los médicos. Ese mismo saber que, analizado en términos comunicacionales, puntualmente enfocando la relación médico-paciente/ médico-otros trabajadores de la salud y las posibilidades de diálogo, opera las más de las veces como un obstáculo al desarrollo de la empatía, la participación y los intercambios de saberes.

Por su parte, el discurso del área de enfermería está centrado en brindar servicios para la comunidad, a través de la búsqueda de puente que permitan trabajar de manera más directa con los pacientes. La “fraternidad y el amor”, por el otro, son una constante en los relatos de las enfermeras; una forma de experimentar y significar la práctica en salud que inaugura un enfoque de salud distinto y novedoso respecto del hegemónico.

*¿El hospital ajustará los contenidos que recibe de provincia o nación?* En un apartado anterior, se proponía que los ministerios de salud formarían parte de los grupos externos a la emisión. Esto requiere, al menos, una problematización. Y un interrogante atinado es: ¿hasta qué punto el personal no es del todo consciente de los atravesamientos institucionales que se derivan de las áreas ministeriales, en torno a la emisión de las campañas? Porque sería valioso e interesante, que lo visualicen con más lucidez, justamente para poder posicionarse, de modo crítico y consciente; ser parte del momento y espacio comunicacional; y tomar la acción y potestad en el proceso de la emisión. Sería trascendental que ajusten, por ejemplo, las palabras difíciles u ofensivas de los mensajes provinciales o nacionales, a la comunidad local; que lleven adelante las campañas, en función de los recursos con los que cuenta el hospital, y de ese modo, aseguren su correcto desenvolvimiento; y que respondan a estrategias de largo plazo y no intentos de improvisación. En consonancia con Barbero (en Díaz y Uranga 2011), sostenemos que para trabajar en y desde la relación comunicación y salud es indispensable una mirada que privilegie los vínculos entre los sujetos, y en las que las mediaciones devienen ámbitos de transición que se convierten en espacios de resignificación permanente.

7 Información extraída en el área de la Farmacia. “Estudio de Campañas de Lactancia Materna-infantil” (Suárez, 2019).

*¿El hospital previene o trata la enfermedad?* También nos pareció importante el comentario y la perspectiva vertidos por uno de los médicos entrevistados, quien se desempeña como jefe del área de ginecología. Puntualmente, y hablando sobre educación para la salud, nos comentaba cómo él cree que dicha práctica se termina dando en el hospital: “Yo no sé si la información solamente sirve para que los habitantes se empoderen y la usen como herramienta. Me parece que la información entra por un oído y sale por el otro”.<sup>8</sup> En este sentido, su frase nos remite a pensar en aquella contraposición extensión vs. comunicación que trabajara Freire hace ya varias décadas. Para el pensador brasilero (1973), el concepto de extensión sitúa al profesional en un lugar de superioridad, investido de un velo de mesianismo desde el cual se transfieren mensajes (saberes, tecnologías, etc.) a unos receptores pasivos, las más de las veces concebidos como “cosas”, “objetos”, “inferiores” negándolos como seres de acción, de transformación del mundo. Entonces, el que extiende deposita un conocimiento elaborado a los que no lo tienen, eliminando su capacidad crítica para tenerlo, irrumpiendo en su espacio histórico-cultural distinto, ignorando sus potencialidades, su creatividad e inhibiendo posibilidades de aprendizaje y transformación.

*Prevención primaria o terciaria: una encrucijada que cohabita.* Papera entiende que la institución no debería hacerse cargo de las tareas de educación para la salud, sino hacer hincapié en asistir a los enfermos. Es llamativo cómo coexisten dos visiones diferentes en el mismo espacio de comunicación, la del profesional en enfermería, que apuestan siempre a la prevención primaria<sup>9</sup>, y la del médico, que pone el foco en la prevención secundaria:<sup>10</sup>

El hospital no cuenta con las herramientas para hacer efectiva la participación. Yo creo que este hospital tiene otra función. Es decir, eso es función de los dispensarios o centros periféricos barriales. Nosotros estamos para otra cosa. Pero, lamentablemente, por x razones el hospital cumple esa función y por lo tanto las cumple mal. Está haciendo un poco eso, porque no le queda otra y, lo que tiene que hacer, no lo hace como corresponde (Dr. X).

## Algunos aportes para seguir (re)pensando la participación en salud

La comunicación que se realiza en una institución sanitaria –sea través de producciones gráficas, radiofónicas o audiovisuales– va generando un cierto contrato con los usuarios a los que apunta a movilizar. Dado que la promoción de la salud no consiste solamente en acciones comunicacionales que arrojan determinados datos, sino que exige de una tarea de persuasión, el Hospital de Villa Dolores

8 Hacemos referencia al doctor de la institución (en adelante Dr. X) quien fue entrevistado por quien suscribe, en particular para indagar su percepción sobre las acciones comunicacionales que dependen del área para prevenir el COVID-19, espacio en el cual se desempeña como vocero institucional.

9 Son “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, citado en Vignolo, 2011: 12).

10 Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad (OMS, citado en Vignolo, 2011: 12).

viene realizando, en torno a la temática de lactancia materno infantil, sucesivas acciones. Estas toman la forma de campañas con el objetivo de visibilizar e instalar sus efectos positivos. Esto es, a nivel institucional el hospital y sus actores principales se proponen “favorecer la participación y la organización de las comunidades con las que trabaja, contribuyendo a que los integrantes de las mismas sean actores protagonistas del autocuidado de su salud”, pero en la práctica no logran involucrar a los pacientes en instancias de diálogo e intercambio que trasciendan los enfoques meramente difusionistas. Por ejemplo, en el caso de las campañas, observamos que los trabajadores de la salud responsables definen de manera unilateral la relación problema/solución y se apela a formas “clásicas” de comunicación como uso de publicaciones escritas y charlas o conferencias a cargo de especialistas, no pudiendo visualizar otras alternativas más participativas y dialógicas. Se asume implícitamente que la sola transferencia de información propiciaría los cambios anhelados.

En ese marco, los directivos tienen mayor información que los demás actores institucionales, pues permanecen en comunicación constante con las autoridades ministeriales (provinciales o nacionales). Al no haber lineamientos institucionales explícitos y puestos a disposición de todos los profesionales que especifiquen modos determinados de elaborar los mensajes incluidos en las campañas de salud, son los directores o los jefes de cada área (maternidad, pediatría, salud mental, enfermería) quienes toman las decisiones –de manera unilateral– respecto del diseño y la concreción de las estrategias comunicacionales (qué se dice, cómo se dice, ámbitos de circulación, etc.).

Las acciones comunicacionales cotidianas que se realizan en el Hospital de Villa Dolores, revelan la coexistencia, no sin conflictos, de distintos modelos comunicacionales. Todos ellos presentan diferencias no solo en la manera de definir o nombrar, sino también en sus objetivos, actividades, y marcos ideológicos. Entonces, si se hace un recorrido en los modelos de prevención en salud en relación con las tradiciones teóricas de comunicación, aparecen fuertes modelos normativos. Lineamientos en donde se procuraba cambiar las conductas y generar hábitos saludables, siguiendo así una impronta higienista con pretensiones de universalizar, como lo explica Dumrauf (2016). Esto puede notarse, incluso actualmente, con una sobreabundancia de mensajes en un tono imperativo: “lávese las manos”, “use barbijo”, etc. Se podrá corroborar que en cada uno responde a paradigmas distintos acerca de cómo el sistema de salud piensa a las personas, a las relaciones que genera con su propio cuerpo, con la comunidad donde se sitúa, a sus hábitos y rituales, con las determinantes socioculturales y condiciones estructurales de su entorno.

Se hace pertinente retrotraernos a algunos términos y concepciones que guían este trabajo. Díaz y Uranga (2011) postulan que la participación comunitaria es un derecho ciudadano y un imperativo democrático, pero es también una vía para aumentar la eficacia de las iniciativas sobre salud. Ya terminado el trabajo de campo (que fue de manera virtual, debido al contexto atravesado por la cuarentena), también se aprende que los sujetos en su quehacer cotidiano van conformando una experiencia colectiva constituyendo una cultura preventiva. De esto se derivan algunas cuestiones importantes:

- Que los mensajes son elaborados por un emisor privilegiado. Que no tiene presente si realmente comparte el universo discursivo de su destinatario.
- El mensaje de los profesionales médicos se caracteriza por la baja referencialidad, ya que solo ofrece algunos datos superficiales del problema, tales como recomendaciones.
- Hay muchas resistencias en pensar otra forma de comunicarse que no sea a través de conferencias de prensa con la comunidad de pacientes/destinatarios.
- Hay dos discursos muy diferentes entre los mismos profesionales de la salud. Hay médicos, por un lado, y enfermeros, por otro, con percepciones, valores, interpretaciones y competencias muy diferentes. Unos optan por realizar testeos en los barrios, mientras que los médicos se encargan más de la gestión.

Los integrantes de los barrios, en un 58%, consideran que es importante recibir información sobre el estado de los pacientes, mientras que el 17% coincidió que el tema podría ser los síntomas, el 8%, pensó en la nutrición, otro 8% trabajó en el terreno, el 4% en charlas y 4% en abordar los contactos estrechos. De acuerdo al modelo de comunicación de Prieto Castillo (1999), se observa un problema en la configuración de la dimensión comunicacional de los mensajes. Esto alude a un emisor privilegiado que elabora mensajes sin reconocer el universo discursivo de las mamás. Es un emisor que posee el conocimiento científico de la salud. El conjunto de perceptores son las madres que se reconocen en otro universo discursivo, por ello, no hay un acoplamiento exitoso; tienen otras representaciones o imágenes basadas en vivencias, experiencias, influencias, deseos, demandas y necesidades.

Como consideran Díaz y Uranga (2011: 24), “la comunicación tiene que reconocer la trama cultural y los saberes distintos de los actores”. Al pensar la salud como una construcción social y conjunta, donde participen los integrantes de la comunidad (usuarios) como los enfermeros, además de los médicos. Y de esa manera que se posibilite compartir una concepción de salud similar e incorporando y habilitando otros saberes y experiencias. Porque de otra manera el resultado termina desembocando en campañas que no habilitan la participación ni la efectividad de los recursos estatales invertidos en la atención primaria de la salud. Porque, a decir de Freire (1973), no hay pensamiento aislado, así como no hay persona aislada.

## Bibliografía

- Anunziata, V. L. y Godio, C. F. (2008). *Ampliación de la campaña de prevención del embarazo juvenil no deseado: una propuesta de intervención comunicacional en el ámbito de la salud universitaria*. Trabajo Final de Licenciatura en Ciencias de la Comunicación. Universidad Nacional de Río Cuarto. Río Cuarto.
- Alfaro, R. M. (1993). *Una comunicación para otro desarrollo*. Lima: Calandria.
- (1995) Descifrando paradojas ciudadanas: Una mirada cultural a la política. En R. Ortiz y otros, *Los medios, nuevas plazas para la Democracia* (pp. 109-131). Lima: Calandria.
- Díaz Bordenave, J. (1992). La campaña como intervención social. *Chasqui. Revista Latinoamericana de Comunicación*, 41, 66-69.

- Brandolini, A.; González Frígolí, M. y Hopkins, N. (2009). *Comunicación interna: Claves para una gestión exitosa*. Buenos Aires: La Crujía.
- Cendali, F. y Pozo, L. (10, 11 y 12 de diciembre de 2008). *Políticas de Salud Pública en Argentina: Comparación de dos modelos*. V Jornadas de Sociología de la UNLP. La Plata. En *Memoria Académica*, FAHCE-UNLP. Recuperado de [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.5943/ev.5943.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5943/ev.5943.pdf)
- Cimadevilla, G. (2005). Tocarle la cola al león. Una lectura del desarrollo a través de sus condiciones de intervención. En G. Aprea (comp.), *Problemas de comunicación y desarrollo* (pp. 99-140). Buenos Aires: Prometeo-UNGS.
- Díaz, H. y Uranga W. (2011). Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Revista de Comunicación y Salud*. 1(1), 113-124.
- Dumrauf, A.; Cordero, S. y Mengascini, A. (2016). Experiencias educativas de los movimientos sociales. Contribuciones para la educación científica, ambiental y en salud desde una perspectiva emancipadora. *Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências*, 16(2), 477-497.
- Freire, P. (1973). *¿Extensión o comunicación? La concientización en el medio rural*. Buenos Aires: Siglo XXI, Tierra Nueva.
- Gartland, G. (2019). *Comunicación en salud: conceptos y herramientas*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Gumucio Dagron, A. (2002). Comunicación para la salud: el reto de la participación. Recuperado de [www.infoamerica.org/articulos/org/articulos/textos](http://www.infoamerica.org/articulos/org/articulos/textos)
- Massoni, S. (2007). Estrategias. Los desafíos de la comunicación en un mundo fluido. *FISEC-Estrategias*, Facultad de Ciencias Sociales-UNLZ, 10, 45-56.
- Mesquita, G. y Paz, C. (2020). Integrando Comunicação e Medicina no ensino da Comunicação Comunitária: uma experiência brasileira inovadora. *Contratexto*, 33, 153-169.
- Montoya, S. y Willington, M. (1999). El financiamiento de los hospitales públicos: un análisis de las alternativas para Argentina. *Revista de Análisis Económico*, 11(2), 87-123. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/575898>
- Mosquera, M. (2003). Comunicación en salud: conceptos, teorías y experiencias. Organización Panamericana de la Salud.
- Prieto Castillo, D. (1999). *La comunicación en la educación*. Buenos Aires: CICCUS, La Crujía.
- Rice, R. y Atkin, C. (1996). Principios de las campañas de comunicación pública de éxito. En J. Bryant y D. Zillmann (coords.), *Los efectos de los medios de comunicación, investigaciones y teorías* (pp. 487-515). Barcelona: Paidós.
- Servaes, J. y Malikhao, P. (2012). Comunicación participativa: ¿El nuevo paradigma? *Revista de estudios para el desarrollo social de la comunicación*, 1(4). Recuperado de <https://docplayer.es/69551231-Comunicacion-participativa-el-nuevo-paradigma.html>



- Stolkiner, A. (2001). Neoliberalismo y servicios de salud en Argentina. Estudio de caso. Recuperado de <https://www.caps.cat/images/stories/3stolkinrcast.pdf>
- Suárez, L. B. (2019). *Aproximaciones comunicacionales a las Campañas de Salud en el Hospital Regional de Villa Dolores*. Trabajo Final correspondiente a la asignatura Práctica Profesional en Instituciones (6154). Universidad Nacional de Río Cuarto.
- Uranga, W. (2007). *Mirar desde la comunicación*. Mimeo. Buenos Aires.
- Valles, M. (1999). Técnicas de conversación, narración (I): Las entrevistas en profundidad. En *Técnicas cualitativas de investigación social* (pp. 177-232). Madrid: Síntesis.
- Verón, E. y Sigal, S. (1986). *Perón o muerte. Los fundamentos discursivos del fenómeno peronista* (pp. 15-16). Buenos Aires: Legasa.
- Vignolo, J. (2011). Niveles de Atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 11-14. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- Vizer, E. (2007). *La trama invisible de la vida social: comunicación, sentido y realidad*. Buenos Aires: La Crujía.