

firma invitada

El desafío de hacer de la comunicación un componente estratégico de las políticas públicas en salud

Daniela Bruno
Valeria Zapesochny
Cecilia Huarte
Andrea Jait
Lucila Tufro
Marcelo Sandomirsky
Ariel Aragues

Coordinación General de Información Pública y Comunicación
del Ministerio de Salud de la Nación
(Buenos Aires, Argentina)

Palabras clave

comunicación
salud pública
políticas sanitarias
rectoría

Resumen

En este artículo se presentan los principales componentes del proyecto que desde 2009 desarrolla la Coordinación General de Información Pública y Comunicación (CGIPyC) del Ministerio de Salud de la Nación de Argentina (MSAL) a fin de promover a la comunicación como una dimensión estratégica de las políticas sanitarias.

El entramado de subsistemas, jurisdicciones, niveles de atención y actores intervinientes en políticas, programas y servicios sanitarios, así como también la diversidad de problemáticas que afectan la salud de la población constituyen algunos de los rasgos que expresan la complejidad característica del campo de la salud pública y que configuran importantes desafíos a la hora de llevar adelante dicho proyecto.

La falta de institucionalización de la CGIPyC en el MSAL; la ausencia de una definición clara acerca del contenido e implicancias del rol de rectoría comunicacional; la fragmentación; la visión instrumental imperante que homologa los aportes comunicacionales con el diseño de campañas preventivas en medios masivos y los déficits en las capacidades para la planificación y evaluación fueron algunos de los nudos críticos identificados en el diagnóstico que se implementó en los inicios del proceso.

Promover una cultura organizacional de gestión de la información y el conocimiento, que privilegie la dimensión cultural y comunicacional de los problemas de salud, al igual que trabajar en la profesionalización y el empoderamiento de los comunicadores en salud pública y en la implementación de lógicas interdisciplinarias, interinstitucionales e intersectoriales, que favorezcan la integración y coordinación constituyen algunos de nuestros principales horizontes cotidianos y futuros de acción.

The Challenge of Making Communication a Strategic Component of Public Health Policies

Keywords

*communication
public health
public health policies
guidance.*

Abstract

This article discusses the main components of the project that the Office of Public Information and Communication of the Argentine Ministry of Health has been developing since 2009 to promote communication as one of the strategic aspects of health policies.

The network of subsystems, jurisdictions, health care levels and participants of health care policies, programs and services, as well as the diverse issues affecting people's health, constitute some of the features that express the complexity which is characteristic of the public health field and which pose significant challenges when carrying out the aforementioned project.

The lack of institutionalization of the Office of Public Information and Communication of the Argentine Ministry of Health; the absence of a clear definition of the content and implications regarding the role played by communicational guidance; fragmentation; the dominant instrumental vision, which equates communication work with designing prevention campaigns for the media; and the deficiencies in planning and assessing capabilities were some of the critical issues identified during the diagnosis made at the beginning of the process.

Promoting an organizational culture focused on managing information and knowledge, prioritizing the cultural and communicational aspects of health care issues, as well as working towards professionalizing and empowering public health communicators and implementing strategies among disciplines, institutions and sectors aimed at fostering integration and coordination, are some of our main daily and future goals.

Cómo citar el artículo

Bruno, D. et al. (2013). El desafío de hacer de la comunicación un componente estratégico de las políticas públicas en salud. *Revista de Comunicación y Salud*, 3(1), pp. 51-65.
DOI: [http://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2013.3\(1\).51-65](http://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2013.3(1).51-65)

1. El sistema sanitario argentino

El sistema sanitario argentino presenta hoy un entramado complejo de subsistemas encargados de brindar los servicios necesarios para atender la salud de las poblaciones, a lo largo y ancho del país:

- El subsistema público, basado en la definición de cobertura universal provee servicios de salud de forma gratuita a todas las personas, con independencia de que tengan algún otro tipo de aseguramiento social o privado, a través de una red de hospitales públicos y más de 7.000 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) distribuidos por todo el país. Se sustenta con recursos provienen del sistema impositivo y su organización responde a la estructura federal de la nación, en el marco de la cual cada gobierno provincial tiene potestad para regular de manera autónoma las políticas y servicios de salud locales.
- El subsistema de "obras sociales", da una cobertura adicional a los trabajadores privados que se desempeñan en el mercado formal y a los del sector público nacional y provincial, así como sus respectivos grupos familiares. Este subsistema cuenta además con una institución destinada a proveer servicios a los jubilados y pensionados y sus grupos familiares: el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, en el marco del cual se creó el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) responsable de brindar cobertura sanitaria a más del 90 por ciento de la población mayor de 65 años. En su conjunto, el padrón de la seguridad social alcanza a los 19 millones de beneficiarios.
- El subsistema privado, que comprende al conjunto de empresas privadas de medicina prepaga que brindan seguros de salud a los ciudadanos que voluntariamente se adhieren a las mismas. Hay organizaciones y planes asistenciales de características muy diversas que en general se orientan principalmente a la población de mayores ingresos.

La existencia de veinticuatro ministerios de salud provinciales, con igual número de obras sociales; estados municipales con diversos grados de descentralización; entidades de seguridad social nacionales, como el PAMI y un centenar de empresas de medicina prepaga, constituye un universo complejo a articular desde la rectoría del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), para que el derecho a la salud sea genuinamente efectivo en todo el territorio nacional. Esta particular complejidad del sistema de salud argentino es uno de los principales desafíos de la gestión de la Coordinación General de Información Pública y Comunicación (CGIPyC).

2. Contexto: La agenda sanitaria argentina en la última década (2002 – 2012).

En 2001, la Argentina se vio inmersa en una profunda crisis¹, como corolario de una década en la que el neoliberalismo fue cercenando el ámbito de lo público. La presidencia del Dr. Néstor Kirchner, a partir del año 2003, inició una etapa de reconfiguración de un Estado mucho más presente y activo.

1 La inédita crisis política y social del 2001 se expresó, en materia sanitaria, en la caída de las obras sociales, la crisis de los efectores públicos y del PAMI y la desafiliación creciente de los servicios de medicina prepaga. Todo ello impactó con especial severidad en las condiciones de salud de los argentinos, produciendo un crecimiento notable de la demanda de atención del subsistema público.

Las políticas activas de inclusión social impulsadas por el Estado nacional, en particular las estrategias de transferencia directa de ingresos como la Asignación Universal por Hijo y la Asignación Universal por Embarazo², permitieron reducir la indigencia, a la vez que otros indicadores sociales en salud y educación han ido mejorando.

En ese marco, el MSAL ha impulsado el diálogo permanente con los responsables provinciales de la provisión pública de salud en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA)³, donde se coordinan las estrategias sectoriales de mediano y largo plazo para adecuarlas a la realidad particular de cada región.

El descenso del crecimiento poblacional, influenciado por las disminuciones en la fecundidad y la mortalidad, genera el aumento de la población de adultos mayores y el consecuente predominio de problemas ligados al envejecimiento. Esto, sumado a los estilos de vida modernos típicos de sociedades desarrolladas, pone como prioridades sanitarias a las enfermedades cardiovasculares, los tumores, las lesiones, la violencia y las adicciones. Pero, además, dichas problemáticas coexisten hoy en Argentina con otras propias de países en desarrollo, como el Chagas, la hepatitis, la desnutrición, la tuberculosis, el VIH-Sida, el dengue y la leishmaniasis.

Cerrar la brecha social que vulnera los derechos de los grupos históricamente más relegados mediante la consolidación de la Atención Primaria de la Salud como estrategia de intervención es uno de los ejes primordiales de la política sanitaria nacional.

En ese marco, se buscó mejorar los niveles de cobertura, periodicidad y calidad en el control prenatal y puerperal, con el objetivo de brindar asistencia segura en el parto y reducir así la mortalidad materna e infantil. Al mismo tiempo, se garantizó el acceso a los medicamentos a través de su provisión y distribución pública y gratuita. Además, se profundizaron las políticas de inmunizaciones, mejorando los niveles de cobertura y duplicando las vacunas incluidas en el Calendario Nacional de Vacunación.

También se desarrollaron programas específicos para niños de entre 0 y 6 años de edad de control del crecimiento y desarrollo infantil, reducción de enfermedades prevalentes de la infancia y educación alimentaria y nutricional. En esta línea, se diseñó el Plan Nacer, un sistema de aseguramiento público para favorecer la accesibilidad a los servicios de mujeres embarazadas, madres con niños menores de 6 meses y niños menores de 6 años sin obra social ni prepaga. En 2012 este plan fue ampliado con el Programa Sumar, que incorpora a niños, niñas y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres hasta los 64 años.

2 La Asignación Universal por Hijo para Protección Social y la Asignación Universal por Embarazo, prestaciones monetarias mensuales destinadas respectivamente a todos los desocupados y trabajadores informales con hijos menores de 18 años y a todas las mujeres embarazadas del país que no cuentan con asignaciones familiares o empleos formales, fueron impulsadas por el Gobierno nacional en 2009 y 2011.

3 El COFESA se creó en 1981. Está integrado por las autoridades ministeriales de las provincias y presidido por el Ministro Nacional, y en su ámbito se analizan los problemas de salud de las jurisdicciones y se acuerdan los principales lineamientos de las políticas sanitarias.

Otro de los ejes primordiales de la actual política sanitaria es la prevención y el control de los principales factores de riesgo (tabaco, alcohol, colesterol elevado, inactividad física, hipertensión, diabetes y alimentación no saludable) que intervienen en la ocurrencia de las enfermedades no transmisibles, responsables de más del 60 por ciento de las muertes ocurridas anualmente en el país.

Asimismo, se avanzó sostenidamente en la implementación de planes integrales para prevenir y controlar amenazas constantes como el dengue y la gripe; sostener un sistema adecuado de vigilancia sanitaria; promover la formación de profesionales en las especialidades que la actualidad requiere; y brindar información clara y útil a las poblaciones. Todas las iniciativas son llevadas adelante desde un enfoque federal, priorizando aquellas regiones que presentan indicadores sociales más desfavorables para reducir la brecha de inequidad y apoyando con asistencia técnica a las respectivas direcciones provinciales para fortalecer su capacidad de gestión.

Más recientemente, se impulsó la creación de dos instituciones clave en virtud de la situación epidemiológica nacional. Por una parte, el Instituto Nacional del Cáncer (INC), en tanto organismo de referencia a nivel nacional para la investigación y promoción de políticas públicas específicas para la prevención y control de los diversos tipos de tumores de mayor incidencia en la población argentina; y el Instituto Nacional de Enfermedades Tropicales (INMET) para estudiar y atender este tipo de patologías cada vez más complejas y recurrentes en la región. De esta manera, Argentina presenta un escenario sanitario con problemáticas de complejidad estructural aún por resolver, pero con un mejor posicionamiento para abordar la agenda de prioridades que le competen al Ministerio de Salud de la Nación.

3. El proceso de fortalecimiento de la CGIPyC - MSAL (2010 – 2013)

La CGIPyC fue creada como área ministerial en 2009 con la misión de establecer las líneas de rectoría en temas de comunicación e información pública sanitaria para todo el país. Depende directamente de la Unidad Ministro y cuenta actualmente con 60 trabajadores de planta y contratados, la mayoría de ellos profesionales de carreras de Comunicación y afines (periodistas, diseñadores en comunicación visual, webmasters y programadores, comunicadores audiovisuales, artistas plásticos, cineastas y publicistas).

La CGIPyC nació en un contexto particularmente complejo: la emergencia sanitaria y la crisis institucional causadas por la pandemia de Gripe A (H1N1)⁴.

4 En Argentina, el primer caso de Gripe A se detectó el 7 de mayo de 2009 y el pico de transmisión se produjo entre el 20 de junio y el 3 de julio, con circulación generalizada del virus en todo el país. A partir de la declaración de la pandemia por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en junio de ese año, el Gobierno nacional otorgó 1.000 millones de pesos adicionales al presupuesto de la cartera sanitaria para la adquisición de más de 1 millón de tratamientos antivirales, la compra de equipamientos médicos y la contratación de personal de salud para dar respuesta a la sobredemanda de atención en hospitales y centros de salud públicos de las diferentes jurisdicciones. Asimismo, se adelantó el receso invernal para todos los niveles educativos y se otorgaron licencias preventivas a trabajadoras embarazadas, pacientes inmunodeprimidos y oncológicos.

La comunicación fue esencial en ese crítico escenario. Inmediatamente se implementó una campaña comunicacional a través de soportes gráficos, radiales y audiovisuales en los principales medios masivos del país; se construyó la base de datos de la línea 0800 de asesoramiento gratuito para la población y se desarrolló un sitio web específico sobre esta problemática. Estas iniciativas buscaron facilitar el acceso de la población a la información genuina sobre el estado de situación en nuestro país, así como sobre las medidas de prevención y cuidado recomendadas.

La participación de la CGIPyC en el Comité de Crisis, responsable del monitoreo de la evolución de la pandemia y de las consecuentes respuestas sanitarias, fue decisiva para superar la crisis y posicionar estratégicamente al área. La atención sostenida de la demanda informativa de los medios masivos, la decisión de evitar la difusión diaria de cifras de fallecidos y la conformación de nuevos partes informativos fueron algunos de los principales aciertos. Así, la actitud proactiva respecto de la comunicación a través de la producción de información oportuna, unificada, transparente y sostenida por parte del MSAL permitió recuperar la confianza en dicho organismo como máximo referente para explicar la situación de emergencia y lograr la adherencia a las recomendaciones oficiales.

3.1. El diagnóstico

Pasada la crisis, a inicios del 2010 la CGIPyC inició un proceso de fortalecimiento institucional con el objetivo de consolidarse como área ministerial de nivel nacional responsable de ejercer la rectoría en la comunicación pública sanitaria.

En el análisis situacional realizado para el diseño estratégico se identificaron tres nudos críticos:

Institucionalización débil de la CGIPyC. No había en aquel momento una definición clara de la función de rectoría en comunicación a nivel de la autoridad nacional en salud y sus implicancias para el trabajo con los niveles provinciales y locales. La CGIPyC no figuraba en el organigrama del Ministerio ni contaba con presupuesto propio. La concepción hegemónica de la comunicación dentro del MSAL estaba fuertemente relacionada con la difusión de la gestión política y su salvaguarda en momentos de crisis. No se reconocía su rol estratégico en todas las políticas sanitarias.

Lógicas de trabajo fragmentadas y sin integración a una estrategia macro. La intersectorialidad y articulación entre programas eran escasas y la actuación de cada área por separado era la lógica imperante. Se observaba un bajo nivel de monitoreo y evaluación de la gestión comunicacional. La comunicación no estaba posicionada estratégicamente en el diseño técnico de la acción programática. Predominaba una visión instrumental de la comunicación restringida a la producción de materiales y campañas. La gestión de la información para la toma de decisiones, las tareas de prensa y el desarrollo de contenidos para la web eran reconocidas como cuestiones estratégicas por los programas sanitarios, pero no se responsabilizaban de ellas.

Recursos humanos en comunicación sin un rol definido y reconocido. Los comunicadores no tenían líneas claras de trabajo y estaban debilitados para incidir en la toma de decisiones políticas y técnicas. La CGIPyC no disponía de una evaluación precisa y actualizada de necesidades y demandas de asistencia técnica y capacitación de los pares comunicadores, aunque el análisis preliminar indicaba que existían debilidades técnicas en planificación y evaluación, diseño integral de estrategias de comunicación, y comunicación en emergencias y desastres.

3.2. Objetivos de la gestión

En correspondencia con este diagnóstico se definieron los siguientes objetivos de gestión para el período 2010-2013:

- Institucionalización y fortalecimiento del Área de Información Pública y Comunicación en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación.
- Diseño de funciones básicas y líneas rectoras para el abordaje de la comunicación en las decisiones sanitarias.
- Desarrollo de capacidades y empoderamiento de los comunicadores de Áreas y Programas del Ministerio de Salud de la Nación y de las Provincias.
- Posicionamiento del Ministerio como fuente de información pública y análisis de la situación y políticas sanitarias del país.
- Fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales e intersectoriales del Área.

En este proceso, a comienzos de 2011 se fueron definiendo tres áreas de trabajo: Prensa e información pública; Contenidos; y Articulación con Provincias. Estas áreas tienen como objetivos comunes mediar información esencial para la ciudadanía y establecer directrices y pautas para la mejor comunicación de los principales temas de la agenda sanitaria a nivel nacional, tanto para los ministerios provinciales como para los programas del propio ministerio nacional.

Lograr una adecuada división del trabajo y conseguir una visión integral y compartida por todo el equipo de la CGIPyC, en correspondencia con las metas sanitarias formuladas por la máxima autoridad, fue y sigue siendo uno de los desafíos de mayor envergadura.

4. Líneas de acción avanzadas y horizontes trazados

A continuación intentaremos describir brevemente los principales lineamientos del trabajo, pero sobre todo los aprendizajes y desafíos que reconocemos en la tarea en cada área de cara al cumplimiento de los objetivos estratégicos.

4.1 De la prensa institucional a la información pública.

En el contexto de sociedades *massmediatizadas* como la nuestra, la información oportuna y de calidad difundida a través de medios masivos de comunicación está íntimamente relacionada con la participación ciudadana y se presenta cada vez con mayor contundencia como un criterio para evaluar la vitalidad de las instituciones de gobierno y la democracia.

La información, en tanto bien público, debe ser socializada para que la sociedad pueda tomar decisiones, movilizarse, crear condiciones de igualdad y realizar el derecho fundamental a estar suficientemente informado.

En este marco, la vinculación y diálogo permanente con los diferentes medios masivos de comunicación es una tarea cotidiana. Esta articulación resulta clave para otorgar mayor transparencia a la gestión; facilitar el acceso a información pública por parte de la ciudadanía; mitigar la incertidumbre, temor y confusión de la población frente a situaciones de emergencia o crisis; e instalar en la agenda pública los temas de relevancia para la salud nacional.

Pero la información pública es una función compleja en el que el vínculo con los periodistas y formadores de opinión es sólo un aspecto – esencial – entre otros aún insuficientemente explorados.

Esta concepción de la información pública implica promover una cultura organizacional de gestión de la información y el conocimiento sanitario, que privilegie la dimensión cultural y comunicacional de los problemas sanitarios y los resultados del monitoreo y evaluación de las intervenciones comunicacionales en salud.

Una de las características de la cultura organizacional estatal (aunque no es exclusiva de este tipo de organizaciones) es la subestimación de la práctica del registro permanente y sistemático de aquello que es susceptible de ser convertido en información (Jaramillo López, 2004). No obstante, la recolección y procesamiento de la información deben ser concebidos y gestionados como parte de la labor cotidiana necesaria para facilitar el análisis e interpretación de las acciones de la política sanitaria, tanto por parte de los funcionarios, en particular, como de las poblaciones, en general.

Con esta convicción, a inicios de 2011 la CGIPyC desarrolló una serie de experiencias de articulación con la Dirección Nacional de Epidemiología. Los objetivos fueron capacitar a los comunicadores en nociones esenciales de epidemiología para posibilitar que el trabajo comunicacional se planifique y ejecute de acuerdo a los particulares patrones de morbilidad y mortalidad de las diferentes regiones del país. Y, a la vez, promover una cultura organizacional de gestión de la información sanitaria para la toma de decisiones basada en los siguientes criterios: información de calidad; sistematización y evaluación; uso democrático de información y confidencialidad; articulación inter programática y sectorial; y decisiones apoyadas en evidencia. También se participó en el proyecto de conformación de *salas de situación*⁵ en las distintas jurisdicciones del país.

5 Las salas de situación -instrumentos clave para la gestión institucional y la toma de decisiones- son espacios físicos o virtuales en los cuales se analiza la información sobre la situación de salud de una población, especialmente en escenarios de crisis, a fin de identificar los factores determinantes, las respuestas más viables y factibles, y evaluar los resultados obtenidos a partir de las acciones realizadas.

Entendemos que para posicionar verdaderamente a la comunicación como dimensión estratégica de la gestión sanitaria es fundamental integrar como insumo para el análisis información relativa a las representaciones sociales (incluyendo las mediáticas) de los temas de salud y los resultados del monitoreo y evaluación de las intervenciones en comunicación y salud. Para ello es indispensable promover la accesibilidad de los decisores a estudios descriptivos y analíticos que focalicen en una dimensión poco explorada: la comunicacional/cultural (CGIPyC; 2010).

Hablamos de estudios sobre la construcción mediática de los problemas de salud; investigaciones acerca de la información que maneja la población sobre un determinado problema de salud (factores y grupos con los que la población lo asocia, hábitos y prejuicios, etc.); estudios sobre las barreras culturales para la accesibilidad a los servicios o sondeos de opinión de la población sobre los servicios sanitarios; validación de materiales y recursos de comunicación mediante grupos focales con sus respectivos públicos destinatarios; mapas de medios de comunicación, actores, redes, relaciones y territorios que colaboren en el trabajo intersectorial; entre otros posibles.

Uno de los objetivos prioritarios de la CGIPyC para el 2013 es desarrollar una serie de investigaciones que sirvan a este fin. Sin duda, la promoción de dichas líneas de investigación es esencial para el diseño de estrategias comunicacionales destinadas a fortalecer la prevención y el cuidado de la salud de la población argentina, sobre todo de aquellas problemáticas cuya etiología está íntimamente ligada con los hábitos y prácticas de cuidado de la salud de los individuos y comunidades.

La información pública supone también garantizar la accesibilidad de la ciudadanía a información pública sanitaria para el ejercicio pleno de su derecho a la salud, desarrollando a la vez mecanismos de escucha y receptividad para que sus necesidades, demandas y reclamos sean utilizados en la formulación de políticas.

En este sentido consideramos destacable la labor que se viene realizando con la Línea 0800 Salud Responde, un servicio de respuesta inmediata y gratuita que se encuentra bajo la dirección de la CGIPyC. Tiene como objetivos informar y asesorar a la población de todo el país sobre cuestiones relativas a políticas, programas y recursos públicos de salud; favorecer el acceso efectivo a estas prestaciones; contribuir al monitoreo de la calidad de la atención de los efectores e identificar los déficits de los servicios para ayudar a mejorarlos. Este sistema cuenta con consultores telefónicos que atienden diariamente las inquietudes de la comunidad de forma confidencial y anónima. En la actualidad se atienden consultas sobre gripe, dengue, Chagas, donación de sangre, tabaquismo, vacunas, VIH-Sida y salud sexual, entre otros temas. Además, se informa sobre el servicio de salud público más cercano, el marco legal, los derechos y obligaciones del sistema público de salud y las obras sociales nacionales, provinciales y prepagas.

Desde esta misma concepción, en el año 2010 la CGIPyC se propuso replantear estratégicamente el sitio oficial del Ministerio (www.msal.gov.ar) en tanto servicio público. Hasta ese momento, la página había sido resultado de la agregación de contenidos, banners e hipervínculos, que iban sumándose por necesidades coyunturales, sin una planificación macro

previa. Frente a este panorama, se conformó un equipo multidisciplinar para encarar la reestructuración integral del sitio web en base a un diseño comunicacional estratégicamente planteado. Así, se hizo evidente la necesidad de trabajar en el desarrollo de capacidades dentro del mismo Ministerio: por una parte, sumando al trabajo personas con formación especializada (webmaster, programadores, comunicadores visuales, comunicadores sociales para desarrollo de contenidos); por otra, generando instancias de capacitación para asegurar un mínimo de conocimientos compartidos, a través de un convenio con Ministerio de Educación para participar de charlas brindadas por funcionarios del portal educativo nacional (www.educ.ar) y realizando de reuniones internas del equipo web.

Fue un proceso de un año y medio, con avances y replanteos, hasta que finalmente en octubre de 2011 el nuevo sitio del MSAL pudo ser presentado oficialmente y puesto *on line* para toda la ciudadanía. Su replanteo estructural se centró en la accesibilidad por parte de los potenciales usuarios, e hizo foco en el concepto de servicio público de información. Más recientemente, la incursión institucional en las redes sociales abrió un nuevo canal para el diálogo directo con los ciudadanos, cuyas potencialidades y alternativas innovadoras merecen ser exploradas en el corto plazo.

4.2 Explorando nuevos enfoques y formatos para los contenidos de salud.

La elaboración de campañas y productos comunicacionales destinados a la población en distintos formatos (audiovisual, gráfico, digital, radial) es otra de las principales funciones que desempeña el área. Desde la complejidad que implica una sociedad con una gran diversidad sociocultural y geográfica, se intenta incursionar en la definición de nuevos interlocutores, circuitos, soportes y piezas para abordar los diferentes temas vinculados con la salud de las y los argentinos (materiales educativos y lúdicos, cuentos infantiles, contenidos y herramientas web interactivas, software, rotafolios, recursos audiovisuales y animaciones). Al respecto identificamos al menos cinco desafíos:

4.2.1. Otras voces en la producción de los contenidos en salud

La sanción en 2009 de la Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual generó un nuevo mapa de posibilidades para la producción de contenidos en salud. La ley redistribuye las licencias de radio y televisión en tres partes iguales entre el sector privado con fines de lucro, el sector público y el sector privado sin fines de lucro. Esto implica la inclusión de nuevos actores encargados de producir contenidos de acuerdo a las necesidades informativas, formativas y recreativas de las regiones desde perspectivas identitarias e iconográficas propias. Para la CGIPyC esto constituye un doble desafío: por un lado, priorizar la coproducción de contenidos audiovisuales por sobre los gráficos; por el otro, experimentar con otros géneros audiovisuales desde una perspectiva plural y federal.

4.2.2. De las campañas de medios a los abordajes integrales

Cuando se habla de campañas de comunicación en salud lo habitual es circunscribirlas al diseño de un conjunto de piezas (gráficas, audiovisuales y/o multimediales) con un objetivo

en común. En estos años de trabajo intersectorial e interprogramático nos propusimos avanzar hacia otra definición de campaña, que asume que para ser eficaz y que sus logros sean sostenibles debe introducir cambios en el contexto sociopolítico (por ejemplo, promoviendo la conformación de alianzas con actores clave y regulaciones que favorezcan entornos saludables); en el ámbito de los servicios (mejorando la consejería, fortaleciendo la comunicación comunitaria); y en el dominio de la comunidad y los individuos (incrementando sus conocimientos, auto-cuidado, organización comunitaria, etc.).

Así pensadas, las campañas de comunicación adquieren otro alcance y significado como estrategia de intervención y movilización social; sus interlocutores o audiencias se multiplican y diversifican, lo mismo que los modos para abordarlos. Aunque contemplan aspectos informativos a través de medios de comunicación masiva, también persiguen objetivos vinculados al desarrollo de habilidades y la interacción, coordinación, articulación y movilización de actores estratégicos que requieren de otros espacios, canales y soportes.

Lo anterior implica a su vez una permanente labor de integración, articulación y rectoría por parte del MSAL para con los diferentes programas nacionales y niveles jurisdiccionales. Esa tarea de articulación es esencialmente política, en tanto que viabiliza la acción, y pedagógica, ya que implica promover en los propios comunicadores un abordaje integral y complejo como lógica fundamental de la práctica profesional.

4.2.4. La especialización de los comunicadores

La diversidad temática que presenta la actual agenda nacional sanitaria -donde las enfermedades crónicas no transmisibles coexisten con otras propias de países en desarrollo como el Chagas, la hepatitis, la desnutrición, la tuberculosis, el VIH-Sida, el dengue y la leishmaniasis- ha alentado en los últimos años la incorporación de un importante número de comunicadores, para desempeñarse en cada uno de los diferentes programas ministeriales. Dichos profesionales están requiriendo cada vez un mayor nivel de conocimiento especializado en temas particulares para poder dar respuesta a las demandas específicas del área. Esta misma situación se va replicando poco a poco en las dependencias provinciales: donde antes había sólo una persona encargada de la prensa institucional y ceremonial, se fueron conformando equipos con un promedio de entre 3 y 4 integrantes, permitiendo la diversificación y ampliación de funciones y tareas de las áreas de comunicación.

4.2.5. Un nuevo público destinatario: los equipos de salud

No es ninguna novedad que como consecuencia de la hegemonía del modelo biomédico, los relatos de los usuarios y de su entorno, sus valoraciones y sus interpretaciones han perdido valor en la práctica médica tornando inútil el contexto socio-cultural de los pacientes (Allué, Mascarilla, Bernal y Comelles, 2006). Para deconstruir esta realidad se requiere no sólo la sensibilización personal y la capacitación en servicio de los profesionales, sino además la necesidad de avanzar sobre los modelos de atención.

Existen situaciones que no pueden ser abordadas sólo a través de la información, la comunicación y la educación ya que refieren a procesos de dominación, exclusión y

estigmatización reproducidos y protegidos por el statu quo económico-político, profesional y/o ideológico que sostienen los actores sociales que están en relación. La simplificación de estos procesos complejos bajo la denominación de “fallas en la comunicación” oculta con frecuencia objetivos de asimilación y naturalización, así como la tendencia a excluir u opacar los procesos socioeconómicos que reducen o impiden establecer relaciones interculturales realmente respetuosas y simétricas.

Un equipo que piensa y actúa en clave intercultural está situado más allá del interrogatorio y de la tecnología diagnóstica. Tiene una percepción de su propia cultura y de su status, de las diferencias de poder y saber existentes en la relación médico/paciente. También un reconocimiento de cómo la teoría y la práctica de las ciencias de la salud, específicamente de las ciencias médicas, son construcciones histórico-sociales que han privilegiado lo biológico en relación con los procesos de salud-enfermedad-atención, desestimando otras concepciones y prácticas para mantener o recuperar la salud (Allué, Mascarella, Bernal y Comelles, 2006).

Ello supone aceptar la existencia de diferentes “sistemas médicos” basados en otros modos diversos de entender la salud y la enfermedad, de diagnosticar y tratar los padecimientos, y descentrar el papel totalizador que se le asigna al sistema y a los servicios de salud formales (Perdiguero, 2006).

Esto se plantea como un desafío que puede darse en diferentes ámbitos y espacios, pero las características que en este sentido adquiera la práctica en tanto encuentro con el “otro” constituye un espacio privilegiado para lograr estos aprendizajes en el que el aporte de los comunicadores se prefigura particularmente valioso.

4.3. Una política de formación en comunicación y salud con carácter federal.

Partiendo del reconocimiento de la autonomía de gestión de cada una de las 24 jurisdicciones, se vienen desarrollando desde 2009 propuestas de apoyo y asistencia técnica en materia comunicacional. Estas acciones tienen un fuerte énfasis en la planificación estratégica y un abordaje integral de las iniciativas de comunicación desarrolladas en cada provincia, con miras a superar la fragmentación programática. Para ello, se relevan permanentemente las diversas demandas y requerimientos de los diferentes equipos de comunicación provinciales, para canalizarlos a través de instancias de capacitación y/o asesoramiento a nivel provincial, regional o nacional.

La búsqueda de una mayor articulación con las provincias motivó a la CGIPyC a realizar a mediados del 2010 el Primer Mapeo Nacional de Capacidades en Comunicación y Salud Pública en Argentina. Un estudio en el que se indagó sobre las principales necesidades, demandas y expectativas de asistencia técnica y capacitación de los comunicadores de Áreas y Programas del MSAL y de las provincias.

El principal objetivo de la encuesta fue contar con información actualizada y fehaciente sobre el grado de institucionalidad de las áreas de comunicación; qué sabían hacer (conocimientos y destrezas técnicas); cuáles eran sus trayectorias profesionales; qué tareas desarrollaban

habitualmente; qué deseaban hacer (expectativas y motivaciones); cuáles eran las condiciones concretas que ofrecía el ámbito de trabajo; cuáles eran sus principales demandas de capacitación y con qué oferta formativa específica contaban en su lugar de residencia; cómo se configuraba el sistema de medios provincial/municipal y del sector asociativo; y qué características presentaba el vínculo nación/provincias, entre otros. El análisis de los resultados fue la base para la posterior realización de una serie de iniciativas a nivel nacional, regional y provincial que presentamos a continuación brevemente⁶.

En el año 2011 se elaboró un protocolo de funciones básicas de información pública y comunicación en salud pública. Este protocolo surgió del análisis que se hizo de las tareas que efectivamente desarrollan los comunicadores de todo el país, pero también de aquellas prácticas emergentes presentes en experiencias innovadoras y de las proyecciones elaboradas con el apoyo de especialistas con quienes se intercambiaron ideas sobre tendencias en el campo de la comunicación y la salud en rondas de consulta. Este material aspira a constituirse en una referencia válida para planear la estructura de un área o departamento de comunicación a nivel ministerial; elaborar los planes anuales estratégicos; definir las competencias básicas y las condiciones laborales mínimas con las que debe contar un equipo de comunicación; orientar en la selección de personal sobre la base de estas competencias; y capacitar a los trabajadores de las áreas de prensa y comunicación o afines sobre la base de las competencias fundamentales que requiere la tarea.

Entre 2010 y 2012 se desarrollaron de manera sostenida ocho encuentros nacionales y regionales que reunieron a gran parte de los comunicadores consultados. Estos encuentros combinaron la articulación inter-programática, la capacitación continua, el intercambio de experiencias y la definición de una agenda común. En ellos, a la vez que se intentó dar respuesta a algunas demandas ligadas al actual desempeño prioritario de las áreas de prensa y comunicación (tales como la comunicación de riesgos o comunicación en situaciones de emergencia o crisis), se abordaron los enfoques asociados a la promoción de la salud más apropiados para el trabajo con las enfermedades no transmisibles, la formación en planificación estratégica y el análisis retrospectivo de abordajes teórico-prácticos más relevantes de la comunicación en el campo de la salud, entre otros.

Para el año 2013 se prevé el lanzamiento del Programa de Capacitación Virtual en Comunicación y Salud Pública, que retoma los debates, objetivos y líneas de acción prioritarias trabajadas en los encuentros de capacitación y da continuidad sostenible a la política de asistencia técnica y capacitación de la CGIPyC.

También para inicios de 2013 se prevé contar con las conclusiones de la *2da Edición del Mapeo Nacional de Capacidades en Comunicación y Salud Pública en Argentina* que se realizó

6 Para mayor información sobre el estudio consultar el siguiente artículo: Bruno Daniela y otros (2011). Mapeo nacional de capacidades en comunicación y salud pública en Argentina. Revista de Comunicación y Salud. Vol. 1 Nro. 2, pp. 5-18. Disponible en <http://www.revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/32/42>

durante el segundo semestre de 2012. Esta edición incluye a los comunicadores y comunicadoras de los diversos programas del MSAL y los ministerios de salud provinciales, sumando en esta ocasión a aquellos que actualmente trabajan en los hospitales y obras sociales provinciales. De este modo, el diagnóstico actualizado de las necesidades de asistencia técnica y capacitación, posibilitará orientar el diseño de los nuevos contenidos de la formación de nuestros colegas de todo el país.

5. El camino por delante

Desde que asumimos la coordinación de la CGIPyC cuatro años atrás, encaramos el reto de consolidar una voz rectora en lo que hace a la comunicación de la salud pública en el ámbito nacional, en el marco de un escenario sanitario argentino complejo por el entramado de subsistemas, niveles de descentralización y actores encargados de brindar servicios de salud a la población, y la diversidad de temas que afectan la salud de la población en función de las desigualdades sociales aún existentes.

Y, al mismo tiempo, nos propusimos contribuir a la profesionalización y el empoderamiento de los comunicadores en el ámbito de la salud pública, ampliando su participación en el diseño e implementación de las políticas públicas sanitarias, a fin de superar un papel meramente técnico y lograr su legitimación como un actor con incumbencias también políticas, en tanto articulador del diálogo social en el espacio público.

Complejidad, integración, integralidad, innovación, especialización y abordaje estratégico son costados de un mismo proyecto institucional impulsado por la CGIPyC, orientado a consolidar la perspectiva comunicacional como una dimensión constitutiva y estratégica de las prácticas en salud.

Referencias

Allué, Xavier; Mascarella, Laura; Berna, Mario y Comelles, Josep. (2006). De la hegemonía de la clínica a la etnografía en la investigación intercultural en salud. En Fernández, G. (Coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina, antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Universidad Castilla-La Mancha/Edit.ABYA AYALA.

Briggs, Charles. (2005). Perspectivas críticas de comunicación y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. *Revista Antropología Social*. Vol. 14, pp.101-124.

Coordinación General de Información Pública y Comunicación (CGIPyC). (2010). *Funciones básicas de información y comunicación en salud pública, Ministerio de Salud de la Nación Argentina*. Buenos Aires.

El Ágora. (2006). *Comunicación y desarrollo. Aportes para la transformación social*. Disponible en <http://www.elagora.org>. Recuperado el 11 de octubre de 2012.

Fuks, Ana; Jait, Andrea; Harrington, María; Pérez Panelli, Sebastián y Rovere, Mario. (2008). Dossier central migraciones y salud. *Revista PoSibles*. N° 2, pp. 20-30.

Jaramillo López, Juan Camilo. (2004). *Modelo de comunicación pública organizacional e informativa para entidades del Estado*. Bogotá: MCPOI, USAID/Casals & Associates Inc.

Johns Hopkins University. (2002). *Estrategia de comunicación para PROSILAIS*. Baltimore.

Menéndez, Eduardo. (2006). Interculturalidad, 'diferencias' y Antropología 'at home'. Algunas cuestiones metodológicas. En Fernández, G. (Coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina, antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Universidad Castilla-La Mancha/Edit.ABYA AYALA.

Menéndez, Eduardo y Spinelli, Hugo. (Coords.). (2006). *Participación social ¿Para qué?* Buenos Aires: Editorial Lugar.

OPS-OMS. (1995). *Información y comunicación social en salud*. Disponible en <http://bvsms.saude.gov.b>. Recuperado el 11 de octubre de 2012.

OPS/Fundación Kellogg. (2001). *Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes*. Washington D.C.

Perdiguer, Enrique. (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. En Fernández, G. (Coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina, antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Universidad Castilla-La Mancha/Edit.ABYA AYALA.

Waisbord, Silvio. (s/f). *Árbol genealógico de teorías, metodologías y estrategias en la comunicación para el desarrollo*. Fundación Rockefeller, Mimeo.