

Comunicación y participación en la salud pública. Un aproximación desde una campaña local en un hospital regional.

bruno suárez.

Cita:

bruno suárez (2021). *Comunicación y participación en la salud pública. Un aproximación desde una campaña local en un hospital regional. XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-074/577>

PENSAR LA SALUD DESDE LA COMUNICACIÓN

1. Introducción

Es necesario comentar que este texto refleja un constante interés en la triada conceptual comunicación/salud/desarrollo. La última investigación realizada estuvo centrada especialmente en relevar, con propósitos de planificación comunicacional, la participación de las madres/usuarios de los servicios y los trabajadores/profesionales de la salud, en las campañas materno-infantiles del Hospital Regional de Villa Dolores (Córdoba, Argentina), recuperando sus testimonios y experiencias. En este punto, se apuntó a escuchar las voces de los actores para explorar y comprender como experimentan y significan los procesos y productos comunicacionales desplegados en el marco de las campañas de salud.

A lo largo de dicho trabajo desarrollamos diversas actividades vinculadas a los ejes principales del área de lactancia materno-infantil. Entre ellas, atención primaria de la salud, educación y capacitación. Las observaciones y análisis realizados, nos permitieron advertir que, en términos generales, se evidencia una distancia significativa entre la participación anhelada y la concreción de prácticas consecuentes. En general, se desconoce a los pacientes en tanto sujetos con saberes, experiencias y habilidades susceptibles de tomarse y potenciarse. No se facilitan condiciones para la participación plena de los consultantes, e involucramiento en las etapas de toma de decisiones, implementación y evaluación, quedando relegados al papel de receptores como meros depositarios de propuestas cerradas, sin que se fomenten procesos de diálogo, aprendizajes mutuos y apropiaciones activas.

En continuidad con los esfuerzos de conocimiento hasta ahora realizados, reconocemos que en el ámbito de la comunicación para la salud y en particular en el enfoque de las campañas, es donde la participación requiere ser problematizada. Esta situación de ninguna manera imposibilita repensar y mejorar las estrategias utilizadas, más bien deja entrever que en el ámbito de la salud, la comunicación y en particular la participación requieren ser problematizadas para reconocer y promover eventuales condiciones de posibilidad mejores. En ese marco, se estima que una

forma posible de comenzar, resulta de aceptar que la participación dista de ser una solución en sí misma, antes bien es menester asumirla como un tema/problema susceptible de ser abordada desde la comunicación. En ese sentido, esta investigación se propone responder a los siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las experiencias y significaciones que los actores van reconstruyendo en torno a la participación?, ¿ Cuáles son los las condiciones o factores que operan como inhibidores y facilitadores de modalidades de comunicación más participativas?, ¿ Cuáles son los los alcances y los límites de la participación comunitaria en una relación paciente-agente de salud con acaso marcadas asimetrías de información, propia del modelo médico profesionalizado en un sistema de salud mercantilizado?

Asumida la salud, entonces, como una cuestión social, un fenómeno tanto económico como simbólico y cultural, parece pertinente concebir la comunicación en o para la salud como vinculada al proceso complejo y permanente de producción del sentido social, como lo plantea Massoni (2007). Por esto estimamos pertinente el abordaje poniendo en conjunción las nociones de: Desarrollo, Campañas públicas de comunicación y Participación Comunitaria en Atención Primaria de la Salud.

1.1 Situación organizacional y comunicacional del hospital

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

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

“El público usuario de los servicios del hospital es predominantemente clase media y media- baja”, comenta la trabajadora social de la institución¹. “Suelen venir pacientes mutualizados que luego acuerdan para seguir tratamientos en las clínicas del centro, ya que es común que los médicos atiendan por la parte pública y privada. Pero la gran mayoría de aquí se va con todos los estudios”, agrega la profesional. En general, se trata de personas que cuentan con nivel educativo bajo, en su mayoría, primario o secundario incompleto; no cuentan con empleo formal y otra característica es que no contaban con ningún tipo de cobertura social ni tampoco medicina prepaga (Suárez, 2019).

2. PERSPECTIVA TEÓRICA

2.1 Nociones sobre Comunicación, Salud y Desarrollo

¹Entrevista realizada a la Trabajadora Social de la institución, en el marco de la Práctica Profesional Prácticas Profesionales en Comunicación Institucional oportunamente realizada y aprobada satisfactoriamente en 2019 por quien suscribe.

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

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

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

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

La salud es así, un componente esencial del desarrollo, en tanto estar sano es parte esencial del bienestar y la calidad de vida de los sujetos. Y cabe preguntarse, más adelante,

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

por las relaciones entre los conceptos: ¿Cómo se vinculan las dimensiones y variables definitorias de Salud con las del Desarrollo?

En un siglo XXI, donde el avance del desarrollo a nivel mundial tomó la senda de la globalización y el neoliberalismo, también puede pensarse a la salud, más bien, como un bien que se ha mercantilizado. Porque, como explican Cendali y Pozo (2008) hacia fines de los '80 y la década del '90, comienzan a implementarse procesos de reformas del Estado, impulsados por los organismos internacionales de crédito, tales como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM). El FMI "sugiere" políticas de estabilización que apuntan a terminar con la inflación y mejorar la balanza de pagos (disminución de importaciones). Mientras que el BM fomenta políticas de ajuste, con el objetivo de equilibrar las cuentas externas y usar esos recursos en las necesidades internas.

Al mismo tiempo, la salud de las personas se ve influenciada por aspectos del desarrollo tales como los niveles de equidad de género, el ejercicio de la ciudadanía, las vulnerabilidades sociales y los enclaves territoriales. En este sentido, según la Organización Mundial de la Salud, el acceso y el derecho a la salud incluyen cuatro dimensiones, tales como: accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad. Desde nuestro abordaje, se indaga especialmente en la dimensión relacional, en cómo se vinculan los usuarios con los servicios formales. Desde el enfoque de salud pública, sugiere Saforcada (2010), que es entre el componente formal (trabajador sanitario) y componente informal (usuario), donde se pueden levantar barreras. Y como ya se mencionó, Villa Dolores, tiene un entramado de comunidades muy diversas con concepciones de la salud que coexisten junto al enfoque científico tradicional, lo que podría complejizar aún más esa relación médico/usuario.

Como lo explica Montoya y Willington (1999), el subsistema de salud pública ha tendido a una progresiva descentralización que se aceleró en la década de los 90; y por este motivo, si bien las leyes son de orden federal, las políticas son aplicadas en el ámbito provincial. Según Cendali y Pozo (2008), la descentralización implicó transferir a provincias y municipios los servicios que eran brindados por el Estado Nacional. Es decir, que hubo un traspaso de responsabilidades, pero no de recursos. Por lo que cada una de las dependencias se tuvo que hacer cargo de la faceta técnica y financiera de la administración de los servicios. Cabe hacerse algunos interrogantes que permitan entender el rol del estado. En ese sentido, como explica Bauman (citado en Cendali y Pozo 2018; 1):

“La única tarea económica que se le permite al Estado y se espera que éste cumpla es mantener un ‘presupuesto equilibrado’ al reprimir y controlar las presiones locales a favor de una intervención más vigorosa en la administración de los negocios y en la

defensa de la población ante las consecuencias más siniestras de la anarquía del mercado”.

Durante el XIII Congreso Argentino de Salud³, la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas, sostuvo que el 65 por ciento de la tecnología médica, (aparatos de diagnósticos, medicinas nuclear, tomógrafos, resonadores, ecógrafos), se concentran en un radio de 60 kilómetros del centro de la Capital Federal. Lo que demuestra, de modo claro, el modelo centralista que también se repite en estos temas.

Entonces, Argentina es un país federal pero la salud es una competencia provincial. Incluso los municipios tienen decisiones autónomas en temas de atención primaria de la salud. Para Stolkiner (2006), la combinación entre el federalismo y la descentralización de los años 90 obstaculizó la aplicación de políticas públicas uniformes que garantizarán derechos similares al conjunto de la población. Es decir, en el marco de las campañas de comunicación, y especialmente de Atención Primaria de la Salud, se presentan asimetrías en el acceso a los recursos materiales, relacionales y simbólicos. Por ejemplo, la diferencia de recursos que puede existir entre los grandes centros urbanos y localidades pequeñas o del interior de la provincia de Córdoba, como el caso de Villa Dolores.

Según las cifras oficiales consultadas en un medio provincial⁴, en Córdoba, el gobierno destinó a la salud pública, durante el 2019, una proporción del 7,8 por ciento del total de recursos del Estado provincial, el más bajo registrado en la última década, que significa 19.836,4 millones de pesos para un extenso territorio con más de tres millones de habitantes. En el 2018 se asignó el 8,1 por ciento; en el 2017, el 8,5 por ciento.

Durante el año 2020, y a consecuencia de un suceso inédito como la pandemia del Covid 19, el ajuste sostenido en el presupuesto sanitario, se tomó una pausa. Esto se debió a la reasignación de recursos, como fue el fondo de emergencia (1.200 millones de pesos) y a buscar el incremento de los recursos humanos en los hospitales. El presupuesto final del último año era de 27.628 millones, pero con ese aumento inusual, dado la emergencia sanitaria, alcanzó 28.828,3. Lo que representa un 8,6 por ciento, un porcentaje mayor en comparación con el 2017 pero menor con respecto al año 2016 con el (9,3 por ciento). Esta inversión se destinó a los tres niveles de atención sanitaria: primario, secundario y terciario.⁵

³ Consultado en <http://www.visitadoresmedicos.com/el-gasto-salud-en-argentina.html>

⁴ Disponible en: <http://www.la-voz.com.ar/ciudadanos/presupuesto-en-salud-coronavirus-freno-ajuste> Consulta: 08/02/2021

⁵ Cuando se habla del nivel primario, se refiere a “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS citado en Vignolo, 2011: 12)

Es oportuno dilucidar las acciones que se desarrollan y en cada nivel sanitario. Cuando se refiere al nivel primario se hace referencia a medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores condicionantes. En el nivel secundario, se hace eje en el diagnóstico precoz de las enfermedades. En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. Y en la prevención terciaria, las acciones están más orientadas a lo que es la rehabilitación de una enfermedad ya manifiesta con el fin de mejorar la calidad de vida e inserción social.

En este apartado son esclarecedoras las perspectivas conceptuales en torno al desarrollo, por su potencia teórica. Como lo afirma Alfaro (1993), la comunicación está ligada directamente al desarrollo, no sólo como aporte auxiliar y metodológico, sino como objeto mismo de transformación de la sociedad y de los sujetos que la componen. Es decir, que toda concepción del desarrollo supone otra mirada comunicativa.

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

Como lo explica Massoni (2008), el concepto de desarrollo se refiere necesariamente a un proyecto de transformación, por lo que cualquier institución que sostenga cierta idea de desarrollo posee además esbozos acerca de que cambios quiere producir y con qué finalidad. Si se habla del desarrollo como intervención "(...) no solo deberíamos observar la naturaleza en vivo sino que también deberíamos tocarle la cola al león, esto es, manipular nuestro mundo para aprender sus secretos" (Hacking en Cimadevilla, 2005:113). Para Cimadevilla (2005), la intervención es un proceso supra abarcador inherente a la conformación y devenir de las sociedades. Estas distinguen entre un estado de realidad deseado y otro no deseado, sobre la base de valores generados, reproducidos e institucionalizados en función de las condiciones de existencia particulares.

De forma similar, Matus (1998) explica que todo proceso de desarrollo implica la definición de un proyecto social, que a su vez supone una estructura de relaciones de poder, un sistema básico de decisiones, y una definición precisa sobre las relaciones sociales de producción que caracterizan a la sociedad que se apunta construir. Lo que él autor sintetiza como "la dirección" del desarrollo.

Kay (citado en Carniglia 2013), enfatiza que en los debates constitutivos del pensamiento latinoamericano acerca del desarrollo las opciones entre la reforma y la revolución diferían

sobre los alcances y modos del proyecto político pero acordaban en la necesidad de impulsar la participación popular como medio y acaso fin del cambio social. Asimismo, Kay (1998) nos brinda una perspectiva de gran riqueza teórica, como son las variantes, los límites y la vigencia de la teoría latinoamericana sobre la dependencia.

En torno a las experiencias con intenciones democratizantes, desde una mirada crítica, Waisbord (2001), enumera una serie de críticas al enfoque participativo. Propone que son propuestas teóricas bien elaboradas pero que en la práctica presentan incongruencias; que no combinan las necesidades de corto, mediano y largo plazo; que se basan en las ideas occidentales de democracia y participación que no siempre son bien recibidas en las culturas políticas; que priorizan las relaciones interpersonales relegando a los medios masivos; y que la participación no es igual ni cuenta con el mismo nivel de importancia en todas las etapas de planificación.

2.2 La comunicación como abordaje integral de la promoción en salud. El papel de las campañas

La salud es una cuestión que afecta a todos los ciudadanos y que actualmente tiene una fuerte presencia en la agenda pública. Hoy ya no se duda de que la prevención y el diagnóstico precoz sean factores claves a la hora de edificar vidas saludables. Es allí, donde la comunicación juega un papel trascendental, con vistas a que los individuos adopten hábitos y comportamientos de mayor cuidado. Incluso, muchos plantean que la principal contribución que se puede realizar para mejoras sanitarias no tiene que ver con los avances en la medicina, sino más bien con la promoción de hábitos saludables.

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

2.2.1 Dimensiones comunicacionales en la promoción de la salud

La comunicación que se realiza en una institución sanitaria sea través de producciones gráficas, radiofónicas o audiovisuales, va generando un cierto contrato con los usuarios a los que apunta a movilizar. Dado que la promoción de la salud no consiste solamente en acciones comunicacionales que arrojan determinados datos sino que exige de una tarea de persuasión, el Hospital de Villa Dolores viene realizando, en torno a la temática de lactancia materno infantil, sucesivas acciones. Estas toman la forma de campañas con el objetivo de visibilizar e instalar sus efectos positivos. Esto es, a nivel institucional el Hospital y sus actores principales se proponen “favorecer la participación y la organización de las comunidades con las que trabaja, contribuyendo a que los integrantes de las mismas sean actores protagonistas del autocuidado de su salud”, pero en la práctica no logran involucrar a los pacientes en instancias de diálogo e intercambio que trasciendan los enfoques meramente difusionistas. Por ejemplo en el caso de las campañas, observamos que los trabajadores de la salud responsables definen de manera unilateral la relación problema/solución y se apela a formas “clásicas” de comunicación como uso de publicaciones escritas y charlas o conferencias a cargo de especialistas, no pudiendo visualizar otras alternativas más participativas y dialógicas. Asumiéndose implícitamente que la sola transferencia de información propiciaría los cambios anhelados.

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

Las acciones comunicacionales cotidianas que se realizan en el hospital de Villa Dolores, revelan la coexistencia, no sin conflictos, de distintos modelos comunicacionales. Todos ellos presentan diferencias no solo en la manera de definir o nombrar, sino también, en sus objetivos, actividades, y marcos ideológicos. Entonces, si se hace un recorrido en los modelos de prevención en salud, en relación con las tradiciones teóricas de comunicación, aparecen fuertes modelos normativos. Lineamientos en donde se procuraba cambiar las conductas y generar hábitos saludables, siguiendo así una impronta higienista con pretensiones de universalizar, como lo explica Dumrauf (2016). Esto puede notarse, incluso actualmente, con una sobreabundancia de mensajes en un tono imperativo: “lávese las

manos”, “use barbijo”, etc. Se podrá corroborar que en cada uno responde a paradigmas distintos acerca de cómo el sistema de salud piensa a las personas, a las relaciones que genera con su propio cuerpo, con la comunidad donde se sitúa, a sus hábitos y rituales, con las determinantes socioculturales y condiciones estructurales de su entorno.

2.3 El papel de las Campañas de Comunicación

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

Rice y Atkin (1989), definen a las campañas como aquellos intentos con el objetivo de informar, persuadir o motivar cambios en una audiencia relativamente importante, generalmente no comercial, dentro de un periodo determinado, por medio de actividades de comunicación. Dicha concepción se complementa con lo que plantea Bordenave (1992), quien sugiere, que toda campaña consiste en un proceso integrado y concentrado de información y persuasión dirigido deliberadamente a conseguir que un determinado segmento de la población adopte ciertas ideas, productos o comportamientos que los organizadores de la campaña consideraban deseables.

Como explican Anunziata y Godio (2007), la “persuasión” es un concepto esencial en la definición y la puesta en práctica de una campaña pública. Por ello se hace necesaria una breve definición. Para Francisco Sierra (citado en Anunziata y Godio 2007), se trata de una forma consciente e intencional de manipulación y convencimiento informativo, cuyo objetivo es la orientación de las actitudes y del comportamiento de los receptores, influyendo mental, afectivamente y cognitivamente en los destinatarios del mensaje a través de diversos medios psico-sociológicos.

En el escenario teórico de las campañas públicas, la “planificación”, a decir de Bordenave (1992), es otro concepto central en toda campaña por su densidad teórica. Carlosena junto a Kenbel y Yáñez (2018), explican que en los comienzos del siglo XXI se vuelve a revalorizar la planificación en todas las organizaciones públicas. Y que esto se implementa “con una orientación hacia concepciones estratégicas y fórmulas más participativas en sus distintas

fases, tanto en la construcción de imágenes objetivo como en los planes para alcanzarlos y en su ejecución” (Lavalle citado en Carlosena y otros 2018; 20).

2.4 La comunicación interpersonal y grupal en el campo de la salud

En el hospital público de la ciudad de Villa Dolores participan enfermeros, médicos, pacientes y personal administrativo y de limpieza. Las interacciones son parte integral de la construcción social de la salud, porque ello siempre supone encuentros y desencuentros. Y en palabras de Wolton (2007), la interacción no es sinónimo de comprensión. “Los intercambios comunicacionales -dentro y fuera de los procesos de trabajo- hacen a la constitución del sujeto social y a la finalidad colectiva que persigue en tantos ser social. Esto significa que los sujetos, por encima de los estrictos requerimientos técnicos del trabajo en cualquier organización, interactúan y se constituyen en sujetos sociales a través de los procesos de interacción comunicativa. Su adhesión o rechazo a los fines de la institución de la que son parte es muestra de los valores que sostiene”, explica Abadetaga. (2007; 100).

Para Granda (2004) “la salud pública convencional miró a la población como objeto a ser intervenido por parte de la norma funcional”. En esa misma línea, Allué, Mascarilla, Bernal y Comelles (2006) explican que 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 recupera la salud. En tanto que construcciones sociales -en plural- la/s medicina/s devienen múltiples y susceptibles de ser problematizadas.

En el funcionamiento organizacional del hospital conviven -no siempre en forma armoniosa- diferentes relaciones, discursos y formas relativamente disímiles de significar y habitar dicho espacio institucional. En ese amplio universo discursivo, algunos puntos de vistas prevalecen -hegemónicos- y otros resultan más subalternos.

Los profesionales del hospital tienden a agruparse de acuerdo al área de desempeño profesional (tocoginecología, clínica médica, cirugía general, pediatría y neonatología, emergencia, enfermería, y de servicio administrativos). Y es que en cada área circula un discurso con sus propios acuerdos y desacuerdos, lo que devela cierta fragmentación. No

obstante, más allá de las especificidades técnicas propias de cada área, el discurso médico resulta transversal a todas y se erige como dominante. Esto es, prevalece la voz del profesional médico por sobre las demás voces. Hay un “plus” de reconocimiento social que se mantiene constante, que no se cuestiona –al menos abiertamente- y se reproduce incesantemente. Ese mismo saber que, analizado en términos comunicacionales, puntualmente enfocado en la relación médico-paciente/otros trabajadores de la salud y las posibilidades de diálogo, opera la mas de las veces como un obstáculo al desarrollo de los intercambios de saberes.

En el momento de la consulta médica hay dos roles que no suelen complementarse: el del profesional médico y el del usuario. Aquí, nos resulta esclarecedor el concepto de “barrera psicosociocultural” y la clasificación de paradigmas (tradicional, pública y comunitaria) de Saforcada (2013), que nos ofrecerá la posibilidad de pensar en alternativas más democráticas del mundo de la vida del usuario. Con dicho concepto, este autor plantea que se trata de un fenómeno que resulta de la estructuración de los efectos de las reacciones afectivo-emocionales negativas, producto de los comportamientos interaccionales de las personas que integran el componente formal de los sistemas de servicios de salud (profesionales sanitarios) y las personas que constituyen el componente informal de estos servicios (los usuarios que acuden en busca de respuestas).

La inclusión de los mundos materiales (condiciones concretas de existencia), relacionales (vínculos humanos con diversa institucionalización) y simbólicos (matrices de sentido) de los pacientes que operan, como obstaculizadores y/o facilitadores, en la relación médico-paciente, es una forma de entender que espacio se le adjudica al discurso del paciente. Por ejemplo, se ha revelado, a través de observaciones, que las consultas con los médicos son relativamente breves. Mientras que en el momento de espera, en la guardia, se favorecen intercambios que rara vez se dan en el consultorio y los encuentros suelen ser más prolongados. Por ejemplo, se conversa respecto de los barrios de procedencia y las ocupaciones laborales de los pacientes. Estos diálogos hacen a la apertura de los equipos de salud y promueven la participación de los usuarios.

Por su parte, el discurso del área de enfermería está centrado en brindar servicios para la comunidad, a través de la búsqueda de puentes que permitan trabajar de manera más directa con los usuarios. La “fraternidad y el amor” por el otro son una constante en los relatos de las enfermeras; una forma de experimentar y significar la práctica en salud que inaugura un enfoque de salud, distinto y novedoso, respecto del hegemónico. En las guardias las enfermeras se encargan, no sólo de recaudar información sobre los síntomas, sino que en la mayoría de los casos van al encuentro del paciente, a través de palabras y

gestos orientados, para tranquilizarlos y/o brindarles recomendaciones vinculadas a sus dolencias.

2.5 La participación comunitaria en Atención Primaria de la Salud

La participación es un concepto que puede despertar connotaciones, en apariencia positivas. Pero como sugiere Cimadevilla (2010) se trata de un término polisémico, posible de definir y practicar desde diferentes campos, aunque no siempre se reconoce ese grado polisémico. En el ámbito de la salud, la participación adquiere rasgos particulares, y su uso aparece como el fundamento central de políticas públicas, sobre todo en el marco de Atención Primaria de la Salud.

Como lo afirma Ricardo Thorton (2010), hay un consenso en los responsables del diseño de las políticas sociales acerca de la importancia de pronunciar el término "*participación*" para legitimar un proyecto, es más su ausencia "en el discurso de proyectos o programas u otros, vaticinaría *per se* el fracaso de la iniciativa planteada y en consecuencia, sería motivo de descalificación frente a evaluadores" (2010:35). Es por lo que se plantea, que la estrategia de promover la participación trae algunos interrogantes, tanto en el modo de planificación y, especialmente, en su puesta en práctica. Porque como advierte Carniglia (2013: 93), "su uso entraña, entre otros riesgos, la posibilidad de definiciones que restrinjan o nieguen la posibilidad de la participación".

Más allá de lo dicho, su uso continúa siendo parte de planes, proyectos y programas. Por ello se puede señalar que la participación en salud encierra tensiones y contradicciones. Y esta situación va tomando nuevos matices según el contexto donde tenga lugar. Por ello es posible hacerse la pregunta cómo se definen los elementos (actor, discurso, interés, percepciones) puestos en situación en un hospital público.

Asimismo, a medida que avanzamos en la práctica en el campo sanitario, fuimos reconociendo una inquietud recurrente en los testimonios, en particular del personal de enfermería, pero también en algunos médicos, vinculada a la necesidad de realizar una "transición" desde estrategias e intervenciones de tipo difusionistas hacia modalidades de comunicación más participativas e inclusivas del "mundo de la vida" de los pacientes. Hablamos provisoriamente de "transición" porque si bien en sus relatos se advierte cierta predisposición al cambio, también notamos resistencia y la presencia de condiciones que no necesariamente favorecerían esa transición anhelada. El viraje de una modalidad de

comunicación más difusionista a una más participativa funcionaría como una condición necesaria para el cumplimiento de un triple propósito: reconocer los mundos materiales (condiciones concretas de existencia), relacionales (vínculos) y simbólicos (significados) de los pacientes que operan, como obstaculizadores y/o facilitadores, en la relación médico-paciente; y la necesidad de que los pacientes puedan devenir más “activos” y protagonistas de las decisiones/acciones referidas a su propia salud y la de su familia. En este sentido, más allá de los desacuerdos inicialmente identificados entre médicos y enfermeros, advertimos que habría coincidencia en la necesidad de comenzar a pensar a la salud como una construcción social y conjunta, abierta a la participación de todos los actores a ella vinculados.

Partiendo de allí, se propone un enfoque que recupera la historia institucional, la dimensión comunitaria y los procesos sociales de intervención. En ese sentido, al entender que en una campaña de Atención Primaria de la Salud se da un proceso social, se hace énfasis en el modo en que entablan relaciones los actores y operan las redes con sus especificidades.

Al entender que en toda campaña, como explica Bordenave (1992), influyen de manera interrelacionada cuatro componentes que se nombrarán y se abordarán más adelante, tales como el técnico, el logístico, el administrativo y el comunicacional. Nuestro interés se centrará en el modo en que las prácticas entre ciudadanos, influyen en el componente comunicacional, lográndose o no indicios de democracia. Esto puede tomar matices emparentados con enfoques inclusivos o difusionistas. Desde la postura teórica de Freire (1973), que también será fuente de referencia, esa diferenciación se denomina “comunicación” y “extensión” (ambos conceptos se analizarán más adelante).

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

Hay una faceta intercultural de la salud que demuestra su ligazón con los procesos culturales. En búsqueda de una mirada de la comunicación comunitaria y popular, que nos permita leer la densidad de esa dimensión, consideramos relevante la perspectiva de Lois (2019) y Mata (2011), quienes sostienen que en las experiencias alternativas son una manifestación de proyectos emancipatorios, de cambio social y liberación de aquellos sectores que sufren cualquier tipo de dominación. Mientras como explica Lois (2019), más allá de sus diferentes orígenes y perspectivas, el campo de la comunicación comunitaria constituye uno de los modos en que distintos colectivos, instituciones y movimientos

desarrollan prácticas para transformar las lógicas del poder, que son también las lógicas de la comunicación hegemónica. Cecilia Peruzzo (citado en Mesquita y Paz 2019; 153) detalla que: “contribuye a formar ciudadanos capaces de comprender el mundo y organizarse para transformarlo”.

A pesar de la preponderancia de la participación, esta cuestión se enfrenta como, explican Servaes y Malikhao (2012) al obstáculo fundamental que es ser una amenaza para las jerarquías existentes. “Sin embargo, la participación no implica que especialistas del desarrollo, planificadores y dirigentes institucionales ya no tengan ningún papel. Sólo significa que los puntos de vista de los grupos locales del público son tomados en cuenta antes de que los recursos de los proyectos de desarrollo sean designados y distribuidos” (2012:82). O como explica White (citado en Carniglia 2013) al considerar que “la idea del “poder para la gente”, al menos implícita en el “tomar parte” que propicia la participación, instala una amenaza para toda estructura de poder jerárquico establecida en los procesos del desarrollo. Por ejemplo en el caso de las campañas, observamos que los trabajadores de la salud responsables definen de manera unilateral la relación problema/solución y se apela a formas “clásicas” de comunicación como uso de publicaciones escritas y charlas o conferencias a cargo de especialistas, no pudiendo visualizar otras alternativas más participativas y dialógicas. Asumiéndose implícitamente que la sola transferencia de información propiciaría los cambios anhelados.

Al indagar en las distintas representaciones sobre la participación, la postura teórica de Jodelet es adecuada. Dicha autora las concibe “como formas de conocimiento práctico que forjan las evidencias de nuestra realidad consensual” (citado en Balboa y Quiroga 2016; 724). Es decir que presenta un carácter de performatividad en el desarrollo de los sujetos.

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

Como se pone acento en los efectos de sentido que los actores sanitarios construyen en sus interacciones, es revelador lo que explica Castoriadis (citado en Balboa y Quiroga 2016), al entender las significaciones, como construcciones de sentido históricamente situadas que instituyen lo social. En esa misma línea de pensamiento, Balboa y Quiroga (2016), sostienen que no son meras abstracciones mentales sino que estructuran los marcos de significación que organizan la totalidad de las prácticas sociales e influyen sobre la conducta. Por lo tanto, presuponen una serie de efectos reales concretos.

Sobre la comunicación participativa, Cimadevilla (2010) afirma que suele haber muchas impurezas en el campo de la acción. Sostiene que en la comunicación participativa predominan los grises, las hibrideces y las circunstancias por encima de las definiciones de manual. Porque en realidad, toda intervención opera sobre ciertas condiciones que le dan facticidad a las acciones posibles. En el hospital público regional, a modo de ejemplo, suele ser reiterativo, a modo de comentario, la insuficiencia de recursos humanos.

En el enfoque de la Atención Primaria de la Salud y haciendo foco en la dimensión comunitaria, se pueden observar dos grandes discursos. Por un lado, el modelo oficial con el lineamiento vertido por organismos oficiales tales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Y por otro lado, la perspectiva crítica. Es allí donde quedarán expuestas experiencias muy distintas, de acuerdo al marco ideológico que los atraviesa. Como se abordará con mayor detalle más adelante, el "Informe Lalonde"⁶ en 1974 y la Conferencia de Alma Ata⁷ en 1978- que da lugar a un documento denominado Declaración de Alma Ata-, sentaron las bases del marco de la Atención Primaria de la Salud y pueden marcarse como los dos hitos más influyentes. Porque desde allí, se reivindica a la Atención Primaria de la Salud, como la estrategia esencial de los sistemas de salud. Pero cabe reconocer que esto acontece en un contexto como el latinoamericano, como explica Carniglia (2013), atravesado por diversos procesos de exclusión política, como las dictaduras que constituyen un revulsivo para la experiencia democrática, pero también económicos, sociales y culturales.

⁶ Marc Lalonde, quien fuera el Ministro de Salud de Canadá, publicó en 1974, un texto titulado: "Nuevas perspectivas sobre la salud de los canadienses". Básicamente, hace una crítica de las políticas de su país dado que el financiamiento estaba orientado al mantenimiento de los servicios asistenciales. Lalonde brinda un debate interesante en torno al estado de salud y cuáles son las variables que influyen. El informe brinda un plan detallado para un sistema médico nacional orientado a la prevención.

⁷ Fue convocada por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia durante el año 1978 y tuvo lugar en la ciudad de Alma Ata. Participaron de la conferencia 134 países, entre ellos Argentina, y 67 organizaciones no gubernamentales. Al final del encuentro, los países firmaron la Declaración de Alma Ata.

3. Conclusiones

De nuestras observaciones y diálogos, advertimos que en el interior de los grupos conformados por los médicos residentes y practicantes de enfermería, se buscan y practican formas más participativas de trabajo. En el trabajo cotidiano de los enfermeros, hay un clima de mayor bienestar. No sucede lo mismo en la labor de los médicos. Más allá del compañerismo, creado por compartir desde mates hasta emociones intensas propias de su labor, el clima grupal y las matrices vinculares entre médicos depende de la intervención de los jefes de áreas. En el hospital conviven -no siempre en forma armoniosa- diferentes discursos; formas relativamente disimiles de significar y habitar dicho espacio institucional. En ese **universo discursivo**, amplio y diverso, algunos discursos prevalecen -hegemónicos- y otros resultan más subalternos. Tal como lo anticipáramos en apartados precedentes, los profesionales del hospital se agrupan de acuerdo al área de desempeño profesional (tocoginecología, clínica médica, cirugía general, pediatría y neonatología, emergencia, enfermería, y de servicio administrativos). En cada área circulan discursos con sus propios acuerdos y desacuerdos respectivos. No obstante, más allá de las especificidades propias de cada área, el discurso médico resulta transversal a todas y se erige como dominante. Esto es, prevalece la voz del profesional médico por sobre las demás voces. Hay un “plus” de reconocimiento social que se mantiene constante, que no se cuestiona –al menos abiertamente- y se reproduce incesantemente. *“El médico tiene una forma más científica para dirigirse”*⁸, una de las entrevistadas dando cuenta del efecto legitimante del saber experto adjudicado de manera exclusiva a los médicos. Ese mismo saber que, analizado en términos comunicacionales, puntualmente enfocando la relación médico-paciente/médico-otros trabajadores de la salud y las posibilidades de diálogo, opera la mas de las veces como un obstáculo al desarrollo de la empatía, la participación y los intercambios de saberes.

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

⁸ Información extraída en el área de la Farmacia. “Estudio de Campañas de Lactancia Materna-infantil (2015)”.

En la práctica no logran involucrar a los pacientes en instancias de diálogo e intercambio que trasciendan los enfoques meramente difusionistas. Por ejemplo en el caso de los mensajes alusivos al Coronavirus, observamos que los trabajadores de la salud responsables definen de manera unilateral la relación problema/solución y se apela a formas “clásicas” de comunicación como uso de publicaciones escritas y charlas o conferencias a cargo de especialistas, no pudiendo visualizar otras alternativas más participativas y dialógicas. Asumiéndose implícitamente que la sola transferencia de información propiciaría los cambios anhelados. Las campañas diseñadas e implementadas de ésta manera, además de inhibir la participación, no permiten reorientar los servicios de salud para que trasciendan la función curativa y la mirada médico paternalista.

En líneas generales, se desconoce a los pacientes en tanto sujetos con saberes, experiencias, habilidades susceptibles de tomarse y potenciarse. No se facilitan condiciones para la participación plena de los consultantes, e involucramiento en las etapas de toma de decisiones, implementación y evaluación, quedando relegados al papel de receptores como meros depositarios de propuestas cerradas, sin que se fomenten procesos de diálogo, aprendizajes mutuos y apropiaciones activas.

Desde la institución –Hospital Regional de Villa Dolores- afirman que la enunciación y la puesta en marcha de dispositivos comunicacionales son importantes, pero no garantiza la concreción de la participación de los consultantes. De hecho reconocen una historia institucional vinculada fuertemente a un modelo más transferencista/ difusionista; falta de recursos humanos y capacitación específica en educación para la salud entre los profesionales; poco acompañamiento de los ministerios; sobrecarga de horarios laborales, etc. En esta misma línea, reconocen que les ha costado conocer en profundidad a los públicos destinatarios de las campañas: sus condiciones demográficas, condiciones materiales de vida, necesidades y expectativas referidas al área de lactancia materno infantil, evaluación de las propuestas que desde allí se ponen en marcha, así como sus vivencias y experiencias como destinatarios de las distintas actividades desarrolladas dentro de las campañas.

BIBLIOGRAFÍA

ABADETAGA, N. (2008): "Comunicación, epistemologías y metodologías para planificar por consensos". Córdoba. Argentina: Editorial Brujas.

ALFARO, R. (1993): "Una comunicación para otro desarrollo". Lima: Calandria.

ALFARO, R. (1995) "*Descifrando paradojas ciudadanas: Una mirada cultural a la política*". En: "Los medios, nuevas plazas para la Democracia". Calandria. Asociación de Comunicadores Sociales. Lima, Perú. pp. 109- 131.

ANUNZIATA, V. L. Y GODIO, C. F. (2008): "Ampliación de la *campaña de prevención del embarazo juvenil no deseado*: una propuesta de intervención comunicacional en el ámbito de la salud universitaria". Trabajo Final de Licenciatura en Ciencias de la Comunicación. Río Cuarto: Universidad Nacional de Río Cuarto.

BRUYN, S. (1972): "*La perspectiva humana en sociología*". Amorrortu. Buenos Aires.

CARLOSENA, M. A.; KENBEL, C. Y YAÑÉZ.P. (2018): "Acciones comunicacionales con voluntad de incidencia pública (ACVIP); fundamentos y avances metodológicos". En 20° Congreso REDCOM. Primer congreso latinoamericano de comunicación de la UNVM. Comunicaciones, poderes y tecnologías globales. Villa María: Universidad Nacional de Villa María.

CARDOZO, M. (2015): "Organizaciones sociales y salud: un análisis de prácticas y Sentidos". Trabajo de Tesis realizado como requisito para optar al título de Doctora en comunicación. Universidad Nacional de La Plata.

CARNIGLIA, E. (2013): "¿La participación en desuso? Los límites de la intervención para el desarrollo". Disponible en: https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/UNLPP_8c7052b33c4072c4cc24c5e8a251d529. Consulta: 12/02/2021.

CEA D'ANCONA, M. (1999): "El análisis de la realidad social: aproximaciones metodológicas". En *Metodología cualitativa*. Madrid, España: Síntesis

CENDALI, F.; POZO, L. (2008): "Políticas de Salud Pública en Argentina: Comparación de dos modelos." En: V Jornadas de Sociología de la UNLP, 10, 11 y 12 de diciembre de 2008, La Plata, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5943/ev.5943.pdf

CIMADEVILLA, G. (2005): "Tocarle la cola al león. Una lectura del desarrollo a través de sus condiciones de intervención" en APREA, G (2005) "Problemas de comunicación y desarrollo". Págs. 99-140. Prometeo-UNGS. Buenos Aires. Argentina.

CUESTA CAMBRA, U; MENÉNDEZ; UGARTE, A. (2007): "Comunicación y salud: avances en modelos y estrategias de intervención". Madrid, España: editorial Complutense.

DIAZ BORDENAVE, J. (1992): "La campaña como intervención social". Págs. 66-69. Revista Chasqui. N° 41. Ecuador.

DUMRAUF, A. (2012): "Promoción de la salud comunitaria. Nuevas articulaciones de experiencias y saberes en barrios de La Plata y Gran La Plata (Proyecto de extensión)". Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/extension/px.8/px.8.pdf>

DUMRAUF, A.; CORDERO, S. y MENGASCINI, A. (2016): "Experiencias educativas de los movimientos sociales. Contribuciones para la educación científica, ambiental y en salud desde una perspectiva emancipadora". En *Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências*, 16(2), 477-497.

GALLART, M.A. (1992): "La integración de métodos y la metodología cualitativa. Una reflexión desde la práctica de la investigación".

JELIN, E., LLOVET, J., y RAMOS, S. (1986): "Un estilo de trabajo: la investigación microsocial". En Corona Rodolfo y otros (ed.) Problemas metodológicos en la investigación sociodemográfica. Colegio de México. México. Pp. 109-126.

KRIPPENDORFF, K (1990): "Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica". Barcelona. Paidós.

MATA, M. C. (2011): "Comunicación popular. Continuidades, transformaciones, desafíos". En: Revista Oficios Terrestres, La Plata, UNLP.

MASSONI, S. (2007): *Estrategias. Los desafíos de la comunicación en un mundo fluido*. Rosario, Argentina: Homo Sapiens Ediciones. MESQUITA, G. y Paz, C. (2019): "Integrando Comunicação e Medicina no ensino da Comunicação Comunitária: uma experiência brasileira inovadora. En: *Contratexto* n.º 33, junio 2020, ISSN 1025-9945, pp. 153-169.

PELLITI, P. (2009): "Contribución al estudio de las estrategias comunicativas en hospitales pediátricos de la ciudad de La Plata". Trabajo de tesis realizado como requisito para optar al título de Doctor en Comunicación. Universidad Nacional de La Plata.

SABINO, C. (1992): "El proceso de investigación". Caracas. Panapo.

SERRANO BLASCO, J. (1995): "El estudio de casos". En Aguirre Baztán, A (ed.) *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Marcombo. Barcelona. Pp. 203-208.

SERVAES, J. Y MALIKHAO, P. (2012) "Comunicación participativa: ¿El nuevo paradigma?" en *Revista de estudios para el desarrollo social de la comunicación*, 1 (4), Disponible en: <https://docplayer.es/69551231-Comunicacion-participativa-el-nuevo-paradigma.html>

STOLKINER, A. (2006): "Neoliberalismo y servicios de salud en Argentina. Estudio de caso".

SUÁREZ, L.B (2019): "Aproximaciones comunicacionales a las Campañas de Salud en el Hospital Regional de Villa Dolores". Trabajo Final correspondiente a la asignatura PRÁCTICA PROFESIONAL EN INSTITUCIONES (6154). Universidad Nacional de Río Cuarto.

TAYLOR, S. Y R. BODGAN (1986): "El trabajo con los datos. Análisis de los datos en la investigación cualitativa". En *Introducción a los Métodos cualitativos de investigación*. Paidós. Buenos Aires. Pp. 152-176.

THORTON, R. y CIMADEVILLA, G. (2010): "Usos y abusos del participare". Buenos Aires: Ediciones INTA.

QUIROGA, C. Y BALBOA, M. (2016): "La subjetividad política juvenil a partir de proyectos para la incidencia en la comunidad local". II Congreso de la Asociación Argentina de Sociología. Asociación Argentina de Sociología, Villa María.

VALLES, M. (1999): "Técnicas de conversación, narración (I): Las entrevistas en profundidad". En *Técnicas cualitativas de investigación social*. Editorial Síntesis S.A. Madrid. Pp. 177-232.

WAISBORD, S. (2001): "Árbol genealógico de teorías, metodologías y estrategias en la comunicación para el desarrollo". Fundación Rockefeller, Disponible en:<https://tallerdeprocesoscat2.files.wordpress.com/2016/03/waisbord.pdf>