

Enviado 01/04/2022
Aprobado 20/07/2022
Publicado 02/01/2023

TECNICIDAD VERSUS CONSTRUCCIÓN PARTICIPATIVA, REFLEXIONES A PARTIR DE UNA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN EN SALUD

Technicality versus participatory construction, reflections from a health communication strategy

Carlos Duvan Páez Mora¹: Universidad Manuela Beltrán. Colombia.
carlos.mora@docentes.umb.edu.co

María Teresa Buitrago Echeverri: Fundación Universitaria del Área Andina. Colombia.
mtbuitragoe@gmail.com

Cómo citar el artículo:

Páez Mora, C. D. y Buitrago Echeverri, M. T. (2023). Tecnicidad versus construcción participativa, reflexiones a partir de una estrategia de comunicación en salud. *Revista de Comunicación y Salud*, 13, 16-36. <https://doi.org/10.35669/rcys.2023.13.e309>

Resumen

Las estrategias de comunicación en salud regularmente se basan en modelos técnicos planteados desde organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (PAHO), el Centro para el Control de Enfermedades (CDC), entre otros. Estas estrategias se desarrollan bajo un modelo reproducible con el fin de ser ajustadas en los diferentes países, ciudades y comunidades donde se van a aplicar. Sin embargo, la experiencia local de aprendizaje a través de la construcción de una estrategia de comunicación en salud para prevenir enfermedades respiratorias deja muchas reflexiones sobre el hacer técnico versus las construcciones participativas.

La historia de Paco HerrE.R.A, es una estrategia de comunicación en salud para la prevención y promoción de la enfermedad respiratoria aguda que inicio como una tarea técnica de un estudiante basada en los lineamientos de las organizaciones mundiales; sin embargo, la inmersión de los investigadores en la comunidad derivó la concepción del desarrollo de estrategias técnicas a una construcción metodológica de tipo participativo que logró resultados inesperados en la comunidad. Esta reflexión invita a los profesionales a considerar la educación en salud desde enfoques cualitativos de participación en los que el conocimiento se construye en interacción con las comunidades.

¹ **Carlos Duvan Páez Mora**: Terapeuta Respiratorio, Magister en Salud Pública y Desarrollo Social. Coordinador de Investigaciones de la Unidad Cardio-Pulmonar Manuela Beltrán.

Palabras clave: Comunicación en salud, Metodología, Aprendizaje a través de la experiencia, Participación, Educación en salud, Enseñanza técnica, Prevención & control.

Abstract

Health communication strategies are regularly based on technical models proposed by international organizations such as the World Health Organization (WHO), the Pan American Health Organization (PAHO), the Centers for Disease Control (CDC), among others. These strategies are developed under a reproducible model in order to be adjusted in the different countries, cities and communities where they will be applied. However, the local experience of learning through the construction of a health communication strategy to prevent respiratory diseases leaves many reflections on technical versus participatory constructions. The story of Paco HerrE.R.A, is a health communication strategy for the prevention and promotion of acute respiratory disease that began as a technical task of a student based on the guidelines of world organizations; however, the immersion of the researchers in the community derived the conception of the development of technical strategies to a participatory methodological construction that achieved unexpected results in the community. This reflection invites professionals to consider health education from qualitative participatory approaches in which knowledge is built in interaction with communities.

Keywords: Health communication, Methodology, Activity learning, Participation, Health education, technical education, Prevention & control.

1. INTRODUCCIÓN

Técnicamente, las estrategias de comunicación en salud siguen patrones de construcción como claridad, coherencia y síntesis que son primordiales para su formulación. Organismos como la Organización Mundial de la salud y las Naciones Unidas orientan la salud mundial a través de los objetivos de desarrollo sostenible. En igual sentido, estrategias de atención primaria en salud y comunicación en salud donde la educación es la base conceptual (OMS, 2012; PNUD, 2015).

Sin embargo, los modelos usados para la solución de problemáticas en salud continúan siendo lineales y predecibles (García *et al.*, 1976; San Pedro & Gil, 2003). La mayoría de países como parte de su compromiso con la Organización de las Naciones Unidas (ONU) invierten recursos en creación de estrategias de comunicación con sus guías y orientaciones; folletos, banners y piezas visuales son utilizadas en todo el mundo en respuesta a un requisito técnico de formulación para persuasión individual, ejemplo de ello es la Guía Rápida para Adaptar el Marco de Comunicación Estratégica para la Prevención del Zika (USAID & UNICEF, 2017).

A su vez las estrategias de comunicación en salud locales, están ligadas a las definiciones teóricas de la Organización Panamericana de la Salud y el servicio comunitario de los Estados

Unidos en sus Guías de orientación nacional para la comunicación en salud, directriz que proporciona la base metodológica para la construcción de estrategias de salud colombianas y latinoamericanas (Ministerio de Salud de Colombia, 2018).

Este artículo de reflexión, parte de un trabajo de investigación previo que consistió en el diseño y evaluación cuantitativa de una estrategia de comunicación en salud para la prevención, manejo y control de la enfermedad respiratoria aguda llamada La Historia de Paco HerrERA. El artículo de investigación inicial se llama “Intervención Educativa a través de la estrategia de comunicación en salud para manejo de la enfermedad respiratoria aguda “La Historia de Paco HerrE.R.A.”, realizado en 2017. En dicho trabajo se analizó cuantitativamente la apropiación del conocimiento pre y post intervención de los cuidadores de niños menores de 5 años que participaron en las dos sesiones educativas donde se compartió la estrategia. Los resultados de esta investigación mostraron diferencias estadísticamente significativas (Páez, 2018). No obstante, el proceso de construcción metodológico y colectivo de las herramientas que conforman la estrategia no fue documentado. Considerando que este proceso es un componente central, y que la forma en la que se construyeron sus herramientas y se transformaron las percepciones de los investigadores sobre los preconceptos técnicos de la comunicación en salud son relevantes; se considera de gran interés compartirlos, con el ánimo de aportar a una mayor reflexividad en el diseño e implementación de estrategias en el campo de la comunicación en salud. Este artículo de reflexión mostrará la experiencia vivida en la construcción de cada una de las herramientas educativas en salud, la limitación encontrada por los investigadores en la teoría y guías existentes sobre el tema, el cambio de perspectiva para su desarrollo e invita a los diseñadores de estrategias en salud a re-evaluar la construcción de herramientas educativas tomando en cuenta a la comunidad.

Todo el desarrollo del proyecto, así como la participación de la comunidad en ella, tiene el uso previo del consentimiento informado, el principio de confidencialidad y la aprobación del comité de ética institucional con acta número 1420.

1.1. Comunicación en salud, supuestos teóricos y técnicos

La comunicación en salud se expresa como la forma de transmitir mensajes claros, exactos, fiables y repetitivos de carácter individual o colectivo como una herramienta para prevenir y promover la salud, dar recomendaciones clínicas y lograr cambios en la salud pública de las poblaciones (U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos define la comunicación en salud como:

Proceso de comunicación estratégica basado en la ciencia que ayuda a abordar los desafíos de la salud pública. El proceso incluye el uso de múltiples teorías y modelos de aprendizaje conductual y social con el fin de identificar los pasos para influir en las actitudes y el comportamiento del público. (CDC, 2019, p. 2)

A su vez González-Díaz en su texto comunicación en salud como premisa fundamental la entiende como: “una estrategia clave que posibilita, además de informar al público sobre cuestiones de salud, mantener en la agenda pública asuntos importantes sobre salud” (2015, p. 1).

A nivel nacional se tienen documentos guía de orientación para la formulación departamental y municipal de estrategias de comunicación basadas en las teorías de la comunicación en salud según los lineamientos de la OPS, el Ministerio de Salud y las Secretarías locales de salud. Este tipo de estrategias se encuentran desarrolladas en todo el territorio nacional (Ministerio de Salud de Colombia, 2018).

1.2. Modelos y teorías de la comunicación en salud

Operativamente, el modelo de creencias en salud fue uno de los primeros modelos en tratar la comunicación, donde los comportamientos en salud y la prevención de la enfermedad están mediados por las creencias que condicionan el accionar, como una línea del tiempo desde la niñez hasta la vejez. Los comportamientos en salud se dan particularmente en cada cultura, el modelo ha sido descrito por muchos investigadores expresando limitaciones como la falta de armonía entre el análisis de la creencia y la conducta individual. A pesar de estas críticas sigue siendo utilizado ampliamente por la OMS (San Pedro & Gil, 2003).

El modelo PRECEDE también de tipo individual, busca aislar los factores de riesgo en la salud para así proyectar estrategias y llegar a modificarlos (García *et al.*, 1976). De otro lado, el modelo etapas de cambio expresa una transición para lograr el cambio de comportamientos en salud mediado por la pre-contemplación, contemplación, acción y mantenimiento para formar una nueva conducta (Cabrera, 2000).

Por otra parte, la teoría del aprendizaje social, busca cambios persuasivos por imitación, donde la decisión comportamental es propia del individuo con base en su observación (Bandura, 1987). Estos modelos, al igual que el de acción razonada, tienen en común los factores predisponentes del individuo, sin embargo, el modelo de acción razonada incluye la cultura como variable decisiva del comportamiento en salud (Ríos, 2010).

Las estrategias de comunicación en salud se han difundido en todo el mundo y han logrado cambios relevantes en salud, como el caso de Karelia del Norte, Finlandia, donde se redujo en más del 50% la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la población económicamente activa, a través de estrategias de comunicación difundidas por medios masivos para alertar sobre factores de riesgo (Barengo *et al.*, 2011). En Italia, el proyecto ESCULAPIO proporcionó un modelo de prevención de enfermedades infecciosas enseñando sobre la importancia de la vacunación; fue distribuido en video por diferentes medios de comunicación nacional y se realizaron reuniones locales, su fácil replicación y llegada a los lugares más lejanos lo posicionó como un punto de partida para la mejora en salud de la población (Bechini *et al.*, 2017).

La comunicación en salud ha evolucionado en el mundo, es así que sus teorías se han ido transformando desde el enfoque individual de persuasión personal, hasta nuevos enfoques grupales como el de transformación colectiva (Ríos, 2011). Este enfoque de transformación colectivo fue evidente tras la experiencia sobre la construcción de la estrategia de comunicación en salud, La historia de Paco HerrE.R.A sobre la cual se reflexiona en este escrito.

1.3. Construcción colectiva de la estrategia de comunicación en salud “La historia de Paco HerrE.R.A”

La Historia de Paco HerrE.R.A es una estrategia de comunicación en salud que busca apropiarse de competencias en promoción, prevención y manejo de la enfermedad respiratoria aguda a cuidadores de niños menores de 5 años, involucrando creencias culturales y arte como una forma diferente de comunicar en salud. Por su trabajo innovador y un esfuerzo transectorial entre organizaciones, instituciones y la comunidad como principal protagonista, fue reconocida académicamente y en medios de comunicación como una forma novedosa de comunicación en salud logrando así el premio nacional de innovación social BYCI 2017. Ponencias internacionales, divulgación por medios de comunicación y parques de toda Colombia, la convirtieron en referente de estrategias de comunicación en salud (HSB NOTICIAS, 2019).

1.3.1. Inicio de la Historia

La Historia de Paco HerrE.R.A, nace en agosto del 2015 en una práctica clínica de la carrera profesional de Terapia Respiratoria en Bogotá, Colombia, tras la identificación de un problema de salud pública, la morbilidad de niños menores de 5 años por enfermedad respiratoria aguda; relacionada con la falta de conocimiento de los cuidadores, debido entre otras razones, a limitaciones de las estrategias de comunicación en salud que convencionalmente se transmiten en banners, folletos, carteles e incluso videos, bajo los modelos teóricos como el de creencias en salud y PRECEDE (Carvajal *et al.*, 2010).

Este tipo de estrategias generan bajo interés, poca remembranza y son difíciles de asociar emocionalmente en los cuidadores (García *et al.*, 1976; Ministerio de Salud de Colombia, 2018; San Pedro & Gil, 2003). Dichas estrategias buscan aportar a la salud desde la educación con piezas tangibles, pero la relación costo-efectividad no es la mejor, su desarrollo resulta costoso y la eficacia limitada, las estrategias tradicionales de comunicación en salud generan escaso procesamiento de aspectos emocionales y sociales en el proceso de salud-enfermedad siendo inefectivas (dos Santos *et al.*, 2010).

Tras identificar la necesidad de implementar una forma diferente de comunicar en salud, se vivió una experiencia emocional producto de la inmersión de los “investigadores” en la comunidad, en aquel entonces la Docente de prácticas y su estudiante.

Un niño de 2 años ingresaba al servicio de urgencias de un Hospital al Sur de Bogotá en muy mal estado. Una enfermedad respiratoria aguda, en este caso Neumonía lo llevaba a la muerte, su condición demostraba la tardanza de sus cuidadores para detectar la gravedad de la

enfermedad y reaccionar a esta. Tras su atención prioritaria por los profesionales de turno y la estabilización en sala de reanimación, la terapeuta respiratoria docente de Practicas les preguntó a los padres: “¿Por qué no traen el niño a tiempo?”, a lo que los padres responden llorando: “No sabíamos que era tan grave, es que era una simple gripe, él solo tenía tos”.

A simple vista, el desconocimiento en los signos de alarma de la enfermedad respiratoria aguda estaba ocasionando esta situación. La docente encargada comento que como este se presentaban muchos casos día a día, incluso de niños que visitaban por segunda vez el centro hospitalario. Muchos de los cuidadores de niños menores de 5 años que consultaban por segunda vez ya habían recibido educación sobre signos de alarma y cuidado del niño enfermo en casa, como parte de las obligaciones del equipo médico; sin embargo al preguntarles sobre el tema daba la impresión de que nunca habían escuchado sobre ello (HSB NOTICIAS, 2019). El principal problema de estas piezas comunicativas convencionales es que eran olvidadas rápidamente, esto puede explicarse según Matos y colaboradores, ya que el cerebro humano está constantemente en procesos sinápticos de almacenamiento de información; fisiológicamente, la memoria es reconocida como la capacidad de recorrer caminos de conexión neuronal exactos que traen consigo el recuerdo de la información almacenada. Lograr la construcción de este tipo de caminos de remembranza es difícil cuando existe falta de claridad, atractivo o sencillez de piezas comunicativas (2009).

1.3.2. Primer componente de la estrategia: La canción en video y video clip sobre prevención

La idea de construir las herramientas que constituyen la estrategia transmitiendo el mensaje de una forma diferente, se fortaleció tras esa vivencia, sumado a las insistentes invitaciones de la docente para crear soluciones sobre el tema, la música fue el camino para hacerlo.

“La música es el arte de combinar sonidos agradablemente al oído según las leyes que lo rigen” (Sebasti & Sanin, 2015), entre estas leyes se encuentran 4 parámetros fundamentales: armonía, ritmo, melodía y letra que confluyen entre sí para formar la “canción”. La música es arte y por ende suele expresar la visión interiorizada del artista a un medio externo; de esta manera el compositor construye con armonía, ritmo, melodía y letra una expresión personal exteriorizada plasmada en sonidos. Cabe resaltar que, con un correcto equilibrio de los componentes musicales, se puede incitar a la persona a sentir y expresar emociones, una muestra de ello es la musicalización de las películas que constantemente acompañan la experiencia visual con fragmentos sonoros que evocan sentimientos y emociones (Sebasti & Sanin, 2015).

En el contexto del aprendizaje, la música es un medio sencillo para compartir información importante que puede ser fácilmente adaptada a la vida del oyente y en solo 3 minutos dotar con valiosos mensajes a un grupo de personas, que seguramente la recordarán más que un texto, incluso si la canción es sencilla, agradable y se repite lo suficiente puede perdurar en la memoria por años. Para Morales-Hernández y Urrego-Mendoza la música “crea espacios imaginarios, ofrece cohesión social, abre posibilidades para la subjetivación y participa en estrategias comunicativas a nivel de mercadeo funcionando como un vehículo de enseñanza

didáctico e innovador” (2017, p. 5). El aprendizaje a través de la música aumenta la perspectiva psicosocial de las problemáticas, abriendo el entendimiento y generando espacios de análisis (Machado *et al.*, 2013; Shegog *et al.*, 2017)

La noche en que se vivió la experiencia emocional con el caso del niño, se desarrolló la composición de la canción de la estrategia pensada con un enfoque sencillo de rima, armonía, melodía y ritmo, para facilitar la remembranza de los signos de alarma y enseñar como prevenir la enfermedad respiratoria aguda a través del relato de una historia. La canción cuenta la historia de un niño en sus primeros años de vida, que enferma, pero debido a su edad no puede expresar lo mal que se siente, sus padres desconocen totalmente los signos de alarma de la enfermedad respiratoria aguda que comenzó como una gripa. Al complicarse es llevado a urgencias por su padre. Al llegar al hospital, tras recibir atención, el doctor les recuerda insistentemente los signos de alarma de la enfermedad para evitar que se repita el evento. El niño se recupera satisfactoriamente gracias al tratamiento, se dan las recomendaciones de cuidado en casa y se enfatiza la necesidad de llevarlo a urgencias si presenta aun uno de esos signos de alarma.

El nombre del niño se eligió por su sencillez y fácil remembranza, la canción se llamó La Historia de Paco HerrE.R.A, enfatizando en la sigla de la enfermedad respiratoria aguda: E.R.A, en el apellido HerrE.R.A. Esto logró una conexión directa de los cuidadores con una historia real, que sin pensarlo convertiría a Paco en una representación simbólica de los niños menores de 5 años que pueden enfermar o morir por una enfermedad respiratoria aguda.

La canción además de contar la historia de Paco HerrE.R.A, tiene en su contenido reflexiones por interpretación a transmitir a los cuidadores en la tabla 1.

Tabla 1. Reflexión por estrofas de la canción, La historia de Paco HerrE.R.A

<i>Estrofa</i>	<i>Reflexión</i> (Entendida por interpretación del texto en las estrofas)
Paco un Buendía muy malito despertó Es tan solo un niño en sus primeros añitos Paco no se siente tan feliz como siempre Pero quiere que su mamita se despierte	Aprende a observar lo que tu hijo te dice tal vez sin poder hablar por su corta edad quiere expresar algo importante. Mira su actitud, analiza su aspecto.
Su papá lo lleva apresurado a urgencias Pues su pecho suena como ronca la abuela Los doctores dicen si su hijo presenta algunos de estos signos estén muy alerta...	El pecho de los niños o niñas no debe generar sonidos extraños al respirar. Si se escuchan ronquidos o silbidos, debes consultar a urgencias, puede ser que tu niño tenga una enfermedad respiratoria que se está complicando.
<i>Coro (Signos de Alarma)</i>	
Fiebre, no come, no bebe, respira raro Convulsiona, no reacciona, somnoliento, Se queda en cama. Sus costillas se hundan extraño, vomita todo	Cada uno de estos signos de alarma de enfermedad respiratoria es la manifestación de que las vías respiratorias de los niños, están inflamadas, obstruidas o llenas de moco, a causa de un virus o

sus uñas y labios morados.	una bacteria, esto impide que el oxígeno llegue adecuadamente a los pulmones generando esfuerzo por respirar. El reconocimiento a tiempo de alguno de estos signos es fundamental para evitar complicaciones.
Paco respondió muy bien al medicamento Porque su doctor le dirigió el tratamiento	En la elección del tratamiento, Siempre se debe consultar directamente al profesional. No es prudente auto medicarlos, es necesario evitar exponer a los menores a recibir medicamentos que puedan poner en peligro su salud, no solo porque no son los adecuados, sino porque se pierde tiempo valioso para administrar el tratamiento apropiado. Los remedios naturales como las aguas de yerbas están recomendadas en casos de resfriado común sin complicaciones.
Solo ten en cuenta la lactancia materna Vacunación completa higiene y comida correcta	Es importante evitar las enfermedades siguiendo medidas básicas de prevención como son: Esquema de vacunación completo, lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, medidas de higiene como el lavado de manos, un ambiente limpio y ventilado. Una dieta balanceada y acorde a la edad.
<i>Coro (Signos de Alarma)</i>	
Final: Llévalo a Urgencias, pero no te demores. Así evitarás en el futuro dolores.	No se debe confiar en que el menor mejorará en casa. Tras detectar algún signo de alarma se debe actuar de forma rápida y oportuna llevando al niño a Urgencias.

Fuente: Páez y Rodríguez, 2017a

A partir de la canción y con el apoyo de la docente, se inició el camino para complementar la estrategia y buscar apoyo. Se continuó el proceso de creación de una imagen y la construcción de dos videos: uno con la canción oficial y el segundo, un videoclip sobre prevención: como evitar que el niño se enferme y como cuidarlo en casa. Esta evolución tardó más de dos años. Inicialmente la primera pieza visual se construyó con apoyo de otro estudiante de prácticas; las demás construcciones y modificaciones fueron realizadas por el investigador en su momento estudiante, con apoyo de la universidad.

La letra, ritmo de la canción y el componente visual fue modificado como parte de un proceso de evolución inicialmente relacionado con comentarios de algunos expertos del Ministerio de salud y protección social, la Secretaría de salud de Bogotá, la Institución universitaria y algunos hospitales de Bogotá. Sin embargo, los cambios significativos se gestaron tras compartir la canción y los videos con la comunidad, cuidadores de menores de 5 años del Hospital, colegios públicos, jardines y reuniones en eventos particulares. Tras el tiempo en comunidad el video clip se creó y editó hasta lograr mezclar animaciones e imágenes reales

Tecnicidad versus construcción participativa, reflexiones a partir de una estrategia de comunicación en salud

para facilitar el aprendizaje, ya que, solo las animaciones no permitían ver la apariencia de un signo de alarma en la vida real, generando confusión en los cuidadores (Páez, 2017).

Para el desarrollo de la versión final del primer video “canción oficial”, se contó con la participación de más de 20 niños de un jardín infantil de la localidad de Suba en Bogotá, quienes previo consentimiento informado de sus padres, contribuyeron al rodaje cantando la canción, demostrando lo sencillo y fácil que es aprenderse los signos de alarma con esta pieza musical (Páez, 2017).

Con este ejercicio se entendía como al enseñar a los niños la historia de Paco, se podrían convertir en un canal de enseñanza para sus cuidadores. Algo inesperado que tomamos de la experiencia que nos contaban los cuidadores.

Algunos de los comentarios:

“Mi hijo no para de cantar la canción y decirnos que la cantemos para detectar a tiempo la gripa grave y cuidar al hermanito menor”.

“Me insiste todos los días sobre el lavado de manos antes de comer y la necesidad de cubrirle la nariz y boca al salir a la calle para que no le pase lo de Paquito”.

“Mi hijo me preguntó por qué habíamos permitido que al hermanito le pasara lo de Paco y se le hundieran sus costillitas”.

Se logró identificar también, que la creación de un personaje en representación de los niños menores de 5 años con enfermedad respiratoria aguda era fundamental en el proceso de enseñanza, así como el uso de palabras sencillas (Páez *et al.*, 2017b).

Figura 1. Logotipo oficial de la estrategia de comunicación en salud *La Historia de Paco HerrE.R.A.*



Fuente: Páez *et al.*, 2017a

1.3.3. Segundo componente: Video sobre el experimento social de enfermedad respiratoria

Con este primer componente la estrategia (canción oficial con video y video clip de prevención) se empezó a difundir y compartir en sesiones, inicialmente en hospitales y en la universidad. En medio de la comunidad se entendió la necesidad de construir una segunda herramienta, un video corto que expresara audiovisualmente como cuidar el niño en casa y como evitar que se enferme; pues las preguntas sobre el tema invadían la sala al finalizar cada encuentro. Su construcción se llevó a cabo con un lenguaje sencillo a dos voces, musicalización propia de los autores y animaciones de un practicante de diseño y animación de la universidad. Lograr una correcta comunicación en salud, exigía la utilización de diferentes formas de aprendizaje y diferentes medios de enseñanza apoyados en el arte y los medios audiovisuales (Lan *et al.*, 2017; Barcaz, 2002).

En este punto de la historia, aparecía el cuestionamiento de una preconcepción teórica que resultó de la inmersión en la comunidad por parte de los investigadores, ¿Continuar con la construcción colectiva de las herramientas de la estrategia basados en las necesidades comunitarias y cosmovisiones en salud o apoyarse netamente en los “expertos” y las guías técnicas como cotidianamente se hace?

Inicialmente descubrimos que llegar a la comunidad a una sesión de enseñanza con tecnicismos y prohibiciones sobre sus costumbres genera disgustos, desinterés y falta de atención sobre el tema, a manera de ejemplo: algunas costumbres culturales como el uso de infusiones a partir de plantas aromáticas o el uso de la camisilla de bayetilla roja (es una

camisilla confeccionada en una tela de gran suavidad llamada bayetilla y cotidianamente de color rojo) para tratar el resfriado común, son contundentemente atacadas por las guías técnicas, pero ampliamente usadas y valoradas por la comunidad; así fue como transitamos en la co-creación con la comunidad, abandonando lo técnicamente esperado.

A pesar de la efectividad de las dos herramientas (canción y video clip), a algunos cuidadores, en especial los hombres o abuelas, era difícil vincularlos emocionalmente a la problemática, de esta forma surge el segundo componente de la estrategia tras descubrir durante los encuentros, cómo los aspectos emocionales relacionados con la enfermedad al contar la historia y la posibilidad que se replique el suceso en su propia vida, generaba una aceptación por la información, aumento de interés y disposición para el aprendizaje. Faltaba entonces construir una experiencia vicaria y que mejor para ello que un experimento social en video mostrando la problemática. La experiencia vicaria es la situación vivida en carne ajena, que evoca sentimientos, emociones vivenciales y tiene la posibilidad de alterar conductas (Bastos *et al.*, 2016). Esta construcción audiovisual e investigativa se denominó experimento social y metafóricamente se convertiría en la puerta de entrada al dialogo con la comunidad, un anzuelo para atrapar a los cuidadores en la problemática, despertando interés y deseo de aprendizaje, de esta manera se repotenciaban la canción y su video que contienen gran parte de la información a enseñar (Páez *et al.*, 2018).

La construcción del experimento social llevó varios meses. Para desarrollarlo fue necesario entrenar durante un mes a un niño de 5 años, (previa aprobación y firma del consentimiento informado de parte de su madre), para que simulara los signos de alarma de la enfermedad respiratoria aguda. El casting se desarrolló para tres niños, dos de ellos con una situación familiar similar, un estrato socioeconómico medio, quienes no lograron realizar el ejercicio. El tercer niño (Alan), un pequeño de estrato bajo que vivía en un barrio apartado de Zipaquirá, Colombia, su casa contaba con piso en cemento, paredes de ladrillo y convivía con su familia en condición de hacinamiento. Ellos, se emocionaron con la propuesta y desde el primer momento empezaron a entrenar en el aprendizaje de los signos de alarma. Durante cuatro sesiones el investigador visitó su casa para enseñar y reforzar la expresión teatral hasta el día de la grabación. Una anécdota inesperada surgió de ese proceso; la profesora del jardín del niño llamó preocupada a su madre días antes de la grabación, informándole que no veía nada bien a su hijo, estaba enfermo, con tos y respiraba extraño. Su madre, inmediatamente se desplazó al jardín por él, pero al llegar, su hijo corrió a abrazarla demostrando estar perfectamente bien, diciendo a su madre: “*Mamá, ¿ves cómo lo hago de bien? Ya estoy listo para la grabación*”, su madre explicó a la profesora lo del video y juntas rieron.

El rodaje se realizó un domingo en el parque de la 93 en el norte de Bogotá. Alan, duro media hora en diferentes lugares simulando los signos de alarma de la enfermedad respiratoria aguda, su maquillaje denotaba la falta de oxígeno en sus labios, la palidez generalizada en su rostro, la expresión de angustia por no poder respirar, sin embargo, no hubo respuesta de las personas a su alrededor o inquietud sobre su estado. La pregunta del video fue, ¿puedes salvar a tiempo la vida de un niño con una gripe complicada?, la respuesta del video a los sucesos fue: No. Posterior a ello, Alan conversa con algunas personas en compañía de su “madre” una docente de inglés que hizo la representación de su verdadera

mamá y entre todas las personas que se encontraban en el parque solo dos mujeres jóvenes se percatan de la situación anormal de Alan y persuaden a la madre para que consulte prioritariamente al médico. En general, el experimento demostró el desconocimiento de los signos de alarma por parte de los adultos, situación que, para un caso real, le hubiese costado la vida al niño. Así se plasmó el video, generando conciencia sobre la problemática con los cuidadores.

1.3.4. Tercer componente: Diálogo de saberes

Un tercer componente de la estrategia se basó en reconocer las creencias culturales ancestrales de algunas familias colombianas en especial las del altiplano Cundiboyacense y como generaban conexión con la población. En el caso de la E.R.A, la camiseta de bayetilla roja. En Colombia, es una costumbre compartida de generación en generación, a la cual los cuidadores le tienen gran fe, pues consideran que el uso de esta camisilla protege y cura los niños de las enfermedades respiratorias. Es común encontrarlas a la venta en las tiendas de ropa (Rodríguez M. et al., 2015). En las sesiones con la comunidad y con el apoyo económico de la universidad, se empezó a llevar camisillas de bayetilla roja con la imagen de Paco HerrERA, al finalizar la proyección de las herramientas audiovisuales se motivaba a los cuidadores a recordar los signos de alarma cantando la canción, se repartían algunas camisillas de bayetilla roja y se iniciaba un diálogo de saberes y creencias motivado por los comentarios de algunos asistentes al recordar la camisilla de bayetilla, probablemente de su infancia. La introducción de esta herramienta nos alejaba aún más del tecnicismo conceptual y nos mostraba, que algo tan sencillo como la camisilla roja, era un transporte de motivación para los cuidadores; el asociar el interés de los investigadores con sus creencias generaba una disposición a la conversación y el aprendizaje mutuo.

1.3.5. El ensamble de las piezas

Figura 2. *Experimento social*



Fuente: Páez & Rodríguez 2018.

Nota: El experimento social como la puerta de entrada al conocimiento donde la comunidad se conectaba emocionalmente y se disponía a aprender. Nota: El experimento social como la puerta de entrada al conocimiento donde la comunidad se conectaba emocionalmente y se disponía a aprender.

Figura 3. *¿Cómo lo cuido en casa?*



Fuente: *Páez et al., 2017b.*

Nota: El videoclip “como evitar que el niño se enferme, como cuidarlo en casa” con recomendaciones puntuales del cuidado y prevención de la enfermedad.

Figura 4. *Canción oficial*



Fuente: *Páez, 2017.*

Nota: La canción oficial contando la Historia de Paco HerrERA donde se afianzan las recomendaciones de prevención y por medio de la repetición del coro, se facilita el aprendizaje de los signos de alarma de la enfermedad respiratoria aguda, además del apoyo visual para su detección.

Figura 5. Camisilla de bayetilla roja



Fuente: Páez, 2017.

Nota: Los diálogos y compartir de las creencias culturales como el uso de la camisilla de bayetilla roja

2. DISCUSIÓN

Alejados de la tecnicidad, la experiencia vivida con la estrategia nos enseñó que la verdad se descubre en el interior de las poblaciones como lo describe Orlando Fals Borda citado en Cabra, por ello la comunidad protagonizó la construcción de la estrategia a la par que propiciaba un cambio social, modificaba y marcaba la trayectoria de la misma basada en sus creencias, cultura, y necesidades de aprendizaje (Cabra, 2008).

La experiencia social empírica de Investigación acción participativa vivida en la construcción de la estrategia, permitió un acercamiento a una visión holística del entorno, esto consolidó el proceso de fractura epistemológica sobre comunicación en salud que vivieron los investigadores.

La fractura epistemológica ha sido definida por Florido (Nunes, 2014) cómo una ruptura conceptual del conocimiento individual, transmitido al conocimiento colectivo modificando el fundamento teórico, inicialmente una experiencia confusa vivida por los investigadores que modificó la forma de pensar y abordar el trabajo en comunidad. Este abordaje cambia la forma de construir estrategias de comunicación, se abandonan las concepciones lineales positivistas y se avanzaba en una experiencia de investigación acción participativa como la descrita por Orlando Fals Borda, donde el binomio praxis-teoría explicaba el proceso desafiante de enfrentarse a la objetividad, el conocimiento y la ciencia como cotidianamente se ha enseñado en la educación tradicional, un hacer técnico (Cabra, 2008). Por ello el primer documento científico publicado sobre este estudio fue una investigación cuantitativa que

evaluaba los resultados pre y post intervención de su aplicación, omitiendo por completo la riqueza que se vivió durante el proceso de construcción, llegar a una descolonización de saberes fue todo un reto para los investigadores (Cabra, 2008; Páez, 2018).

Hablando de la comunicación en salud es importante definir la diferencia entre información y comunicación en salud, la información es un suceso capaz de transmitir conocimiento y la comunicación en salud es una concertación bilateral que propicia cambios en la vida, a su vez debe propiciar actitudes y prácticas convenientes para el cuidado de la salud (Beltrán-Salmón, 2010). Basados en esto, las estrategias de “comunicación en salud” convencionales pueden considerarse estrategias de información más no de comunicación.

Según Gumuccio Dagron, las dificultades mundiales hablando de comunicación en salud, están determinadas por sus constructores, ya que habitualmente saben de salud pero no de comunicación, expuesto textualmente por él “el doctor sabe de salud, pero no de comunicación, así de simple” (2010, p. 91). Este proceder generalizado es razón de preocupación, las altas esferas del mundo formulan soluciones para las poblaciones más pobres, desiguales y marginadas, sin siquiera conocer la realidad de la situación, demostrando una distancia abismal entre el discurso institucional y el reconocimiento de la realidad (Gumucio- Dagron, 2010). Los organismos mundiales sin embargo comparten la necesidad de la participación comunitaria y cultural en la comunicación en salud, pero esperan que todos los entes bajo ellos en jerarquía entreguen informes de la aplicación de sus estrategias creadas, sin tomar en cuenta la comunidad (Fancourt & Finn, 2019). Para Urrutia y colaboradores “los profesionales en salud deben desarrollar técnicas de comunicación que ayuden a los pacientes a disminuir las barreras y a mejorar los resultados en salud” aplica totalmente para el trabajo en comunidad (2016, p. 1).

La comunicación en salud no debe verse individualmente sino colectivamente, una estrategia difícilmente puede ser universal debido a la diferencia en las condiciones de vida de cada población, sus necesidades, contexto, entorno, historia, creencias y costumbres a pesar que compartan los mismos casos de morbilidad (Ríos, 2010). La comunicación en salud expresa la necesidad de protagonismo de las comunidades en la salud de su entorno, como una responsabilidad adquirida tanto en la formulación de la estrategia como en el desarrollo y mensaje de ella (Gumucio-Dagron, 2011). En este campo la comunicación para el cambio social ha sido un modelo llamativo en Latinoamérica, por incluir la comunidad como un actor central en el desarrollo poblacional alejado del condicionamiento teórico para partir de decisiones basadas en el diálogo, es allí donde los pueblos descubren la forma adecuada de aprender nuevas cosas y hasta modifican ciertos comportamientos en armonía con sus características sociales (Gumucio- Dagron, 2011).

El reconocimiento de la cultura, creencias e historia es fundamental para conocer la realidad de las comunidades, allí las estrategias en salud logran mejor sus objetivos y para esto es necesario que desde la etapa de diagnóstico la población sea protagonista (Ríos, 2011). Las características culturales y el conocimiento ancestral tomados en cuenta para la formulación de estrategias de comunicación en salud se constituyen como modelos poco convencionales y algunas veces contrarios a las acciones esperadas de parte de los expertos.

Ejemplo del protagonismo de las comunidades fue el uso de la camisilla de bayetilla roja en la estrategia, un medio motivador de cada encuentro, y no es para menos, el uso de esta creencia conectaba inmediatamente con la comunidad haciéndoles sentir protagonistas de la estrategia e importantes al compartir y tomar en cuenta sus creencias, incluso, el uso de la herboterapia que era compartido entre charlas (Rodríguez *et al.*, 2015).

Otro punto a tener en cuenta sobre el proceso de enseñanza es que, según González y colegas, “educar significa promover cambios en el ser y en el hacer de los individuos, y la información por sí sola no cambia a nadie, lo que provoca el cambio es la interacción que el educando tiene con la información” (2013, p. 44), parte fundamental del proceso de enseñanza no solo es la forma en la que se transmite el mensaje, sino la empatía de la persona que lo hace y su capacidad de escucha.

Por su parte para Plá la educación es “la interacción entre sujetos que intercambian saberes en lugares específicos reunidos por una intención educativa. Sin la intención deliberada de educar, de intervenir en las subjetividades de otros, no hay educación” (2022, p.14), esto implica un intercambio de saberes donde el aprendizaje es mutuo, el educador aprende de su público y ellos a su vez gracias a la interacción aprenden del tema a transmitir.

3. CONCLUSIONES

La comunicación en salud hace parte de un grupo de soluciones locales, siendo una respuesta momentánea con respecto a la magnitud de los cambios que necesita una población para mejorar su salud, no es clara la posición de los máximos entes gubernamentales con su discurso y sus actos cuando de comunicar en salud se trata. La historia de Paco HerrE.R.A a pesar de tener una gran acogida comunitaria, buenos resultados y una interesante historia de trabajo comunitario, fue eludida tras su presentación a direcciones de salud en Colombia tras la propuesta de aplicación masiva sin ánimo de lucro, a expensas de que la ley exige el uso y fortalecimiento de estrategias de comunicación en salud en todo el país, con la explicación que: el área encargada de salud respiratoria en Colombia es la responsable de todos los temas relacionados con la enfermedad respiratoria aguda, formula el contenido técnico de las estrategias en salud, pero la forma de comunicar es contratada por una empresa de medios audiovisuales.

Prospectivamente la comunicación para el cambio social en salud brinda la esperanza de alcanzar cambios locales más allá de las concepciones técnicas. El uso de esta podrá fortalecer los canales de participación democrática para la toma de decisiones, aunar esfuerzos a las resistencias sociales y avanzar al reconocimiento de la pluralidad de las realidades culturales, así mismo formular soluciones con base en las necesidades de los grupos poblacionales tras una inmersión en su realidad.

Es necesario que los países creen, modifiquen y avancen en un desarrollo de estrategias de comunicación holístico que no busque la semejanza a otros. La configuración debe ser un ejercicio propio, local, basado en su lenguaje, creencias y simbologías. Más allá de la comunicación en salud, la comunicación para el cambio social va sentando las bases del

liderazgo colectivo para transformar la salud en las poblaciones, una correcta manera de identificar la población con las soluciones a través de la comunicación es incluirlas en el desarrollo de sus estrategias e ir probando las herramientas con miras a someterlas a evolución.

Desde mi visión presento estos aspectos que considero deben caracterizar los procesos de comunicación en salud. Primero el análisis de la población y sus cosmovisiones es fundamental para orientar el mensaje y crear las herramientas, esto solo se puede generar en diálogo directo con el público objetivo. Segundo los mensajes pueden ser claros y sencillos con un componente emocional que lleve a las personas a vincularse con la información. Tercero para su construcción es necesario adaptar las configuraciones culturales de la población como ritmos, imágenes y cosmovisiones. Cuarto las herramientas tienen que construirse en conexidad directa entre los profesionales de la salud, ciencias sociales y comunicadores o diseñadores para mantener conectado el tipo y forma del mensaje a transmitir, una construcción aislada podría generar islas de conocimiento que le dificultarían al mensaje llegar al usuario final.

Cada población debería tener la oportunidad de modificar las estrategias comunicativas en busca del objetivo deseado correspondiente a su configuración cultural. Año a año, se gastan importantes recursos en el diseño y puesta en marcha de estrategias de comunicación en salud de muchas índoles, sin embargo, el mensaje es el mismo, la metodología de construcción similar, lo único que varía son las herramientas que cambian de melodía, color, animación, pero que dejan de lado una comunidad que espera ser tomada en cuenta.

4. REFERENCIAS

- Bandura, A. (1987). Aprendizaje cognoscitivo social. *Teoría del Aprendizaje Social*, 102-140.
- Barcaz Hechavarría, E. (2022). Estrategia de comunicación social para la atención primaria de salud en la provincia Las Tunas. *Educ. med. super*, 16(1), 19-36.
- Barengo, N., Tuomilehto, J., Nissinen, A., & Puska, P. (2011). Estrategias de comunicación en la mejora de los factores de riesgo cardiovascular y enfermedades cardiovasculares en el Proyecto Karelia del Norte. *Revista de Comunicación y Salud: RCyS*, 1(1), 42-51.
- Bastos Libia, Rizzolatti, G., & Fadiga, L. (2016). Breves consideraciones sobre la importancia de la Experiencia. *Vicaria*.
- Bechini, A., Bonanni, P., Lauri, S., Tiscione, E., Levi, M., Prato, R., Fortunato, F., Martinelli, D., Gasparini, R., Panatto, D., Amicizia, D., Coppola, R. C., Pellizzari, B., Tabacchi, G., Costantino, C., Vitale, F., Iannazzo, S., & Boccalini, S. (2017). Strategies and actions of multi-purpose health communication on vaccine preventable infectious diseases in order to increase vaccination coverage in the population: The ESCULAPIO project. *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 13(2), 369-375. <https://doi.org/10.1080/21645515.2017.1268008>

- Beltrán-Salmón, L. R. (2010). Comunicación para la salud del pueblo. *Estudios Sobre Las Culturas Contemporáneas*, 16(31), 17-65.
- Cabra, N. (2008). Las voces de la organización. *Signo y Pensamiento*, 27(52), 165-177.
- Cabrera, G. A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 18(2), 129-138.
- Carvajal, R., Mosquera, J., & Carrasquilla, G. (2010). The world of malaria: A health educational experience in the Colombian Pacific coast. *Colombia Medica*, 41(3), 240-247.
- CDC. (2019). *Comunicación en salud*. <https://www.cdc.gov/healthcommunication/healthbasics/whatishc.html>
- dos Santos, L. D. M., Oliveira, E. M., Crepaldi, M. A., & da Ros, M. A. (2010). Actions of health group coordinators within the teaching/care network. *Revista de Saúde Pública*, 44(1), 177-184. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20140342>
- Fancourt, D., & Finn, S. (2019). *WHO Health Evidence Synthesis Report- Cultural Contexts of Health: The role of the arts in improving health and well-being in the WHO European Region*. <https://bit.ly/3TEHQnk>
- García, J., Owen, E., & Florez, L. (1976). Genetic engineering concepts may not be workable. *Ob. Gyn. News*, 11(24), 4-5.
- González Blasco, P., Moreto, G., Janaudis, M. A., & Benedetto, M. A. De. (2013). Educar las emociones para promover la formación ética. *Persona y Bioética*, 1, 28-48.
- González-Díaz, C. (2015). La comunicación en salud como premisa fundamental. In *Revista cubana de Higiene y Epidemiología*, 53(1561-3003), 11. <http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/40/18>
- Gumucio-Dagron, A. (2010). Cuando el doctor no sabe. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*. *Época*, II, 67-93.
- Gumucio- Dagron, A. (2011). Comunicación para el cambio social : clave del desarrollo participativo. *Signo y Pensamiento*, xxx(37). <https://www.redalyc.org/pdf/860/86020038002.pdf>
- HSB NOTICIAS. (2019). *Con historia de Paco HerrE.R.A. nació la prevención de enfermedades respiratorias agudas*. HSB Noticias. <https://bit.ly/3cJfxnk>
- Lan, G., Porr, C., Parsons, K., Allison, J., & Donovan, C. (2017). Challenges in Self-Management of Type 2 Diabetes Mellitus (T2Dm) in a Rural Community of Eastern Canada. *Perspectives: The Journal of the Gerontological Nursing Association*, 39(3), 6-15.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=129270259&site=ehost-live>

- Machado, D. M., Göttems, L. B. D., & Pires, M. R. G. M. (2013). Aprendizagem em saúde mental por meio da produção videográfica: relato de experiência TT. *Contexto Enferm*, 22(4), 1205-1213. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&%0Apid=S0104-07072013000400040
- Matos M. R., Meneguetti L. C. y Gomes A. L. Z. (2009). Uma experiência em comunicação e saúde. *Interface Commun Heal Educ*, 13(31), 437-47.
- Ministerio de Salud de Colombia. (2018). Estrategias de información , educación y comunicación en salud, incluyente y Oficina de Promoción Social. *Minsalud*, 22. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/documento-estrategias-de-iec.pdf>
- Morales-Hernández, L. A., & Urrego-Mendoza, Z. C. (2017). Health, mental health, music and music therapy in a Colombian indigenous community from Cota, 2012-2014. *Revista de La Facultad de Medicina*, 65(3), 461-465. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n3.56413>
- Nunes, E. D. (2014). Paradigmas de la salud colectiva: Breve reflexión. *Salud Colectiva*, 10(1), 57-65. <https://doi.org/10.18294/sc.2014.208>
- OMS, O. mundial de la salud. (2012). La prevención de la violencia: Evaluación de los resultados de programas de educación para padres. 37-39, 66, עלון הנטע. <https://bit.ly/3B64qOy>
- Páez, C. (2017). *Canción oficial-La Historia de Paco HerrERA- #cantandosalvamosvidas*. [video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=-OAVTodJTeE>
- Páez, C. (2018). Intervención educativa a través de la estrategia de comunicación en salud para manejo de la enfermedad respiratoria aguda. *Documentos de Trabajo Areandina*. <https://doi.org/10.33132/26654644.1380>
- Páez, C., Rodríguez, R., & Areandina. (2017a). *La Historia de Paco HerrERA*. <https://lahistoriadepacoherr.wixsite.com/lahistoriadepacoherr>
- Páez, C., Rodríguez, R., & Areandina. (2017b). *Prevención y manejo en casa de la enfermedad respiratoria aguda*.
- Páez, C., & Rodríguez, R. (2018). *Experimento social- Niño en peligro de muerte*.
- Plá, S. (2022). *Investigar la educación desde la Educación*.
- PNUD. (2015). *Objetivos de desarrollo sostenible*. <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

- Ríos, I. (2010). Comunicación en salud: conceptos y modelos teóricos. *Perspectivas de la Comunicación*, 4(1,2011), 123-140.
- Ríos, I. (2011). Comunicación en salud: Conceptos y modelos teóricos. *Perspectivas de La Comunicación*, 4(1), 123-140.
- Rodríguez M. F., Santos Q. C., Talani O. J., & Tovar R., M. F. (2015). Prácticas y creencias culturales acerca del cuidado de niños menores de un año en un grupo de madres de Chocontá, Colombia. *Revista Colombiana de Enfermería*, 9(9), 77. <https://doi.org/10.18270/rce.v9i9.567>
- San Pedro, E., & Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91-109. <https://doi.org/10.2497/jjspm.38.516>
- Sebasti, J., & Sanin, G. (2015). Teoría de la música. *Musica*, 1(3), 25. https://www.teoria.com/articulos/guevara-sanin/guevara_sanin-teoria_de_la_musica.pdf
- Shegog, R., Craig Rushing, S., Gorman, G., Jessen, C., Torres, J., Lane, T. L., Gaston, A., Revels, T. K., Williamson, J., Peskin, M. F., D'Cruz, J., Tortolero, S., & Markham, C. M. (2017). NATIVE-It's Your Game: Adapting a Technology-Based Sexual Health Curriculum for American Indian and Alaska Native youth. *Journal of Primary Prevention*, 38(1-2), 27-48. <https://doi.org/10.1007/s10935-016-0440-9>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *Healthy People 2010*. <https://bit.ly/3q771S2>
- Urrutia, M. T., Beoriza, P., & Araya, A. (2016). Barreras en la comunicación percibidas por un grupo de mujeres histerectomizadas: Un desafío para entregar una educación apropiada. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 81(3), 218-222. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262016000300008>
- USAID, & UNICEF. (2017). *Guía Rápida para Adaptar el Marco de Comunicación Estratégica para la Prevención del Zika*. www.healthcommcapacity.org

CONTRIBUCIONES DE AUTORES, FINANCIACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

Conceptualización: Páez Mora, Carlos Duvan. **Metodología:** Buitrago Echeverri, María Teresa. **Software:** No procede. **Análisis formal:** Páez Mora, Carlos Duvan. **Curación de datos:** Páez Mora, Carlos Duvan. **Redacción-Preparación del borrador original:** Páez Mora, Carlos Duvan. **Redacción-Revisión y Edición:** Páez Mora, Carlos Duvan. Buitrago Echeverri, María Teresa. **Supervisión:** Buitrago Echeverri, María Teresa. **Administración**

Tecnicidad versus construcción participativa, reflexiones a partir de una estrategia de comunicación en salud

de proyectos: Páez Mora, Carlos Duvan. **Todos los autores han leído y aceptado la versión publicada del manuscrito:** Páez Mora, Carlos Duvan y Buitrago Echeverri, María Teresa.

AUTORES

Carlos Duvan Páez Mora

Terapeuta Respiratorio, Magister en Salud Pública y Desarrollo Social, Coordinador de Investigaciones de la Unidad Cardio-pulmonar en la Universidad Manuela Beltrán. Cantautor e investigador colombiano interesado por dar respuesta a las problemáticas sociales en salud, aportando a la transformación social. Participante activo en múltiples eventos de salud en comunidades, hospitales e instituciones implantando el sello de vencer las barreras de la comunicación a través de la educación, la innovación, la música y las nuevas tecnologías. Líder-Investigador Grupo Cardiorrespiratorio, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Manuela Beltrán, Bogotá Colombia.

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0003-0992-7112>

Google Scholar:

<https://scholar.google.com/citations?hl=es&authuser=3&user=kYCc74oAAAAJ>

María Teresa Buitrago Echeverri

Docente e investigadora con amplia experiencia en formación y acción en el campo de la Salud Pública, formulación e implementación de políticas públicas. Interés y práctica investigativa en torno a temas como: Discapacidad, desde el abordaje de la alteridad y la diferencia, construcción social del territorio y la relación entre arte, humanidades y salud. Formación como Enfermera, especialista en epidemiología, Magíster en Desarrollo Educativo y Social, y Doctora en Salud Pública. Con investigaciones y publicaciones a nivel nacional e internacional, compañera de vida, madre y tejedora. Investigadora Grupo Salud Pública y Desarrollo Social. Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, Fundación Universitaria del Área Andina, Bogotá, Colombia.

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-6667-5874>

Google Scholar: <https://scholar.google.es/citations?user=BXjZigMAAAAJ&hl=es>