

Facultad de
**Información y
Comunicación**



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Maestría en Información y Comunicación

Tesis para defender el título de la Maestría en
Información y Comunicación

La comunicación y los comunicadores en las políticas públicas de salud en Uruguay

Autora: Carla Muñoz

Director de tesis: Dr. Gabriel Kaplún

Montevideo, Uruguay

2022

El tribunal docente, integrado por los abajo firmantes, aprueba la Tesis: *La comunicación y los comunicadores en las políticas públicas de salud en Uruguay*

Tesista: Carla Muñoz

Maestría en Información y Comunicación

Fallo:

Tribunal:

Profesor/a:

Profesor/a:

Profesor/a:

Dedicatoria

A mi familia, a las liccomeras y a las comunitarias.

Agradecimientos

A Lucía y Gabriel, a los entrevistados, a los compañeros del taller de tesis MIC+, de la maestría, del Observatorio de las Profesiones de la Comunicación y de la Escuela de Verano de ALAIC. A Carina y Lua y a los amigos que, de una forma u otra, fueron parte de este proceso. ¡Gracias por el apoyo, los intercambios y las lecturas!

Índice

Capítulo 1: Introducción	
1.1 Justificación y ubicación del objeto de estudio	9
1.2 Antecedentes de estudios sobre el tema	11
1.3 Objetivos: general y específicos	13
1.4 Preguntas de investigación	13
1.5 Estrategia metodológica	14
Capítulo 2: Políticas públicas, salud y comunicación: definiciones y marcos teóricos	
2.1 Puntos de partida: lo público, la política y la ciudadanía	18
2.2 Salud: cuestión de derechos	21
2.3 Comunicación y salud	24
Capítulo 3: La reforma de salud en Uruguay	
3.1 Sistema de salud en Uruguay, la propuesta de la reforma de 2007	34
3.2 Teorías y modelos de comunicación en la reforma	37
3.3 La mirada de los actores: políticos, usuarios y trabajadores	41
3.4 El Plan de Salud 2015-2020	51
3.5 La mirada de los actores: directores departamentales de salud y directores de programas	58
Capítulo 4: El rol de la comunicación y los comunicadores en las organizaciones de salud y en SNIS	
4.1 Roles y tareas de los comunicadores	71
4.1.1 El equipo de Comunicación y Salud del MSP	71
4.1.2 El Departamento de Comunicación de ASSE	78
4.1.3 La Organización Panamericana de la Salud, Uruguay	80
4.1.4 La Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (CHLCC)	83
4.1.5 Sacude: un proyecto municipal de salud, cultura y deporte	87

Capítulo 5: Conclusiones y consideraciones finales	92
Anexos	99
Referencias bibliográficas	103
Bibliografía	109

Tabla de cuadros e ilustraciones: lista de todas las ilustraciones y cuadros con el título y número de página respectivo

Esquema de teorías de comunicación y salud. Elaboración propia.	30
Modelos de comunicación y salud. Imágenes modificadas de Mario Kaplún (2002) y Gabriel Kaplún (2016).	31, 32 y 33
Principales leyes del Sistema Nacional Integrado de Salud. Elaboración propia.	37
Modelos de salud antes y después de la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud. Extraído y modificado de Anzalone (2018) y Kaplún (2016).	38, 39 y 40
Imágenes del taller de usuarios/as del Sistema Nacional Integrado de Salud.	46
Imágenes extraídas de la presentación <i>Una reforma sanitaria que sigue avanzando</i> .	52, 53 y 55
Captura de pantalla, lista de difusión en Whatsapp.	60
Video de Ronda Rural en San José (2016).	63
Dibujo de organigrama del MSP. Equipo de Comunicación y Salud.	72

Glosario de siglas y acrónimos

ACV	Accidente cerebro vascular
ALAIC	Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación
ANEP	Administración Nacional de Educación Primaria
APS	Atención Primaria de Salud
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BPS	Banco de Previsión Social

BSE	Banco de Seguros del Estado
CAIF	Centros de Atención a la Infancia y la Familia
CERP	Centros Regionales de Profesores
CEV	Certificado Esquema de Vacunación
CHLCC	Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer
DDS	Dirección Departamental de Salud
DEP	Departamento de Especializaciones Profesionales
DIGECOOR	Dirección General de Coordinación
DIGESA	Dirección General de Salud
DIGESE	Dirección General de Secretaría
ENT	Enfermedades no transmisibles
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
EUTM	Escuela Universitaria de Tecnología Médica
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FIC	Facultad de Información y Comunicación
FNR	Fondo Nacional de Recursos
FNS	Fondo Nacional de Salud
Fonasa	Fondo Nacional de Salud
FUS	Federación Uruguaya de la Salud
HCEN	Historia Clínica Electrónica Nacional
HCEO	Historia Clínica Oncológica
HTA	Hipertensión arterial
IM	Intendencia de Montevideo
IMAE	Institutos de Medicina Altamente Especializada
JND	Junta Nacional de Drogas
JUDESA	Junta Departamental de Salud
JULOSA	Junta Local de Salud
JUNASA	Junta Nacional de Salud

LICCOM	Licenciatura en Ciencias de la Comunicación
MAM	Mercado Agrícola de Montevideo
MEC	Ministerio de Educación y Cultura
MEVIR	Comisión Honoraria pro Erradicación de la Vivienda Rural Insalubre
MGAP	Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MNUSPP	Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSN	Objetivos Sanitarios Nacionales
PAP	Papanicolaou
PIAS	Plan Integral de Atención en Salud
PIT-CNT	Plenario Intersindical de Trabajadores - Convención Nacional Trabajadores
PNA	Primer Nivel de Atención
Sacude	Salud Cultura y Deporte
SIAS	Sistema de Información Integrada del Área Social
SINADI	Sistema Nacional de Información
SINAE	Sistema Nacional de Emergencia
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNS	Seguro Nacional de Salud
SUS	Sistema Único de Salud
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicación
UCC	Uruguay Crece Contigo
UCU	Universidad Católica del Uruguay
Udelar	Universidad de la República
UTU	Universidad del Trabajo del Uruguay
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

Resumen

La investigación buscó conocer y describir cómo es entendida la comunicación y cuál es el rol de los comunicadores en las políticas públicas de salud a partir de la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay en el año 2007.

Entendiendo a la comunicación como proceso de producción de vínculos y sentidos, en el marco de un contexto social y cultural, y al comunicador como un cientista social, pero también un técnico y un artista (Kaplún, G., 2014), la investigación propone una metodología cualitativa a través de entrevistas a actores que participaron del proceso de la reforma de salud y a comunicadores que trabajan en organizaciones de salud, revisión de documentos y observación de talleres.

El lector encontrará en el primer capítulo las definiciones teóricas que permiten comprender de qué forma se incluye la comunicación en el diseño de la política pública y las principales declaraciones de salud, así como las teorías y modelos de comunicación y salud.

Luego, se presenta la reforma del SNIS en Uruguay, y los principios que la sustentan, para conocer los cambios propuestos desde la norma y desde el relato de quienes participaron en su formulación. Le siguen algunos aspectos del Plan de Salud de Uruguay para el período 2015-2020 y la política de comunicación, así como la voz de los directores departamentales y directores de programas de salud, que hablan de la comunicación y su vínculo con otras instituciones y otros sectores.

Hacia el final del texto, el lector se encontrará con el rol de los comunicadores y las prácticas de comunicación en las organizaciones de salud y en el SNIS en relación con su formación, con otros saberes, otras disciplinas y en otros ámbitos.

El análisis da cuenta de un modelo de salud que en algunos aspectos avanzó, pero en otros no, y de un modelo de comunicación coherente con ese modelo de salud que promueve la participación y la descentralización. En ambos casos hay una distancia importante entre lo propuesto y lo realizado y se presentan varias tensiones en las prácticas y discursos de los actores.

Palabras claves: rol, comunicación, comunicador, salud y políticas públicas.

Summary

This research sought to gain knowledge and describe how communication is understood and what the role of communicators in public health policies is, since the overhaul of the National Integrated Health System (SNIS) in Uruguay in 2007.

Understanding communication as a process of production of links and meanings, within the framework of a social and cultural context, and the communicator as a social scientist, but also as a technician and an artist (Kaplún, G., 2014), the research proposes a qualitative methodology through interviews with actors who participated in the health overhauling process and communicators who work in health organizations, a wide review of documents and observation of workshops.

In the first chapter the reader will find the theoretical definitions that allow for the understanding of how communication is included in the design of public policies and in the main public health announcements, as well as communication and health theories and models.

Then, the reform of the SNIS in Uruguay is presented along with its supporting principles allowing us to know the changes proposed to the norm and the stories of those who participated in its formulation. It is followed by some aspects of the Uruguayan Health Plan for the period 2015-2020 and its communication policy. Also heard are the voices of the departmental directors and directors of health programs, who speak about communication and its links with other institutions and sectors.

Towards the end of the text, the reader will find the role of communicators and communication practices in health organizations and in the SNIS in relation to their training and knowledge gained from other disciplines and fields.

The analysis reveals a health model that has advanced in some aspects but not in others and a communication model consistent with this health system that promotes participation and decentralization. In both cases, there is a significant distance between what was proposed and what has been done, and that there are several tensions in the practices and discourses of the actors.

Keywords: role, communication, communicator, health, and public policies.

Capítulo 1: Introducción

1.1 Justificación y ubicación del objeto de estudio

La creación del SNIS en 2007 ha sido una de las transformaciones más importantes en Uruguay en los últimos tiempos. Esta reforma implica una política de salud que responde a necesidades sociales y acompaña el concepto de *salud* como un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 1948).

En Uruguay, a mediados de los ochenta, el Dr. Hugo Villar, junto al médico cubano Roberto Capote Mir, adecuó aquella definición y afirmó que:

[...] La salud es una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad; resultado de la interacción entre los individuos y su medio; que condiciona niveles de bienestar físico, mental y social; permite desarrollar una actividad social y económicamente productiva; está condicionada a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad; constituye un inestimable bien social y su atención es un derecho humano fundamental [...] (Villar, 2012, p. 15).

A su vez, las políticas públicas desde hace varios años constituyen un nuevo campo de trabajo para los comunicadores. Nos proponemos, entonces, conocer cómo es la práctica de los profesionales de la comunicación en las políticas públicas de salud, porque es importante conocer las prácticas que construyen sentido y construyen también al comunicador.

Según Víctor Gómez y Emilio Tenti (1993), «casi todo grupo especializado en el desarrollo de una tarea específica tiende a autodefinirse como una profesión» (p. 22). El sistema profesional no puede ser interpretado en forma independiente de las relaciones económicas, sociales y políticas que se articulan en la sociedad capitalista (Gómez y Tenti, 1993).

Según Max Weber, las profesiones modernas son producto de un proceso de racionalización del saber que se da como parte de un proceso más amplio de «racionalización de las prácticas y de la vida social en todos sus niveles e instituciones» (Gómez y Tenti, 1993, p. 13). El autor diferencia el saber práctico, que se acredita por su propio ejercicio, del saber racionalizado, que lo hace a través de un título o certificado «cuyo valor, en cierta medida es independiente del conocimiento real que el sujeto posee» (Gómez y Tenti, 1993, p. 17).

En Uruguay, la formación universitaria en comunicación se brinda a través de la Universidad de la República (Udelar), la Universidad Católica del Uruguay (UCU), la Universidad de Montevideo (UM) y la Universidad ORT Uruguay. Todas cuentan con un plan de estudios de cuatro años de duración en el que cierta cantidad de materias se cursan en un ciclo común y al 2.º o 3.º año, según el caso, el estudiante elige una orientación. Cada universidad define las orientaciones de manera particular.

En el nivel terciario, la Universidad del Trabajo del Uruguay (UTU) ofrece la Tecnicatura en Comunicación Social (opción Prensa, Relaciones Públicas, Radiodifusión, Televisión y Publicidad) con una duración de dos años.

Aunque había antecedentes en lo que luego fue la UCU, los primeros estudios en comunicación en Udelar surgen en el año 1984, bajo la órbita de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, por resolución del Ministerio de Educación y Cultura (MEC) durante la dictadura cívico-militar. Años más tarde, la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación (ex LICCOM) pasó a estar sujeta al rectorado de la Udelar. Actualmente, forma parte de la Facultad de Información y Comunicación (FIC).

La Licenciatura en Comunicación de la Universidad Católica del Uruguay (UCU) forma parte de la Facultad de Ciencias Humanas, en la Universidad ORT pertenece a la Facultad de Comunicación y Diseño, y en la Universidad de Montevideo integra la Facultad de Comunicación junto a la Licenciatura en Marketing.

En todos los casos, el título expedido es de licenciado en Comunicación, pero es importante destacar que no es requisito ser titulado para ejercer la profesión.

En cuanto a la carrera de Udelar, se entiende a la comunicación como constituyente inalienable de la vida social humana. Tiende a la real democratización de la comunicación, apuesta a la más amplia pluralidad y diversificación de voces, al respeto de los derechos humanos y destaca a la libertad de pensamiento y expresión como principio rector de la vida democrática de las sociedades. En este sentido, y como actores de la realidad social, «[...] cada graduado tendrá las competencias necesarias para contribuir disciplinariamente en la transformación social, necesaria para la resolución de los distintos problemas y desafíos que se suscitan en el seno de las comunidades y organizaciones» (Universidad de la República, Facultad de Información y Comunicación, Licenciatura en Comunicación, s. f.).

El licenciado en comunicación será capaz de realizar un análisis crítico y propositivo del fenómeno comunicacional, elaborar mensajes comunicacionales, desempeñarse en diversas plataformas y medios de comunicación, favorecer y potenciar los procesos comunicacionales de sujetos singulares y colectivos, utilizar e integrar las tecnologías de la información y la comunicación a los procesos comunicacionales. Podrá también elaborar y gestionar proyectos de comunicación, analizar, diseñar, implementar y coordinar los procesos de comunicación de instituciones públicas y privadas a nivel interno y externo, diseñar y realizar proyectos de investigación e innovación en el campo de la comunicación, contribuir con los diversos actores sociales en el análisis, diseño, implementación y promoción de políticas públicas de comunicación, así como formar parte de equipos interdisciplinarios y promover su integración (Universidad de la República, Facultad de Información y Comunicación, Licenciatura en Comunicación, s. f.).

En este marco, propongo investigar cómo es entendida la comunicación y cuál es el rol del comunicador en espacios donde se trabaja con la salud, cómo es la participación de los comunicadores en la construcción de políticas y estrategias de comunicación en salud y qué legitimidad se les reconoce.

1.2 Antecedentes de estudios sobre el tema

El tema se enmarca en la línea de investigación Comunicación y Políticas Públicas que lleva a cabo el Observatorio de las Profesiones de la Comunicación del Departamento de Especializaciones Profesionales (DEP) de la FIC. Tiene como objetivo la comprensión crítica del campo profesional:

Porque no se trata de comprender solo para adaptarse a lo que pasa en el campo profesional, sino también ser capaces de proponer e incidir en el mismo. Lo que supone a su vez, una fluida interacción con ese mundo profesional (Kaplún, G. 2014).

La 2.^{da} encuesta a egresados de Ciencias de la Comunicación, efectuada por el Observatorio en 2021, arroja datos que permiten comenzar a delimitar el campo de estudio.

El 67 % son mujeres y el 32 % hombres, el 78 % vive en Montevideo y el resto está radicado en el interior del país. El 41,2 % de los que trabajan en el sector público respondió que el título universitario es una exigencia para hacer la tarea y el 31,8 % afirma que fue determinante para ocupar el cargo (Universidad de la República. Facultad de Información y Comunicación, 2021).

En relación con las áreas profesionales de la comunicación vinculadas al trabajo actual en el sector público, el 61,4 % respondió comunicación organizacional y el 31,5 % comunicación educativa y comunitaria, que ocupan los dos primeros lugares de 11 áreas incluidas en la encuesta.

Según la investigación periodística *Los Comunicadores del Estado*, del programa *Rompekbzas* de radio El Espectador (28 de julio de 2016), de cada tres comunicadores uruguayos, uno trabaja para el Estado. 925 funcionarios cumplen tareas para el Estado en materia de comunicación. (Rompekbzas, 2016)

Un artículo publicado por Daniel Ottado y Siboney Moreira (2017) sobre los comunicadores en el Estado uruguayo describe la formación, tanto formal como no formal, de los comunicadores: el empleo y la experiencia, las diferentes modalidades de contratación y la relación entre la práctica y las actividades ejecutadas con los términos de referencia. Estudian la organización en sí misma, las funciones y los roles del comunicador y el grado de inclusión de la dimensión comunicacional en las líneas programáticas.

El trabajo final de grado de Olmando Silva (2020) investiga sobre la profesionalización de la comunicación gubernamental, con énfasis en el perfil de los comunicadores que constituyen el Consejo de Ministros en Uruguay entre 2015-2020. Se analiza el rol que ocupan, la trayectoria laboral y académica y sus posiciones jerárquicas.

Victoria Devincenzi, Alicia García Dalmás y Lucía Olivari (2021) investigaron sobre la comunicación y los comunicadores en las políticas públicas en Uruguay a partir de entrevistas a responsables y referentes de comunicación en los diferentes organismos del Poder Ejecutivo en el período 2015-2020. Aquí, las autoras proponen ejes narrativos sobre la comunicación, las comunicadoras y comunicadores en la política pública y ponen en diálogo el campo profesional, teórico y político de la comunicación.

En relación con investigaciones en el campo de la comunicación y salud se encuentra la investigación elaborada, desde la psicología, por Laura Arrizabalaga (2016) sobre *Los medios de comunicación y la salud mental en Uruguay* y, desde la sociología, una investigación sobre la *Participación social dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud* de Pablo Anzalone (2018). La primera, aborda el tratamiento de la información en salud mental en los medios masivos de comunicación y cómo, a partir de un hecho en particular, se logró colocar el tema en la agenda mediática y en las conversaciones cotidianas y reavivó el debate por una nueva ley de Salud Mental. La segunda, analiza las fortalezas, debilidades y perspectivas de la participación en el SNIS desde la mirada de los actores sociales implicados.

Brasil y Argentina tienen gran desarrollo en la enseñanza e investigación en comunicación y salud. En Brasil, destaco el trabajo de Inesita Soares de Araújo, Janine Miranda Cardoso y Rodrigo Murtinho sobre la *Comunicación en el Sistema Único de Salud (SUS): escenarios y tendencias* (2009) y *Comunicación y salud: desafíos para pensar y hacer en sintonía con SUS* (2012) de Araújo y Cardoso. Ambos textos ponen en diálogo y tensión la comunicación y el SUS.

La Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIC) cuenta con un grupo de trabajo, Comunicación y Salud, que tiene el objetivo de contribuir a la comprensión y consolidación del campo. Se presenta como un lugar de identificación, convergencia, reconocimiento y articulación de la producción de un pensamiento sobre la interfaz de dos ejes de poder en la sociedad: el poder de la vida, representada por la salud, y el poder de constituir los sentidos de la realidad, atributo de la comunicación. Este grupo tiene una vasta experiencia y un acumulado de publicaciones y espacios de discusión e intercambio en torno a experiencias de comunicación y salud en América Latina.

Es importante destacar también a La iniciativa de Comunicación: comunicación y medios para el desarrollo de América Latina y el Caribe, un sitio web que cuenta con un acumulado de investigaciones, estrategias de trabajo, programas, entre otros materiales en torno a la salud, así como una red para conectar a gente con intereses comunes para el trabajo. Dentro de este espacio la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y en particular Rafael Obregón, ha publicado mucho sobre diferentes aspectos que involucran la temática de comunicación y salud.

A su vez, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud

(OPS/OMS) cuentan en sus páginas web con una serie de manuales, estrategias, campañas y guías de comunicación para abordar distintas situaciones, así como recursos para periodistas y notas de prensa. En la actualidad la mayoría de la información en estos dos últimos sitios es sobre COVID-19.

1.3 Objetivos: general y específicos

El objetivo general de la investigación es describir cómo es entendida la comunicación y el rol de los comunicadores en las políticas públicas de salud a partir de la reforma del SNIS en Uruguay en el año 2007.

Objetivos específicos:

- identificar los modelos de comunicación y salud que plantea la reforma;
- identificar la práctica y la visión que expresan al respecto algunos actores clave que participaron de la reforma del SNIS, incluidos los comunicadores;
- identificar el lugar que ocupa la comunicación y los comunicadores en los equipos de trabajo, en la organización y en las políticas;
- comprender las relaciones que establecen los comunicadores con otros saberes y profesiones.

1.4 Preguntas de investigación

Pregunta central:

¿Qué entienden por *comunicación en salud* los comunicadores y qué entienden las organizaciones de salud por *comunicación*?

¿Cómo entienden su rol los comunicadores y la organización?

Preguntas complementarias:

¿Qué prácticas desarrollan los comunicadores y qué vínculos establecen con los actores del sistema de salud?

¿Qué papel representa la formación y la experiencia en la práctica de los comunicadores?

¿Cómo es la relación de los comunicadores con otros saberes y otras disciplinas? ¿Y en el plano interinstitucional e intersectorial?

¿La comunicación es pensada en el diseño e implementación de políticas públicas de salud? ¿Qué incidencia tienen los comunicadores para proponer estrategias y acciones de comunicación?

1.5 Estrategia metodológica

La investigación propone una metodología cualitativa a través de un diseño exploratorio-descriptivo para entender y describir el rol¹ y la práctica² de los comunicadores y la comunicación en organizaciones de salud pública, organizaciones que trabajan el tema salud y actores que forman parte de la reforma de la salud. «Se busca mostrar distintas perspectivas y representar la complejidad del fenómeno estudiado o bien documentar la diversidad para localizar diferencias y coincidencias, patrones y particularidades» (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2014, p. 387).

En un primer momento, se entrevistó a comunicadores, directores de programas de salud y tomadores de decisiones del Ministerio de Salud Pública (MSP), ya que este organismo es rector de las políticas públicas en el país. De la sistematización de estas entrevistas surgió la necesidad de incluir a otros actores y organismos a los que hace referencia la ley del SNIS, con la finalidad de mirar y entender aquello que llaman *trabajo interinstitucional* y *descentralización*, porque son términos que hacen referencia a relaciones y modelos de comunicación. Esto modificó la unidad de análisis inicial.

Para profundizar en la descentralización, se entrevistó a directores de salud de cuatro departamentos (como criterio de elección se tomó en cuenta a los dos directores más antiguos en el cargo y a los dos más nuevos); a una comunicadora que trabajó en el equipo de gestión de una Dirección Departamental de Salud (DDS), en este caso de la ciudad de Flores, y a una comunicadora que tiene un cargo técnico profesional en la Dirección General de Coordinación (DIGECOOR) del MSP, dirección que coordina actividades en territorio junto a las DDS y su vinculación con las actividades centrales y del Estado.

Para conocer cómo es el trabajo interinstitucional se entrevistó a un comunicador que desempeñaba su tarea como director de comunicaciones de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), el prestador de salud pública más grande del país, teniendo en cuenta que antes de la reforma ASSE y MSP eran parte de un mismo sistema; a una comunicadora que trabaja en la OPS; a una comunicadora de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (CHLCC), una organización paraestatal, y a una comunicadora que trabaja en el complejo municipal Sacude (Salud, Cultura y Deporte).

Y, para completar, hacía falta la voz de los usuarios y trabajadores como actores nuevos en la

¹ «Son unidades articuladas conscientemente que definen en lo social a las personas. El papel sirve para que la gente organice y proporcione sentido o significado a sus prácticas» (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2014, p. 397). En esta investigación, es útil para entender los vínculos y las relaciones entre los comunicadores y con otros actores.

² «Es una unidad de análisis conductual que se refiere a una actividad continua, definida por los miembros de un sistema social como rutinaria» (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2014, p.397).

reforma, por lo que se entrevistó a representantes de ambos colectivos.

De esta forma, y de manera natural, lo que al inicio se proponía, al mirar las prácticas de los comunicadores, se amplió a la comunicación en las organizaciones y entre distintos actores.

El trabajo de campo se desarrolló en el año 2019. Es relevante este apunte, ya que varios de los entrevistados tenían cargos políticos, y otro de confianza, que no siempre continuaban frente a un cambio de Gobierno o en un mismo período.

Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas, revisión de documentos, la observación de un taller de usuarios y una rendición de cuentas.

Las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para obtener más información o profundizar en algunos aspectos.

A continuación, se detallan las 17 entrevistas, las observaciones y revisión de documentos.

Entrevistas:

- Entrevista grupal a tres integrantes del equipo de Comunicación y Salud del MSP.
- Comunicadora del equipo de Comunicación y Salud del MSP.
- Encargada de comunicación de la OPS.
- Director de comunicaciones de ASSE.
- Comunicadora del complejo Sacude.
- Comunicadora de DIGECOOR del MSP.
- Comunicadora de la CHLCC.
- Una persona que participó en la gestación de la reforma del sistema de salud.
- Representante de los trabajadores de la salud privada.
- Representante del Movimiento Nacional de Usuarios de Salud Pública y Privada.
- Entrevista a cuatro directores de salud (Maldonado, San José, Colonia y Rivera). Para la elección de estos directores de salud se tomó en cuenta a los dos directores más antiguos en el cargo y a los dos más nuevos.
- Entrevista a dos directoras de programa. Se consideraron, en la elección de los programas, los dos temas más importantes para el MSP durante ese período.
- Comunicadora y exintegrante de equipo de dirección DDS en Flores.

Observación de talleres:

- Observación de dos talleres: una rendición de cuentas del ministro de Salud al Movimiento de Usuarios de la Salud Pública y Privada y un taller sobre el SNIS destinado a representantes de usuarios en ASSE y de las Juntas Locales de Salud (JULOSA).

Revisión de documentos:

- Planes de comunicación MSP, ASSE, Sacude: tareas, equipos, roles, organigramas.
- Planes de programas de salud.
- Organigramas de las organizaciones.
- Materiales de difusión del SNIS.
- Leyes.

Dos de las entrevistas se hicieron vía mail por dificultades de tiempo de los entrevistados y una por plataforma Zoom, dado que la entrevistada vive en Rivera. Las otras se hicieron de forma presencial. Todas fueron grabadas y se tomaron apuntes de comentarios relevantes de la narración y observaciones de comportamientos, miradas y otras formas de expresión.

Se utilizó una batería de preguntas diferente para cada grupo de entrevistados.

La entrevista grupal (tres personas) se desarrolló con la finalidad de ver cómo los integrantes de un equipo describen sus rutinas, definen su forma de trabajo, el contexto y su relación con otros integrantes de la misma organización y de otras con quienes trabajan.

La observación de talleres no estaba prevista en la propuesta inicial de investigación, pero se incluyó porque fueron nombrados por algún entrevistado. Tenían expectativas sobre lo que podía ocurrir en los talleres y, en un caso, no sucedieron. En estas instancias se participó con la intención de saber qué actores intervenían y cómo se comunicaban para el cumplimiento de los objetivos de esos talleres y los temas propuestos. Para recolectar los datos se utilizó el programa de los dos talleres y se elaboraron notas sobre lo sucedido, teniendo en cuenta el planteo de la actividad, los participantes y la forma de comunicarse.

Los documentos, en este caso, planes de trabajo y comunicación, planes de programas de salud y organigramas sirvieron para comprobar lo que surgió de las entrevistas y, en algunos casos, para su diseño, incluso material a usar durante la entrevista. A los textos «[...] se les puede “entrevistar” mediante preguntas implícitas [...]» (Ruiz Olabuénaga e Ispizua, 1989, p. 69. Citado por Valles 1999, p. 120).

Para el análisis y procesamiento de los datos, las categorías se construyeron en relación con los aspectos planteados para observar y teniendo en cuenta el contexto, las perspectivas de los participantes, lo que piensan de las relaciones con otras personas, procesos, etc. (Hernández et al.,

2014).

El análisis de los datos se compone de manera manual y concluye con la saturación de las categorías a medida que se responden las preguntas.

También, se triangulan datos provenientes de diferentes fuentes y métodos de recolección.

Se destaca que el proyecto se formuló en 2017/2018, el trabajo de campo en 2019 y la escritura entre 2020 y 2022.

Capítulo 2: Políticas públicas, salud y comunicación: definiciones y marcos teóricos

2.1 Puntos de partida: lo público, la política y la ciudadanía

Según José Bernardo Toro (s. f.), lo público es aquello que conviene a todos de la misma manera, para la dignidad de todos. Los bienes públicos o colectivos por excelencia son la salud, la educación, la vivienda o las telecomunicaciones. Es aquello perteneciente o relativo a todo el pueblo, común del pueblo o ciudad. «Esta concepción comunicativa de lo público es fundamental hoy para crear gobernabilidad, legitimar el Estado y las actuaciones de las instituciones públicas» (Toro, s. f., p. 6).

El término *política*, en inglés, tiene diversos significados y presenta matices que ayudan a delimitarlo mejor:

- *Polity*: campo del Gobierno y de la sociedad. Diseño institucional, relación entre instituciones.
- *Politics*: práctica política, actividad de organización y consensos y lucha por el poder, marco ético y moral.
- *Policy*: planes estratégicos, programas, proyectos, actividades, propuestas electorales y otras.

Esta última involucra a los aspectos que se abordarán en esta investigación.

Para Toro (s. f.), quien construye lo público es el ciudadano, pero el ciudadano, para ser actor social y poder crear modificaciones en la sociedad, requiere de la organización y de las instituciones, las cuales en su entramado constituyen el tejido social.

Ser ciudadano implica entender que el orden de la sociedad no es natural, sino una creación hecha por los hombres y las mujeres de la misma sociedad. Y entender que, si ese orden no produce dignidad, se puede transformar o crear uno nuevo en cooperación con otros. Esta construcción colectiva ocurre ya sea actuando directamente o a través de representantes confiables. Actuar con otros requiere crear organización o pertenecer con sentido a una organización. Es a través de ella como las personas se convierten en actores sociales.

María Cristina Mata (2006) propone pensar la noción de *ciudadanía* como *práctica ciudadana*, que implica ser sujeto no solo en el ejercicio de deberes y derechos de los individuos en relación con el Estado, sino estar caracterizado por la capacidad de constituirse en sujetos de demanda y propuesta respecto de diversos ámbitos vinculados con su experiencia en el espacio público. Es a partir del reconocimiento de la posición de públicos, que los ciudadanos tenemos en nuestras sociedades mediatizadas, que la autora reflexiona sobre la relación entre comunicación y democracia y hace referencia a la noción de *ciudadanía comunicativa*.

La noción de ciudadanía comunicativa remite necesariamente a derechos civiles —la libertad de expresión, el derecho a la información, la posibilidad de exigir la publicidad de los asuntos

públicos, etc.— jurídicamente consagrados por diversos instrumentos tales como la constitución de los Estados, leyes, decretos, disposiciones reglamentarias (Mata, 2006, p. 13).

En este sentido, la ciudadanía comunicativa representa un límite a la acción del Estado con el fin de garantizar la libertad de las personas. Esta implica también el desarrollo de prácticas tendientes a garantizar los derechos en el campo de la comunicación, involucra dimensiones sociales y culturales vinculadas a los valores de igualdad de oportunidades, calidad de vida, solidaridad y no discriminación. Así, el ejercicio de la ciudadanía comunicativa se vuelve imprescindible para la existencia de una sociedad de ciudadanos (Mata, 2006, p. 13).

Según David Arellano Gault y Felipe Blanco (2013):

Podemos referirnos a las políticas públicas como aquellas decisiones y acciones legítimas de gobierno que se generan a través de un proceso abierto y sistemático de deliberación entre grupos, ciudadanos y autoridades con el fin de resolver, mediante instrumentos específicos, las situaciones definidas y construidas como problemas públicos (pp. 27-28).

Desde este enfoque, se trata de decisiones y acciones que son llevadas a cabo por autoridades públicas legítimamente constituidas; surgen como respuesta a una situación entendida como un problema que afecta al interés público, se materializan mediante mecanismos concretos, privilegian el interés de la comunidad por encima de los particulares y provienen de la discusión y el acuerdo entre el Gobierno y la ciudadanía respecto de qué debe resolverse, mediante qué mecanismos concretos y con qué efectos esperados.

Al decir de Washington Uranga et al. (2017), no se puede pensar en la gestión de lo público sin la comunicación. La gestión de lo público necesita de un diseño estratégico de comunicación que ayude a la interrelación, al diálogo entre diferentes y, finalmente, a la construcción creativa de propuestas de manera asociada.

Los mismos autores hacen referencia a lo que puede aportar la comunicación a la construcción de lo público y a las políticas públicas: información y comunicación entendida como *poner en común*.

En cuanto al primer aspecto, la información sobre los derechos básicos de los ciudadanos y el acceso a las fuentes que garanticen su efectiva ejecución permiten el ejercicio activo de la ciudadanía y la demanda en función de lo que a cada uno y cada una le corresponde en justicia.

La información debe ser vista como un insumo fundamental para la construcción de procesos democráticos y para la elaboración de políticas públicas que respondan a los intereses democráticos. Otorga calidad al ejercicio de la toma de decisiones y sustenta los procesos comunicacionales que cargan de sentido a las iniciativas.

Debe servir también para la auditoría, vigilancia y denuncia, si fuese necesario, del cumplimiento de lo establecido como política pública.

Con relación al segundo aspecto, si se entiende a las políticas públicas como el resultado de una

suma de decisiones consensuadas en las que intervienen tanto agentes del Estado como actores de la sociedad civil, tales políticas requieren de procesos de comunicación y, más particularmente, de la comunicación pública comprendida como *poner en común*.

Para el autor, tal proceso comunicativo sólo adquiere legitimidad a partir del ejercicio pleno del derecho a la comunicación, que supone reconocer a los diferentes actores intervinientes como participantes válidos, teniendo en cuenta las posibles injusticias e inequidades en las condiciones de emisión y recepción en la que se encuentra cada interlocutor (Uranga et al., 2017).

Toda política pública requiere de estrategias de comunicación, entendidas como la aplicación adecuada y coherente de medios y recursos de comunicación, con la finalidad de generar, en primer lugar, los sentidos (políticos, sociales y culturales) que le den sustento argumental a esta y, en segundo término, de forjar procesos a través de los cuales la política pública en cuestión alcance los objetivos y las metas propuestas, produciendo resultados que modifiquen adecuada y satisfactoriamente el ámbito de acción sobre el que se está trabajando y produzcan un impacto positivo en la calidad de vida de los ciudadanos involucrados [...]. Cada situación requiere de respuestas específicas y adecuadas. Y cada una de las estrategias que se implementan es siempre la combinación de diferentes medios y recursos. El criterio que debe prevalecer es, por una parte, respetar la cultura y los lenguajes de la población con los que se está trabajando, y por otra, el de incorporar activamente a los actores sociales como generadores de mensajes y protagonistas de los procesos comunicacionales (Uranga et al., 2017, p. 78).

La comunicación estratégica en el ámbito de lo público no puede quedar limitada a la producción y circulación de información. Tiene que estar orientada a promover intercambios, a suscitar diálogos y conversaciones de modo tal que llegue a constituirse en una instancia decisiva, clave, en los procesos de organización, construcción y cambio social (Uranga et al., 2017).

¿Desde qué lógica trabaja el comunicador en políticas públicas? José Fernández (2017) plantea tres categorías: la autoridad profesional, relación con el conocimiento lego y pertinencia y calificación de la demanda. La autoridad profesional se refiere al reconocimiento de la legitimidad para proponer enunciados válidos sobre un área de conocimiento: ¿el comunicador tiene la última palabra cuando se trata de una acción o producto de comunicación? La segunda categoría hace referencia a la interacción con quienes no tienen un conocimiento profesional sobre el área: ¿todos sabemos de comunicación?, ¿podemos explicar la especificidad de nuestras competencias, conocimientos y capacidades? La tercera categoría, la pertinencia y calificación de la demanda, refiere a las capacidades para demandar intervenciones pertinentes: ¿quién define el perfil y las tareas del comunicador?, ¿cuáles son las formas de contratación?

Algunas de estas preguntas se intentarán de responder en los siguientes capítulos.

2.2 Salud: cuestión de derechos

En América Latina, las políticas nacionales de salud existen a partir de los setenta y, en la mayoría de los casos, han sido enunciadas por acuerdos internacionales multigubernamentales y transferidas para su aplicación a la esfera de cada país firmante.

Una política nacional de salud es un conjunto de principios, normas y aspiraciones institucionales sobre el comportamiento de la población en relación con el cuidado de la salud pública (Beltrán, 1995). A continuación, se hará un breve recorrido por los principales pronunciamientos referidos a políticas de salud.

El 12 de setiembre de 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) «considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los Gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo [...]» (Organización Panamericana de la Salud/OMS, 1978, p. 1) elabora la Declaración de Alma-Ata, el mayor pronunciamiento internacional de salud. Allí se declara que:

[...] la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además de la salud (OPS/OMS, 1978, p. 1).

Atribuye al pueblo «[...] el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud [...]» (OPS/OMS, 1978, p. 1). Afirma que los Gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos adoptando las medidas sanitarias y sociales adecuadas y que la APS es la clave para alcanzar esa meta. La APS es la principal función de un sistema de salud, así como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (OPS/OMS, 1978, p. 1).

La Declaración de Alma-Ata —además de definir la APS, su orientación, objetivos y actividades— define todos los campos y sectores que deben participar de forma coordinada y sus responsabilidades, y entre ellos incluye a las comunicaciones, aunque no resulta claro si lo hace en el sentido que importa a esta investigación (proceso de producción de vínculos y sentidos) o hace referencia a infraestructuras como carreteras, teléfonos, etc.:

[La atención primaria en salud] entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la

agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores (OPS/OMS, 1978, p. 2).

Exhorta a poner en práctica la APS «[...] en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional» (OPS/OMS, 1978, p. 2).

Los progresos alcanzados luego de esta declaración, junto a otras estrategias de la OMS, fueron los puntos de partida hacia la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, planteada en la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, el 21 de noviembre de 1986. La carta establece que la promoción de la salud «consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma» (Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, 1986, p. 2). Asegura que «una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de vida» (Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, 1986, p. 2). El nuevo paradigma incluye, además de la idea de vida sana, a los recursos sociales y personales y otros actores además del sector sanitario: Gobiernos, sectores sociales y económicos, organizaciones benéficas, autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Todos, individuos, familias y comunidades, estamos involucrados. «A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud» (Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, 1986, p. 3). La Carta de Ottawa establece que las estrategias para la participación en la promoción de la salud implican la elaboración de políticas públicas sanas, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios. Estas estrategias y programas deben adaptarse a las necesidades y posibilidades de cada región, país y localidad, así como tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos (Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, 1986).

Once años después, sucede la Declaración de Yakarta (Indonesia, 1997) bajo el lema «Nuevos actores para una nueva era: llevar la promoción de la salud hacia el siglo XXI». Afirma que es indispensable que la promoción de la salud evolucione para adaptarse a los cambios en los factores determinantes de la salud. La conferencia es la primera en un país en desarrollo y que da participación al sector privado. Entre los factores determinantes de la salud están la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el ingreso, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, el uso sostenible de recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad. Sobre todo, la pobreza es la mayor amenaza para la salud.

Los factores nacionales y transnacionales que tienen impacto en la salud determinan los valores, los

estilos y las condiciones de vida en todo el mundo. Asegura que el acceso a los medios de información y el desarrollo de la tecnología de comunicación tienen mucho potencial para la salud.

En octubre de 2018, se elaboró la Declaración de Astaná, que reafirma el compromiso con los valores y principios de Alma-Ata, a cuarenta años de su declaración. Es la primera vez que los líderes mundiales se comprometieron con la atención primaria de salud.

Estamos convencidos de que el fortalecimiento de la atención primaria es el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social, y que la atención primaria de la salud es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud (OMS/OPS, 2018, p. 5).

El director general de la OMS afirmó: «Todos tenemos la solemne responsabilidad de garantizar que la declaración de hoy sobre atención primaria de salud permita a todas las personas, en todas partes, ejercer su derecho fundamental a la salud» (Adhanom Ghebreyesus, s. f.).

En 2021, luego del inicio de la pandemia de COVID-19 que puso en jaque no solo a los sistemas de salud, sino a la sociedad en su conjunto, la forma de organización, la economía, la forma de relacionarnos, etc., se llevó a cabo la Conferencia de Ginebra que plantea el concepto de *bienestar en las sociedades*. La atención centrada en el bienestar alienta a todos los sectores de la sociedad a trabajar conjuntamente para superar desafíos mundiales y ayudar a las personas a asumir el control de su salud y sus vidas.

El director de OMS señaló, en esta oportunidad, que la salud no comienza en un hospital, comienza en nuestros hogares y comunidades; comienza con los alimentos que comemos y el agua que bebemos, el aire que respiramos en las escuelas y los lugares de trabajo. Dijo que se debe cambiar la manera en que los dirigentes políticos, el sector privado y las instituciones internacionales piensan y valoran la salud, y promover el crecimiento basado en la salud y el bienestar de las personas y el planeta en los países de todos los niveles de ingresos.

Este recorrido por solo algunos de los mayores pronunciamientos internacionales de salud deja de lado el concepto que entendía a la salud como *ausencia de enfermedad*, cuyos orígenes eran exclusivamente físico-biológicos y la responsabilidad era de los profesionales de la medicina y sus auxiliares técnicos en relación individual con los enfermos o pacientes. Se propone un concepto integrado, donde la participación de la comunidad en la planificación y aplicación de su salud es un derecho y un deber, y es obligación de los Estados no solo asegurar el acceso a la salud de toda la población, sino involucrarla en instancias de decisión. Da relevancia al Primer Nivel de Atención (PNA), a la promoción y prevención de la salud, abre la participación a nuevos actores como las ONG, actores locales, medios de comunicación, industria, entre otros. Incluye aspectos económicos, sociales y ambientales, la idea de vida sana, de ambientes favorables para el desarrollo de las aptitudes

personales, la paz, el empoderamiento de la mujer. En todas estas categorías la comunicación cobra un valor fundamental.

Ya el Informe Lalonde (Lalonde, 1981) afirmaba que la salud individual y colectiva está muy poco influenciada por las intervenciones biomédicas. Propuso el concepto de *campo de salud*, conformado por la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la atención médica, y recomendaba la promoción de la salud, la reducción de las desigualdades y capacitación de las personas.

2.3 Comunicación y salud

Comunicación y salud comparten una relación de larga trayectoria: medios de comunicación, equipos de trabajo e instituciones, educación y comunidades, participación social y reforma de los sistemas de salud son algunas formas de vincularse. También desde lo interpersonal (relación médico/paciente, enfermera/paciente), lo grupal o institucional y desde lo comunitario.

Estas categorías conforman el campo de intervención de la comunicación y salud y serán una guía para el análisis de las prácticas profesionales de los comunicadores.

Pierre Bourdieu (1998) define *campo* como un sector determinado de actividad social, enmarcado por reglas y principios, en los que se da un juego de poder de acuerdo con un *habitus* dominante del campo y con las habilidades y recursos de sus actores. El campo es preexistente a los individuos que lo integran, pero estos pueden transformarlo. El *habitus* es determinado por el entorno, nos dota de formas de ser y actuar que se comparten con los demás en ciertas circunstancias.

Entendemos la comunicación como la producción de vínculos y sentidos, siguiendo la definición de Gabriel Kaplún (en Pérez y Arencibia, 2010). Pensar la comunicación como el vínculo entre personas, entre grupos, sociedades y culturas, y, junto con eso, pensar los sentidos. El sentido no se produce solo desde quien emite, sino que se completa y termina siempre donde el otro puede responder, puede interactuar.

[...] Según la OMS (Healthy People, 2010, vol. 1) la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud. Este tipo de comunicación es reconocida como un elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y personal. Asimismo, la comunicación en salud puede contribuir en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad incluyendo las relaciones médico-paciente, la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos, la construcción de mensajes y campañas de salud pública en conjunto con la diseminación de información concerniente a riesgos para los individuos y las poblaciones, o comunicación preventiva. En el aspecto de promoción es importante la exposición a los mensajes y la búsqueda por parte del individuo de información acerca de la salud, la utilización de imágenes de salud en los medios masivos de comunicación, la educación de los consumidores acerca de

cómo ganar acceso a los sistemas de salud pública y de cuidado de la salud (Mosquera, 2003, p. 1).

Araújo y Milca Cuberli (2015) refieren a la comunicación y salud como «un campo compuesto, formado en la intersección, buscando sus propios caminos, políticos, conceptuales y prácticos» (p. 2). «Los dos tienen características y trayectorias únicas, pero mantienen relaciones históricas y mutuamente constitutivas que nos permiten demarcar un espacio social todavía en formación, el campo de la comunicación y la salud» (Araújo y Cardozo, 2012, p. 114). Según las autoras, otras denominaciones como *comunicación para la salud* y *comunicación en salud* tienen un aspecto en común que las diferencia de la comunicación y salud, dan cuenta de una forma de mirar la comunicación al servicio de la salud, y se pierde de vista su dimensión de campo (Araújo y Cuberli, 2015).

Teorías de comunicación y salud

Teniendo como punto de partida lo argumentado por Silvio Waisbord y Gloria Coe (2002) acerca de que no hay teorías de comunicación y salud, sino que hay teorías de comunicación y teorías de salud pública, se acuerda con Araújo y Cuberli (2015), que proponen las perspectivas teóricas como «[...] conjuntos de teorías que buscaron y buscan explicar la práctica de la comunicación en la salud, pero también produjeron estas mismas prácticas, en una relación dialéctica que suele ocurrir en los campos aplicados de la comunicación» (p.13).

Trabajaré aquí las teorías planteadas por Laura Casas, Cuberli y Flavia Demonte (2005): la comunicación para el cambio de comportamiento y la comunicación participativa, la comunicación para el desarrollo de Luis Ramiro Beltrán (1995), la comunicación para el cambio social expresada por Alfonso Gumucio Dagron (2011) y la comunicación para el buen vivir de Adalid Contreras (2014).

Tomaré como referencia a Mario Mosquera (2003) para plantear las concepciones que llevan a los cambios de comportamiento, modelo que tuvo su auge en las décadas de los cincuenta/setenta. Según el autor:

[...] Múltiples teorías han sido elaboradas sobre el por qué los individuos se comportan de determinada manera en relación con su salud, con la utilización de la oferta de servicios de salud, adquisición de hábitos, modificación de conocimientos, actitudes y, en última instancia, con los comportamientos saludables (p. 5).

El autor asegura que hay variables que deben ser consideradas al momento de predecir o comprender una conducta. Estas variables vienen de tres teorías con influencia significativa en la investigación sobre conductas de salud: el modelo de creencias en salud, la teoría del aprendizaje social de Bandura y la teoría de la acción razonada.

En la teoría del aprendizaje social se aprende por observación de los otros.

Es otra persona la que realiza la acción y experimenta sus consecuencias. Bandura da importancia al pensamiento, en la medida que considera que el individuo responde a una situación conforme el significado que le otorga él mismo, y esto es cierto tanto si este está implicado en la acción como si no (Mosquera, 2003, p. 5).

Para lograr el cambio de conducta los individuos deben reconocer el sentido de que ellos pueden realmente cambiar, como desean, incluso a pesar de las barreras que puedan encontrar en el proceso de adopción del cambio e implementarlo. Es el caso de las radionovelas y telenovelas utilizadas en proyectos de intervención en salud, que ejercen un papel de liderazgo en la opinión y presentan situaciones y personajes semejantes a la audiencia. De esta manera, las personas se ven reflejadas en las narraciones y se asume que adoptan el nuevo comportamiento de manera natural.

El cambio de conducta está asociado a los resultados que la gente espera de sus acciones, sean físicos, sociales, entre otros.

Las metas personales, enraizadas en el sistema de valores, proporcionan autoincentivos adicionales y guías para los hábitos de salud [...] Los facilitadores y barreras que la gente percibe en el cambio de conducta es otro de los determinantes para los cambios de comportamiento en salud (Mosquera, 2003, p. 5).

Para el modelo de creencias en salud, un estímulo pone en evidencia las creencias de las personas a fin de iniciar el proceso de cambio.

Este modelo supone que las creencias de las personas influyen de manera significativa en las decisiones que adoptan en relación con la salud, influyendo en su susceptibilidad a la enfermedad, la gravedad de la misma, los beneficios y las dificultades que le supone (Mosquera, 2003, p. 5).

Este modelo no tiene en cuenta la vulnerabilidad de la toma de decisiones individuales en un contexto desfavorable.

Se plantean entonces dos factores que influyen la adopción del cambio de conducta: la persona debe sentirse susceptible a las consecuencias severas de la enfermedad y debe creer que al seguir las acciones recomendadas se compensarán las barreras percibidas para desempeñar la acción preventiva. A esto se le suma, y puede servir como estímulo a la acción, el hecho de conocer que otra persona está enferma, la exposición a campañas en los medios y otras informaciones.

La teoría de la Acción Razonada sostiene que el cambio de una conducta específica es determinado principalmente por la fuerza de las intenciones personales a desempeñar esa conducta. La intención de desempeñar una conducta específica es vista como una función de dos factores: la actitud personal hacia el desempeño de la conducta (los sentimientos positivos o negativos del sujeto acerca del desempeño de la conducta) y/o las normas subjetivas del individuo

acerca de la conducta (la percepción personal que él o ella tienen de lo que piensan otras personas sobre las conductas que ellos deberían o no desempeñar). Las actitudes son una función de las creencias conductuales (la creencia que desempeñar la conducta puede llevar a ciertos resultados) y sus procesos evaluativos (la evaluación de esos resultados). Una extensión de la teoría de la Acción Razonada es la teoría de la Conducta Planificada. Para esta teoría «el control percibido de la conducta es visto como un factor que influye directamente en la intención y en la conducta (Mosquera, 2003, p. 6).

A fines de los cincuenta, numerosos estudios demostraron que existe una correlación estrecha entre la comunicación social y el desarrollo nacional, y se plantea la idea de que los medios de comunicación podrían ayudar a los países rezagados a alcanzar el desarrollo. Es así como surge la comunicación para el desarrollo (Beltrán, 1995).

Según Beltrán (1995), luego de la contienda mundial, Estados Unidos instituyó servicios cooperativos con varios Gobiernos de América Latina para programas de desarrollo en agricultura, salud y educación. Fue así como se crearon las primeras unidades de comunicación para educación no formal y técnica en la región. Se establecieron centros de producción audiovisual y programas de capacitación para comunicadores al servicio del desarrollo y surgieron tres subdisciplinas: información de extensión agrícola, educación audiovisual y educación sanitaria.

La educación sanitaria en América Latina logró establecerse como una especialización de la carrera de pedagogía y estar presente en algunos ministerios de salud, pero no alcanzó avances significativos debido a su confinamiento a ambientes intramurales.

En los ochenta, cobra importancia la comunicación para la salud, que consiste en la aplicación planificada y sistemática de los medios de comunicación individuales, de grupo, masivos y mixtos, así como tradicionales y modernos, para el logro de comportamientos activos de la comunidad, compatibles con las aspiraciones expresadas en políticas, estrategias y planes de salud pública. «Vista como un proceso social, es un mecanismo de intervención para generar, a escala multitudinaria, influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública» (Beltrán, 1995, p. 34).

El autor utiliza los conceptos de *comunicación de desarrollo*, *comunicación de apoyo al desarrollo* y *comunicación alternativa para el desarrollo democrático* para referirse a las teorías de comunicación para el desarrollo en América Latina.

Entre las teorías asociadas a los dos primeros conceptos se encuentra la teoría de la aguja hipodérmica y la difusión de innovaciones de Everett Rogers, que llegó a América Latina en los sesenta de la mano de proyectos que impulsaban la modernización de la producción agrícola. Se debía convencer a los campesinos de cambiar sus formas de trabajo y adoptar las nuevas tecnologías. La extensión rural tenía un componente educativo comunicacional de base conductista y funcionalista

(Kaplún, G. 2013). Contrario a Paulo Freire, que planteaba la extensión y la práctica del trabajo campesino como una relación dialógica y problematizadora, nunca a través de la extensión del pensamiento de un sujeto hacia otro. La educación como un espacio de encuentro de sujetos interlocutores (Freire, 1973).

La comunicación alternativa para el desarrollo democrático es la expansión del acceso del pueblo al proceso de comunicación y su participación equitativa en este, como emisor y receptor de los mensajes por medios masivos y de grupos a fin de lograr la prosperidad material, la justicia social, la libertad para todos y el gobierno de la mayoría (Beltrán, 1995).

En los años setenta y ochenta, la participación se torna indispensable para el alcance de metas de una salud más universal y equitativa. Está implícita en muchas definiciones de comunicación que le otorgan características de diálogo, encuentro y reciprocidad. Es aquí donde los sistemas de salud progresistas promueven el involucramiento de la población en los programas y acciones de salud.

En este sentido, la comunicación puede aportar herramientas para reforzar procesos locales que promuevan conocimientos, actitudes y prácticas saludables que fortalezcan la capacidad de las personas de incidir y actuar sobre los determinantes de su propia salud (Casas, Cuberli y Damonte, 2005). Para las autoras, lo ideal sería que las personas que se consideran afectadas por el problema diseñen sus propias estrategias para acceder a la información necesaria, con capacidad de emisión y distribución, y participar en el diseño de programas de salud. Las acciones relacionadas con este enfoque son los talleres a escala comunitaria en los que se aborda el problema de manera dialógica o grupos nucleados a partir de vivencias e intereses comunes.

Un ejemplo de esto es la comunicación desde la perspectiva de la promoción de la salud, un proceso social que implica garantizar el acceso a la información, la libre opinión e interpretación y la participación plena de las personas en el diagnóstico, evaluación y ejecución de los programas de salud. Estos espacios de articulación son, a la vez, espacios de comunicación que tienen la tarea de convertirse en escenarios de encuentro que establezcan mecanismos de comunicación horizontal entre los diferentes actores, sin dejar de reconocer las desigualdades y asimetrías de las relaciones de poder.

El paradigma de la comunicación para el cambio social surge, según Gumucio Dagron (2011), en 1997, a partir de reuniones entre especialistas de comunicación y participación social, convocados por la Fundación Rockefeller para discutir el papel de la comunicación en los cambios sociales en el siglo que se avecinaba.

Se define como un proceso de diálogo y debate, basado en la tolerancia, el respeto, la equidad, la justicia social y la participación de todos. Tiene muchos puntos de encuentro con el modelo de comunicación participativa y para el desarrollo. Con el primero, coincide en que el proceso comunicacional es más importante que los productos y en que su apropiación es fundamental. La participación se da en el marco de un proceso de crecimiento colectivo que es anterior a la creación

de los mensajes o productos. De la comunicación para el desarrollo ha heredado la preocupación por la cultura y las tradiciones comunitarias, el respeto hacia lo local y el diálogo horizontal entre expertos del desarrollo y los sujetos del desarrollo.

Para Gumucio Dagron (2011), cinco características están presentes en los procesos de comunicación para el cambio social. Ellas son: la participación comunitaria y apropiación del proceso; los contenidos comunicacionales, en los que hay tener en cuenta las particularidades de cada cultura y cada lengua; la generación de contenidos locales que rescaten el saber acumulado; el uso de la tecnología apropiada, y de acuerdo con las necesidades de cada proceso comunicacional, y la construcción de redes que promuevan el diálogo con experiencias similares en el plano local, regional o global para crecer y ser sostenibles a lo largo del tiempo.

Contreras (2014), plantea un paradigma con una concepción más holística: la comunicación para el vivir bien o buen vivir, que tiene su origen en los países andinos. El vivir bien se plantea como sistema de organización y funcionamiento social: «[...] es en sí mismo un proyecto de vida de esencia fundamentalmente comunicativa» (p. 51).

Sus principios son: saber escuchar, saber compartir, saber vivir en armonía y complementariedad y saber soñar. Principios que se asocian al sentido de la comunicación: poner en común y en relación.

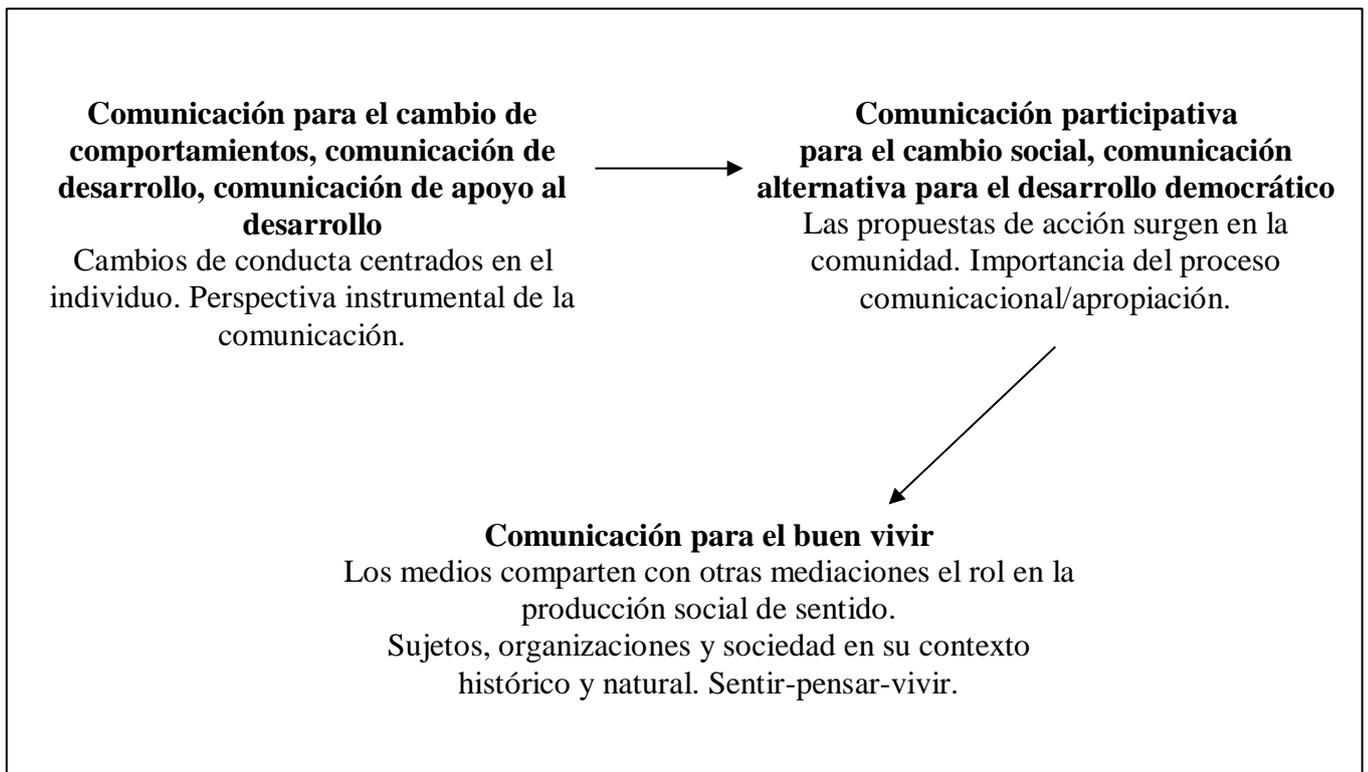
Requiere de una intervención transdisciplinaria y multiparadigmática que recupere el protagonismo de los sujetos como constructores de discurso, de sentidos de sociedad y cultura. El uso de narrativas y géneros testimoniales permiten que el relato y las crónicas contribuyan a generar un «nosotros» individual y colectivo de una nueva cultura de vida. Se pueden combinar estrategias en medios masivos, redes sociales, comunicación grupal, géneros informativos, lúdicos, de opinión, que dependan de los objetivos que persigan y los temas que marque la agenda.

Se basa en los valores y prácticas de la vida en comunidad a través de la complementariedad y la equidad. Debe ser democrática, horizontal y participativa y articular metodológicamente el sentir-pensar-vivir. La comunicación para el buen vivir se mueve entre la espiritualidad, en el espacio de las relaciones sociales y en el espacio de la convivencia con la naturaleza y todos los seres que habitan la Tierra. Debe provocar el diálogo y acuerdos entre el Estado y la sociedad civil:

Requiere ser normada en prácticas regulatorias y de socialización del derecho a la comunicación, de manera que se conforme un orden de la comunicación más equitativo en los sistemas de propiedad, de acceso, de responsabilidad social y de expresión de la palabra (Contreras, 2014, p. 53).

El concepto del *buen vivir* podría sustituir a la comunicación del desarrollo porque no habla de desarrollo económico, sino que apuesta a un proyecto de vida en armonía espiritual, social y con la naturaleza. La comunicación para el buen vivir se plantea como «alternativa al desarrollo mismo en su típica comprensión que lo equipara con modernización y progreso; a lo sumo, factores de desarrollo

con inspiración de complementariedad, vendría a ser el medio y el vivir bien el fin» (Contreras, 2014, p. 22). En este *vivir bien* es que entra la salud y por eso creo que este paradigma de la comunicación pareciera dejar de lado la separación planteada al inicio de este capítulo, cuando se hacía referencia a la comunicación y la salud como dos campos sociales.



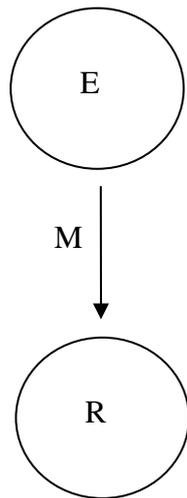
Elaboración propia.

Modelos de comunicación y salud

Otra manera de vincular la comunicación y la salud es a través de los modelos de comunicación propuestos por Mario Kaplún (2002). Cada modelo corresponde a una práctica y estos son: el modelo que pone énfasis en los contenidos, en los efectos y en el proceso.

El primero, plantea la comunicación como transmisión de información. Un emisor envía un mensaje a un receptor. En una consulta de salud, el emisor es el médico que habla a su paciente que escucha y recibe pasivamente la información. Puede ser también un material que da el médico a su paciente y le dice: «lleve este folleto a su casa y léalo», un folleto a la entrada de la policlínica, un boletín informativo del hospital o una publicidad de cuidados de salud. En todos los casos, una persona que sabe enseña a otra que no sabe. Es un modelo vertical y unidireccional de comunicación.

Modelo de comunicación



Modelo de salud

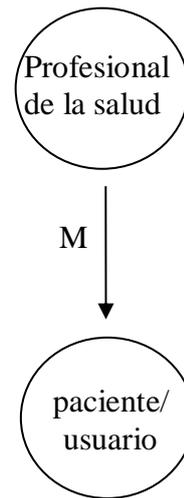


Imagen modificada de Mario Kaplún (2002) y Gabriel Kaplún (2016).

El modelo que pone énfasis en los efectos tiene como objetivo el cambio de actitudes a través de estímulos y recompensas, propone acciones y se preocupa por evaluar su resultado. A pesar de estas características, sigue siendo muy parecido al modelo anterior.

Sigue habiendo un emisor protagonista, dueño de la comunicación, que envía un mensaje a un receptor que continúa reducido a un papel secundario, subordinado y dependiente; pero aparece una respuesta o reacción del receptor, denominada retroalimentación [...] Parecería atenuarse la unidireccionalidad del modelo e insinuarse una bidireccionalidad (Kaplún, M. 2002, p. 40).

Pero esta retroalimentación no es más que la confirmación del efecto previsto o, en su defecto, el resultado negativo sirve para hacer los ajustes o cambios necesarios para obtener la respuesta deseada.

Varios puntos de contacto tiene este modelo con la teoría de la modernización y el cambio de comportamiento descrito en el punto anterior. Aquí, la comunicación se usa para convencer a la persona de que adopte una nueva conducta según objetivos previamente establecidos.

En nuestro caso, el profesional de la salud es una especie de arquitecto de la conducta del paciente. Su función es inducir a que el paciente tome determinado medicamento, adopte cierta alimentación y se ejercite físicamente para recuperarse, sentirse bien y lograr una mejor calidad de vida. ¿Qué sucede cuando el profesional de la salud se encuentra con resistencia al cambio? El profesional es quien tiene el saber y debe resaltar las ventajas del tratamiento propuesto y la recompensa que tendrá el paciente. Cuando no se logra el cambio, la comunicación ha fallado, pero sirve al profesional para ajustar su próximo mensaje y así obtener el efecto y la respuesta deseada.

Este modelo se encuentra también, en algunos casos, en la formación de grado de las profesiones de la salud y cursos de educación a distancia para profesionales de la salud en los que se utilizan materiales novedosos y en varios formatos, pero el estudiante debe seguir las instrucciones y no tiene

contacto con otros, o en el carné de salud del recién nacido, un material con información importante para los padres sobre las etapas del desarrollo del niño, pero que el pediatra le da los padres para que lo conserven sin mediar conversación, o en la publicidad del hospital que invita al usuario a hacerse socio por su tecnología avanzada. En todos los casos, el destinatario solo participa en la ejecución, no propone y no problematiza.

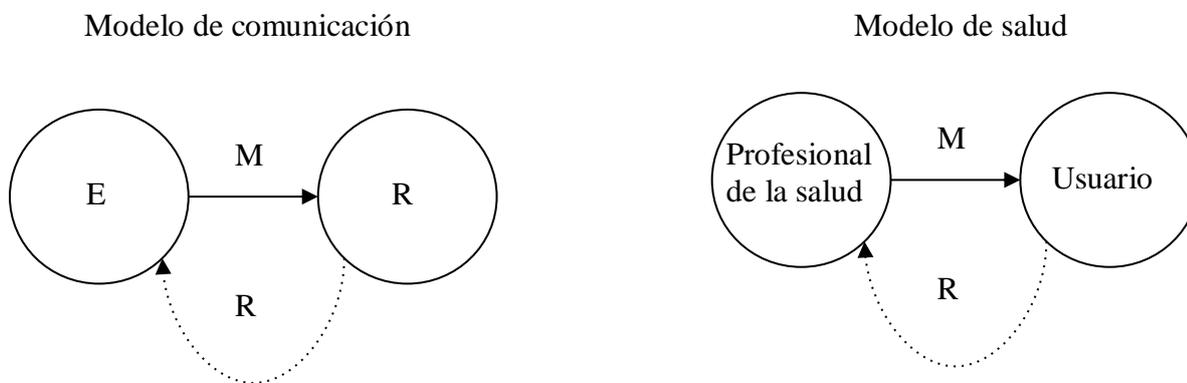


Imagen modificada de Mario Kaplan (2002) y Gabriel Kaplún (2016).

El tercer modelo es el que pone énfasis en el proceso de transformación de las personas y las comunidades en interacción con su realidad. Promueve la participación del sujeto y forma para la participación en la sociedad, apuesta a valores solidarios y comunitarios, importa la experiencia compartida y la interrelación con los demás.

En este modelo, dos o más Emirec (emisor-receptor) intercambian mensajes en un ciclo bidireccional y permanente (Kaplún, M. 2002, p.70). Toda persona tiene el derecho a participar en el proceso de la comunicación como un emisor y receptor actuando alternadamente.

Llevado a nuestro ejemplo en la salud, cada una de las partes es emisor y receptor a la vez: médico-paciente/usuario, paciente/usuario-comunidad, comunidad-mundo. Esta relación busca formar a las personas y llevarlas a transformar su realidad. El profesional de la salud:

- Mantendrá un adecuado contacto visual y dejará que el paciente hable sin interrumpirlo.
- Generará confianza. Describirá claramente la situación del paciente. Evitará la confrontación.
- Escuchará con atención la perspectiva del paciente. Negociará la agenda y los tratamientos.
- Aclarará las dudas y resumirá los pasos a seguir (Gómez, 2015, p. 30).

En este modelo, la información debe ir precedida de cierta problematización, de una pregunta o inquietud del paciente. Sin ella el modelo queda en la transferencia de conocimiento. Otro ejemplo es el diagnóstico participativo que hacen los vecinos del centro de salud de un barrio, un espacio donde todos intercambian y comparten experiencias, saberes y sentires y elaboran propuestas. La extensión, en este caso, a diferencia del modelo anterior, sí promueve la participación de las

comunidades y potencia elaboraciones propias. En este sentido, este modelo se asocia a las teorías participativas y dialógicas de comunicación y salud descritas en el punto anterior.

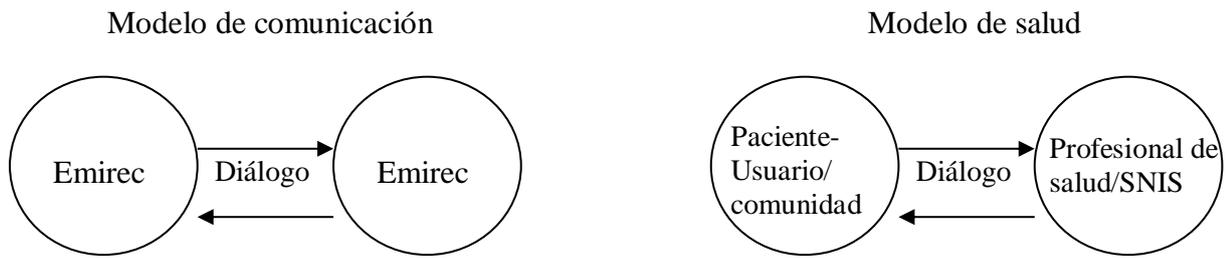


Imagen modificada de Mario Kaplún (2002) y Gabriel Kaplún (2016).

Es de destacar que estos tres modelos nunca se dan puros en la práctica, se encuentran presentes los tres en distintas proporciones.

Capítulo 3: La reforma de salud en Uruguay

3.1 Sistema de salud en Uruguay, la propuesta de la reforma de 2007

Se comenzará este punto haciendo referencia al contexto del país previo a la reforma del SNIS. En el año 2002, el país vivió una crisis económica y social que también afectó a los países de la región. Esto derivó, entre otras cosas, en la caída del producto bruto interno, el aumento del desempleo, la pobreza y la desigualdad.

En cuanto a la salud, el acceso a las prestaciones de las instituciones era según la capacidad de pago. Existían inequidades retributivas en el sector privado y público; el subsector público sufría de debilidades asistenciales; el MSP cumplía su función de rectoría y estaba vinculado a responsabilidades como prestador público; no estaban definidos los alcances de las prestaciones a las que tenían derecho los usuarios en la atención de su salud; no había un plan de salud con objetivos sanitarios establecidos; el precio de los medicamentos de alto costo dependía de la decisión de cada prestador y del pago de bolsillo; el MSP no tenía contacto formal con las organizaciones sociales de trabajadores y usuarios de la salud, entre otros aspectos.

La atención se ajustaba más a las prioridades de los prestadores que a las necesidades de la población y el modelo priorizaba la alta tecnología y la atención de alta complejidad, había escasa promoción de salud y prevención en todos los ámbitos. La formación de profesionales y técnicos era principalmente hospitalaria y especializada, y había mayor número de médicos que de enfermeros centralizados en la capital del país (Basso, 2019).

El 5 de diciembre de 2007, mediante la ley número 18 211, se creó el SNIS y el Seguro Nacional de Salud (SNS).³ La ley reglamentó el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y estableció las modalidades para el acceso a servicios integrales de salud. Se convirtieron en disposiciones de orden público e interés social. Hoy, es competencia del MSP la implementación del SNIS, que articula prestadores públicos y privados de atención integral a la salud.

Son sus principios rectores: la promoción de la salud; la intersectorialidad; la cobertura universal; la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud; la equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones; la orientación preventiva, integral y humanista; la calidad integral de una atención que respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios; el respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud; la elección informada de

³ Sistema de financiación con un fondo común de carácter solidario, con aportes tripartitos de empresas, trabajadores y el Estado.

prestadores de servicios de salud; la participación social de trabajadores y usuarios; la solidaridad en el financiamiento; la eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales y la sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

La ley propuso tres grandes cambios en los modelos de atención, de gestión y de financiamiento. En relación con el primero, el SNIS se organiza en redes por niveles de atención, según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tiene como estrategia la APS y prioriza el PNA. El PNA está constituido por un conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigidas a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente que tienden a satisfacer las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud son practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se prioriza la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios. Las redes territoriales de atención en salud pueden articular su labor con los centros educativos de cada zona, así como con las políticas sociales existentes y el conjunto de las políticas dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población, para así desarrollar una perspectiva intersectorial.

El segundo nivel está conformado por un conjunto de actividades para la atención integral clínica, quirúrgica y obstétrica en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, mientras que el tercer nivel está destinado a la atención de patologías que demandan tecnología diagnóstica y tratamiento de alta especialización.

En cuanto a la gestión, el MSP es la autoridad sanitaria encargada del rumbo del sistema y de asegurar un diseño institucional que ponga al usuario en el centro de sus preocupaciones. Tiene a su cargo la responsabilidad de las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Es quien establece las políticas y estrategias para el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, a modo de asegurar la salud colectiva como un derecho humano básico y un bien público orientado al funcionamiento del sistema. Es el encargado, además, de la monitorización, evaluación, fiscalización y regulación de la oferta, así como de asegurar la participación ciudadana.

ASSE es el principal prestador de salud pública de Uruguay. Cuenta con una red de establecimientos de cobertura nacional y atiende a cerca del 37 % de la población⁴. La Universidad de la República, a través del Hospital de Clínicas, apoya a ASSE en los tres niveles de atención. Las intervenciones de alta complejidad y alto costo se llevan a cabo en los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), que son hospitales o clínicas especializadas de origen público o

⁴ Datos de 2019 (ASSE).

privado. Hay también otros proveedores de servicios para grupos específicos, como Sanidad Policial y Sanidad de las Fuerzas Armadas, así como empresas y entes públicos: intendencias municipales, Banco de Previsión Social (BPS), Banco de Seguros del Estado (BSE) y empresas del sector privado.

Con relación al cambio de modelo de financiamiento, se propone un sistema solidario basado en justicia retributiva, con aporte en función a los ingresos, cobertura del grupo familiar y un fondo mancomunado, gestionado por el Estado, con participación social.

Hasta aquí se abordaron los principales cambios propuestos por la reforma de salud. A continuación, se hará referencia a la formación en salud en Uruguay.

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística (2021) entre los profesionales de la salud, según la profesión, hay 18 704 médicos; 4 862 odontólogos; 3 152 químicos farmacéuticos; 825 parteras y 7 759 enfermeros; 9 889 psicólogos y 8 033 otros profesionales de la salud entre los que se encuentran fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, oftalmólogos. Si se miran estos datos, y se tiene en cuenta la residencia en la capital y el resto del país, la mayoría de los profesionales residen en la capital, excepto parteras. La diferencia más grande se da en los médicos: el 69 % reside en Montevideo.

El país cuenta con una Facultad de Medicina pública y una privada. La primera tiene 22 carreras de grado: Doctor en Medicina; 7 tecnicaturas y 11 licenciaturas en la Escuela Universitaria de Tecnología Médica (EUTM); la Escuela de Parteras; Licenciatura en Física Médica y Licenciatura en Biología Humana. En el nivel de posgrado, la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina es la encargada de ofrecer una variedad de especialidades, maestrías, doctorados y programas de investigación para médicos y otras carreras de la salud. La Unidad de Educación Permanente de la EUTM, a nivel de posgrados, también ofrece una cantidad de cursos de formación relacionados a su área de actuación.

La medicina familiar y comunitaria, si bien tiene una larga tradición en nuestro país y cuenta con el reconocimiento de las comunidades y personas, es en el año 2001 que se reconoce como especialidad médica por la Facultad de Medicina. A partir del 2010, se comienzan a dar cambios importantes en relación con esta profesión, a pesar de que el cambio en el modelo de atención tenía como estrategia la APS y priorizar el PNA. Estos cambios se han dado en el plano organizacional, lo que ha generado unidades docentes asistenciales (son servicios de salud y sus territorios, donde se produce la actividad asistencial, de enseñanza y aprendizaje clínico y comunitario de estudiantes de grado y posgrado) en diferentes puntos del país, fortalecimiento en la formación y creación de cargos, además de establecer metas asistenciales tendientes a promover la prevención y favorecer el vínculo de la población con el sistema de salud. A pesar de esto, hoy, los médicos de familia están presentes en pocas instituciones privadas en nuestro país (Ponzo, 2020).

La investigación en salud en Uruguay la desarrolla la Facultad de Medicina, Química, Facultad de

Ciencias y el Instituto Pasteur. Un artículo sobre el sistema de salud de Uruguay de Daniel Aran y Hernán Laca (2011) destaca, en relación con la investigación en salud, la:

[...] Poca consistencia entre las necesidades de salud de la población uruguaya, las agendas de investigación y las prioridades de los tomadores de decisiones. Esto desemboca en la baja utilización de los resultados de la investigación en el diseño e implantación de los programas y de políticas de salud, a lo cual se suma cierta dificultad en el acceso a la información en salud y los escasos recursos que se invierten en investigación en salud pública, tanto en el área de epidemiología como en el área de sistemas de salud (Aran y Laca, 2011, p. S272).

¿Cómo fue el proceso formal de la reforma? El siguiente cuadro da cuenta de las principales leyes:

Ley 17 930 (2005)	Presupuesto nacional 2005-2009. Definición de líneas programáticas. Implementación del SNIS por medio del MSP. Objetivos y articulaciones y creación del SNS.
Ley 18 131 (2007)	Creación del Fondo Nacional de Salud (Fonasa).
Ley 18 161 (2007)	Creación de la ASSE como servicio descentralizado.
Ley 18 211 (2007)	Creación del SNIS y SNS.
Ley 18 335 (2008)	Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud.
Ley 18 731 (2011)	Incorporación de jubilados, pensionistas y sus cónyuges y concubinos al SNS.

3.2 Teorías y modelos de comunicación en la reforma

Para comenzar a pensar qué modelos de salud y comunicación están presentes en la reforma del SNIS y cómo era la salud antes, se elaboró un cuadro basado en Anzalone (2018) y Kaplún (2016) que contraponen muy bien el modelo de salud anterior y los principales cambios propuestos por la reforma.

Antes	Ahora
De un modelo mercantil hegemónico	a un modelo integral basado en Redes. Integradas de Servicios de Salud.
De una visión curativa y asistencialista, sin prevención de la enfermedad y promoción de la salud,	a una visión integral con énfasis en la prevención, promoción y acción sobre los determinantes de la salud y de la enfermedad.
De una salud que actúa sobre el individuo enfermo	a una que considera a la familia y la comunidad. Concibe la atención en base a una definición de población y territorio.
De una salud que atiende a demanda	a una que trabaja con programas y planes de salud, además de la demanda.
De una salud que estimula un uso acrítico de la tecnología y medicamentos	a una que promueve un uso racional de la tecnología y de los medicamentos.
De una salud que identifica calidad con mayor tecnología	a una que asocia calidad con capacitación continua, protocolización y buenos vínculos.
De una salud que concentra saberes y poderes	a una que reconoce saberes, promueve la participación de los diferentes actores, redistribuye poderes y construye otros nuevos.
De una salud que genera deshumanización de la atención de salud (los grandes cambios tecnológicos y la mercantilización transforman radicalmente la relación médico-paciente. Pierden peso la clínica, el examen físico y el diálogo)	a una que promueve vínculos de respeto, solidaridad y cuidado por el otro. Rescata el valor de la clínica. La capacidad de escuchar, de preguntar, de ver el contexto. Reivindica la bioética y la democratización en salud.
De una salud que genera una sobreintervención médica sobre el cuerpo de las personas (multiplica las técnicas de diagnóstico y terapéutica, costosas y no siempre necesarias. Es una medicina ofensiva. Hay una demanda	a una que promueve un enfoque integral, con más prevención y promoción. Humaniza el trato, respeto e interacción con los saberes de los usuarios.

inducida)	
De una medicina defensiva frente a la judicialización, contrapartida de la impunidad dentro del sistema sanitario,	a una que cuestiona la judicialización como forma de representar los intereses de los usuarios. Rechaza la impunidad y promueve formas de prevención de los errores técnicos y de autocorrección de las malas prácticas.
De una salud que es funcional al lucro, genera costos muy altos y afecta la sustentabilidad de los sistemas de salud	a una que cuestiona éticamente el lucro en salud, defiende la salud como un derecho y promueve una inversión planificada, priorizada e integral en salud.
De una salud que dificulta la atención en el primer nivel por los copagos	a una que facilita la atención en el primer nivel, eliminando o reduciendo los copagos.
De una salud hospitalocéntrica, que sitúa en el hospital la forma principal de organización de la atención,	a una que prioriza el PNA, articulado con los demás niveles. Referencia y contrarreferencia ágiles. Promueve la cercanía con las familias y el barrio.
De una salud que promueve relaciones de mercado	a una que subordina la lógica de mercado a una racionalización de los recursos.
De una salud que prioriza exclusivamente el rol médico y subestima los demás perfiles profesionales sin incorporar el trabajo en equipo, la complementación e interacción entre saberes, deja de lado la salud bucal y mental y establece relaciones autoritarias dentro de las prácticas sanitarias,	a una que promueve el trabajo en equipo interdisciplinario, el reconocimiento de los distintos saberes, el intercambio, el análisis crítico y colectivo, la definición de planes y objetivos comunes.
De una salud que concibe la labor aislada de cada efector de salud sobre sus afiliados	a una que desarrolla formas de complementación entre efectores para optimizar recursos. Trabajo en red. Planes comunes y discutidos con la comunidad.
De una salud que considera la labor del sector	a una que promueve alianzas entre el sector

en forma aislada y autosuficiente	salud, educación y comunidad como estrategia fundamental para la salud.
De la inequidad público-privada	a la equidad público-privada
Del pago según servicios	al pago según ingresos.
De clientes, pacientes y empleados	a participantes.

Extraído y modificado de Anzalone (2018) y Kaplún (2016).

La ley del SNIS parece plantear un nuevo modelo de salud, en consonancia a lo dispuesto por los pronunciamientos antes nombrados.

Se pasa de entender la salud como el tratamiento de la enfermedad a entenderla como un derecho del sujeto, quien participa y dialoga con el profesional de la salud en la toma de decisiones, y donde importa el contexto social y cultural del que forma parte. Visto desde los modelos antes descritos, se pasa de un modelo centrado en los efectos a uno que tiene en cuenta los procesos y las experiencias de las personas y las comunidades en el lugar donde viven y trabajan.

Si bien los textos de la reforma que se tuvieron en cuenta para esta investigación no hablan de comunicación, sí establecen categorías asociadas a ella.

Hablan de democratizar la salud, de respetar los principios de la bioética, de humanizar el trato y de valores de solidaridad. Esto supone promover vínculos de respeto, de cuidado por el otro, y saber escuchar y preguntar. Resalta el PNA como el primer contacto de la persona con el sistema de salud, lo que implica tener un equipo de referencia que atienda a la persona como un todo y no de manera fragmentada, se valora la cercanía con las familias, la comunidad y el trabajo en red. Al promover un enfoque integral, se reconocen los distintos saberes, el respeto por el otro, el intercambio y la definición de objetivos comunes.

Se establecen nuevos roles, derechos y obligaciones de los usuarios, del sistema, de la comunidad y de los profesionales y trabajadores de la salud. Se proponen nuevos actores con poder de participación y nuevas relaciones entre esos actores, sectores de sistema (social, económico, educativo, territorial, ambiental, entre otros) y entre instituciones. Se promueve la descentralización y el derecho a la información, así como la promoción de la salud.

En cuanto a las teorías, se encuentra presente la comunicación para el desarrollo, en su etapa crítica al desarrollismo, que se preocupa por la cultura y las tradiciones comunitarias y apuesta al respeto hacia lo local. Aparecen también la teoría de la comunicación para el cambio social y la comunicación desde la perspectiva de la promoción de la salud. En estas teorías la participación es una característica indispensable para lograr las metas de salud, ya que apuestan al diálogo, al encuentro y a la

reciprocidad.

La ley también destaca la importancia de la decisión informada de los pacientes/usuarios sobre su situación de salud, así como la elección informada de los prestadores. El modelo de promoción de la salud, vinculado a la participación de los usuarios en todas las etapas de su salud, tiene que ver con el acceso a la información y a la libre opinión. Incluye, además, el medio ambiente, como destinatario de acciones, y la calidad de vida de la población:

Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población (ley 18 211, artículo 4, inciso A).

Sin dudas, los avances del SNIS han sido desiguales en relación con el cambio de modelo de atención, de financiamiento y rectoría. Pero, por lo dicho antes, pareciera confirmarse un cambio de modelo de la salud, al menos en los documentos de la reforma.

Otro cambio que hoy se hace visible en las instituciones de salud y resulta importante resaltar es la incorporación de otras prácticas de la medicina que, si bien son prácticas milenarias y reconocidas, no estaban antes incorporadas en las instituciones, estas son: la acupuntura; la práctica de yoga y *mindfulness*; las clases de parto humanizado; los cuestionarios sobre violencia basada en género y generaciones durante las consultas; el derecho a elegir el médico, entre otros aspectos. Algunas de estas tienen que ver con la espiritualidad, algo que Contreras planteaba en su teoría del buen vivir.

A pesar de esto, según Anzalone (2018) «han habido avances hacia un modelo de atención integral y es importante destacarlos, pero todos los actores sociales consideran que han sido insuficientes para transformar el modelo de atención asistencialista y mercantilizado que sigue siendo hegemónico» (p. 39).

En este contexto, no se puede dejar de lado el aporte de las organizaciones sociales en la lucha por el reconocimiento de derechos humanos básicos y que hacen a la salud. Como ejemplos, se pueden nombrar las marchas por el día de mujer y de la diversidad, los movimientos medioambientales, así como las luchas que derivaron en la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo y la ley del Matrimonio Igualitario.

Estos mismos descriptores permitirán analizar de ahora en adelante, a través de narraciones de sus autores, las teorías y los tipos de comunicación y salud que se dieron en el proceso de la reforma y cómo ha sido la participación.

3.3 La mirada de los actores: políticos, usuarios y trabajadores

Lo que dice un político, que participó de la reforma de salud, sobre el papel de la comunicación

El entrevistado cuenta que la reforma del sistema de salud en Uruguay era parte del programa de gobierno del Frente Amplio, en el primer período de un partido de izquierda en la Presidencia de la República. Recuerda que en la etapa inicial del SNIS había una hoja de ruta establecida, un programa, un relato sobre cuál era la perspectiva de la reforma y un discurso programático, político e ideológico que le daba contexto a la transformación.

Para el entrevistado, la comunicación es parte de la realidad, entonces, cree que trabajar e incidir sobre cómo comunicar el proceso de transformación se convierte en una herramienta fundamental. «Pero no se comunicó de manera sistemática, planificada y profesional. Tuvimos una comunicación de vocería basada en el discurso de los conductores de la reforma [...] no había una comunicación construida en forma colectiva».

Esta relación entre realidad y comunicación relatada por el entrevistado puede vincularse con el construccionismo planteado por Mario Riorda (2011). Esta perspectiva parte de que la realidad es un producto social y que los primeros significados por los cuales se construye pertenecen al lenguaje. Este enfoque pone el énfasis en las ideas o los significados y procesos por los cuales la gente adquiere el sentido del mundo político. En este modelo «las emociones juegan un rol activo en la resonancia e interpretación de los mensajes» (Crigler, 2001, pp. 1-10 citado por Riorda, 2011, p. 98).

Esta perspectiva se aleja de un planteamiento centrado solo en los medios e intenta construir sentido político desde el Gobierno:

En donde la idea de *agenda-setting* nunca está separada como si fuera un conflicto abstracto de ideas ajeno a la institución pública. Por el contrario, el modo de definir o redefinir un asunto es según cómo el asunto se quiera que sea (Rocheffort y Cobb, 1994, pp. 8-10 citados por Riorda, 2011, p. 98).

Según el entrevistado:

[...] Había que explicar el financiamiento del sistema y no es una cosa fácil de comunicar porque vas a tocar el bolsillo de la gente. La idea de solidaridad, de un fondo público universal, es una construcción política que hay que buscar la manera de traducirla.

Esto también se hizo sin recurrir a las herramientas de comunicación y con el ejercicio de la política y su comunicación. Plantea que la comunicación es parte de la política, no un auxiliar.

Quien gobierna la comunicación es la política y no la comunicación gobierna la política [...] Si no comunico bien cuales son los contenidos sustantivos que tiene la reforma, voy a construir con más dificultad la realidad de los cambios. Si yo puedo explicar a la gente que *cobertura universal* es que puede elegir dónde se va a atender, estoy dando un salto que es tan o más importante como las leyes que transforman el sistema de salud [...] Esto uno lo va descubriendo sobre la marcha. Reconocer la relación que hay entre comunicación y realidad es importante desde el punto de vista del valor que tiene la comunicación política y de gobierno.

Plantea aquí claramente la convivencia de diferentes modelos y teorías de comunicación y salud vistos en el capítulo anterior. En ocasiones, hace referencia a una comunicación desde la transmisión de información y, en otras, desde la participación, la apuesta al diálogo y el consenso. Si bien menciona la importancia de que la comunicación acompañe al desarrollo de la política, deja de lado la estrategia de comunicación y asume que esta se hizo según la impronta personal de cada referente político. En cierta forma, plantea una tensión entre lo que se dice y lo que se hace, porque la comunicación de Gobierno precisa de una planificación y estrategia a mediano o largo plazo.

Para profundizar en su forma de entender la comunicación, el entrevistado relata experiencias de trabajo en salud en otras organizaciones. En la Intendencia de Montevideo trabajó durante la epidemia del cólera.

¿Cómo manejo el cólera en los barrios periféricos de Montevideo? Lo manejo para decir que tiene que haber saneamiento y para comprometerse con el saneamiento, para decir qué cosas hay que cuidar, por qué es importante el lavado de manos, lo manejo con el diagnóstico participativo en todo Montevideo [...] Descubrí, con los años, que la comunicación del gobierno municipal en salud era más que manejar la crisis. Potencí la comunicación con los medios en la construcción de una política pública [...] No solo debo comunicar el problema, tengo que comunicar la ventaja, la oportunidad y el logro. Tengo que utilizar la respuesta honrada y legítima, informada y valiente.

Destaca el consenso y la legitimidad como aspectos fundamentales para gobernar una política pública y resalta la importancia de que la política dialogue con cosas que van más allá de la respuesta a las obras, los servicios y la información. Aparece aquí otra forma de la comunicación política, la comunicación de riesgo, además de la relación con los medios y la comunicación participativa a través del diagnóstico participativo, el diálogo y el acuerdo.

Para hacer referencia al manejo de la crisis, relata un caso de salmonelosis en una empresa de sándwiches:

Era Semana Santa y todo el mundo había comprado sándwiches. Con el intendente decidimos hacer una comunicación que resuelva la crisis de infección alimentaria y, a su vez, construir un discurso positivo con la comunidad. Con la contribución de la empresa decidimos destruir toda la fuente de contaminación por salmonela que tenía la empresa. Ibas al lugar y mostrabas con las cámaras como tiraban todo a la basura. Lo que tenía que tirarse, y lo que no, se tiró. Se debía construir en conjunto la tranquilidad del consumidor. Esto es un proceso de comunicación con el empresario, con la sociedad y un manejo ético.

Para Riorda (2020), en momentos de crisis se espera que los líderes reduzcan la incertidumbre y proporcionen una narración de lo que está pasando, porqué está sucediendo y qué es necesario hacer. Se espera que los responsables políticos eviten la amenaza o minimicen el daño de la crisis.

El entrevistado entiende que la comunicación la deben hacer equipos interdisciplinarios y no es

patrimonio exclusivo de los comunicadores. «La idea la construye el comunicador con el especialista, lo más importante es construir equipos de comunicación y tener liderazgos deseablemente con experiencia de relación con los medios». Considera necesario «saber cómo se busca la noticia y qué quiere alguien del otro lado del mostrador». Resalta la idea de la profesionalización de la comunicación en la gestión de la política: «si tengo alguien que me ayuda a construirla lo va a hacer de una forma más profesional, más eficiente, con más elementos y más riqueza».

Sobre la participación y comunicación con los usuarios y trabajadores desde el proceso de construcción de la reforma afirma: «hay una gobernanza que se construye con los actores de la sociedad civil, con los cuales hay que dialogar para construir esa comunicación». Conecta nuevamente aquí Gobierno con comunicación, resalta el diálogo, la mirada de los otros y el respeto de la autonomía.

Lo que dicen los usuarios de la salud sobre la participación y la comunicación

El Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada (MNUSPP) es una organización social integrada por personas unidas para participar de forma directa en la satisfacción de las necesidades y aspiraciones en materia de salud. Entienden que trabajar en salud es promover conductas saludables que apunten a mejorar la calidad de vida, relevar entre los vecinos las necesidades de cada lugar y hacer énfasis en la educación, promoción y prevención de la salud. Creen que para estar sanos son necesarios trabajo, vivienda, educación, alimentación y recreación. «El rol de los usuarios es definir entre todos qué salud queremos y cómo lograrla, siendo protagonistas y controladores de las políticas de salud» (Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada, 2021).

El movimiento surge gracias a usuarios preocupados por tener información para la toma de decisiones al momento de acceder a los servicios de salud y con el objetivo de cambiar el foco de las obligaciones del usuario a los derechos de estos. Es previo a la ley del SNIS y cuentan con personería jurídica. «Son luchas organizadas de personas con objetivos comunes» dice la entrevistada y secretaria del movimiento. Tienen representantes en los 19 departamentos del país.

Cuenta que se han formado en temas de salud y lo consideran especialmente relevante: «nuestro rol es ser participativos, ejerciendo una vocería responsable, sabiendo y conociendo del tema que vamos a hablar».

Si bien la participación es un derecho amparado por la ley 18 211, la entrevistada relata que les ha costado incidir en cosas que los afecta directamente. Participan en la Junta Nacional de Salud (JUNASA), las JULOSAS, las Juntas Departamentales de Salud (JUDESA), los consejos consultivos y en el directorio de ASSE. Estos espacios, en la práctica, encuentran varias dificultades, por ejemplo: «no se están citando los consejos consultivos».

Colaboraron en la creación del librito *Conocé tus derechos*:

En esa oportunidad, el ministro dijo: «hoy se abren las puertas del Ministerio. Vengan a sentarse en la mesa con nosotros. ¿Qué les parece que tenemos que poner en el librito?». Marcamos mucha presencia en la redacción y se tomaron consideraciones para la canasta del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS⁵).

Sienten que su voz se escucha y se respeta. Son invitados a actividades de la Federación Uruguaya de la Salud (FUS), forman parte de discusiones de colectivos médicos y buscan incidir en reuniones donde el ministro cita a las organizaciones sociales, organizaciones de esclerosis lateral amiotrófica (ELA), párkinson, enfermedades raras, diabetes, etc. «Tenemos que buscar un discurso que junte a todos los diabéticos, pero también que nos junte a todos [...] Siempre hacemos el ejercicio de decir que todos somos usuarios y debemos negociar por lo mismo».

En ocasiones participan de reuniones entre el ministro y los directores departamentales. Les dan información de lo que sucede en cada departamento y, pasado un tiempo, vuelven a consultar para saber qué cambios se llevaron a cabo.

La información que transmiten es, por ejemplo, que en algunos lugares faltan bancos para que las personas adultas se suban a las camillas con facilidad, que las camillas que se usan para hacer el estudio del PAP⁶ no son las adecuadas, entre otras situaciones.

Quizá viajaste al interior profundo y por imprevisto te sucede una situación de parto. Hay policlínicas sin ambulancias o la policía no tiene un móvil. Si no se levanta un vecino con auto para llevarte, ¿quién te lleva? Queremos maternidades únicas en lugares donde haya accesibilidad y un equipo con obstetra partera, asistente social y psicólogo durante los nueve meses, y luego del nacimiento, en la familia y el entorno.

La entrevistada manifiesta la preocupación de los usuarios por la construcción de su rol en el SNIS.

Le pedimos al ministro un taller de capacitación sobre el rol del usuario. Un espacio de preguntas y respuestas. Queríamos saber qué hacer cuando vamos a un consejo consultivo para no cometer errores. En el taller, el ministro empezó diciendo: «esta es mi rendición de cuentas». No era lo acordado [...] Uno esperaba apertura al diálogo.

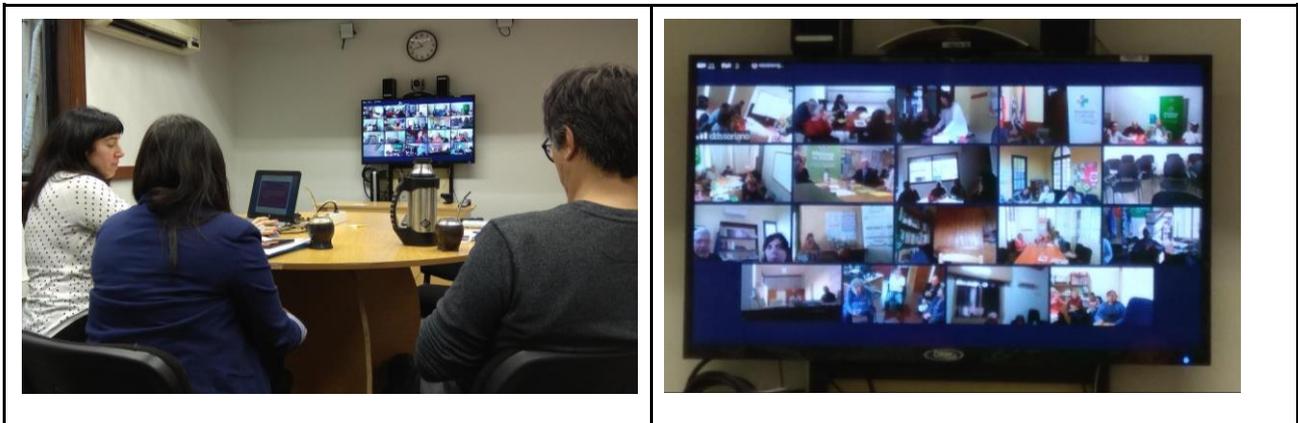
Luego de esa rendición de cuentas, se llevó a cabo un segundo taller por videoconferencia llamado Taller de Usuarios/as del SNIS. Los usuarios de todos los departamentos participaron desde la DDS

⁵ Es un catálogo de prestaciones y programas que debería informar a los usuarios sobre los prestadores que integran el SNIS.

⁶ Es un examen que se hace a las mujeres, cuyo fin es detectar en forma temprana alteraciones del cuello del útero que pueden llegar a convertirse en cáncer.

de su ciudad. Fue un taller de una hora y media donde se expuso un video sobre los determinantes sociales de la salud y se propuso una trivía sobre el SNIS y los derechos del usuario. Se hicieron presentaciones sobre los temas de relación usuario - personal de salud y hablaron sobre sus tareas un representante de usuarios de ASSE y otro de JUNASA.

En esta oportunidad tampoco se dio un espacio de preguntas e intercambios como solicitaron los usuarios, sino que cada presentador hizo referencia al tema que debía exponer.



Imágenes del Taller de Usuarios/as del SNIS.

La entrevistada afirma que la ley ha sido un salto cualitativo en las políticas de salud porque hay derechos que bajan a los territorios y amparan al usuario. En relación con la participación, asegura que ha cambiado: «antes no había nada y no había diálogo». Valoran el estar representados en mesas de negociaciones, conocer sus derechos y poder decirle algo al doctor, así como manejar su historia clínica. Les preocupan los tiempos de espera, el estrés y la angustia de los pacientes al no encontrar al doctor, la falta de empatía de los trabajadores frente a algunas situaciones.

Falta sentarnos con los trabajadores a conversar. Ahí creemos que está la optimización de la ley [...] Mirarnos más, juntarnos más y hacer mesas de negociación en las que debemos estar. No estamos en todas las negociaciones, porque hay cosas que las negocian con sus propios colegas, pero por lo menos con el trabajador de farmacia y los enfermeros sí.

Sin dudas, la participación de usuarios en el SNIS plantea un nuevo modelo desde el punto de vista de la comunicación. En el relato se detallan los aportes que han planteado y espacios que han ganado como actores, sobre todo en el cambio de modelo de gestión y atención. Una participación no exenta de dificultades.

Reconocen su aporte a la relación médico-paciente y entienden que el acceso a la información le da otro lugar al usuario, porque sabe cuáles son sus derechos y porque puede hablar desde otro lugar con el médico. Esto acorta las distancias en cuanto a la jerarquía de poder que históricamente hay en la relación entre profesionales de salud y pacientes. Desde lo organizacional, son la voz de los

usuarios que se desplazan de un pueblo a otro para atenderse en una policlínica, dejan a los niños con un vecino y cuando llegan a la consulta el médico faltó y no hay otro que lo suplante. Como se vio más arriba, hay una gran concentración de los profesionales en Montevideo y esto es un aspecto para mejorar en cuanto a la atención.

Se plantea un contraste entre el discurso optimista de la entrevistada y lo sucedido. Sin dejar de reconocer los avances logrados, varios ejemplos del relato dan cuenta de que, en realidad, no inciden mucho. En la comunicación cotidiana entre el médico-paciente, la gente continúa obedeciendo o no al médico, no hay un usuario activo en el sentido amplio de proponer e influir.

El MNUSPP tenía una página web al momento de la entrevista y tenía una radio comunitaria (El Camino FM 94.3) que hasta el 2021 contaba con programas específicos del movimiento y se transmitía por aire y por web (<http://agenda.org.uy/elcaminofm/index.htm>). Hoy la página web está suspendida. La radio sigue transmitiendo por aire y por las aplicaciones Zeno.fm (<https://zeno.fm/amp/radio/el-camino-fm-94-3/>) y Tunein (<https://tunein.com/radio/El-Camino-Fm-s292176/>). Aunque ya no existen programas específicos del movimiento, algunos programas tocan temas de salud.

En agosto del 2022, el MNUSPP fue intervenido por el Ministerio de Educación y Cultura tras un cúmulo de denuncias presentadas por los socios (Pérez, 11 de agosto de 2022).

Lo que dicen los trabajadores de la salud sobre su participación y la comunicación

La siguiente es la voz de un representante de los trabajadores privados de la salud. Cuenta la intervención de los trabajadores y su incidencia en la reforma de salud, desde la elaboración de una propuesta programática sobre los cambios que deberían producirse en el sistema de salud, previo a las elecciones de 2004, hasta su implementación una vez ganado el Gobierno.

La participación en la discusión de la ley tenía que ver con la discusión de los modelos de atención, financiamiento, gestión y participación social en el sistema. Pasar de ser paciente a usuario sujeto de derechos que tiene la posibilidad de decidir y resolver sus problemas.

El entrevistado relata que colaboraron en las discusiones de creación del Fondo Nacional de Salud (FNS), en la gestión del gasto, en el diseño del modelo asistencial y en un decreto de control de la publicidad de las instituciones, donde un 80 % debía referir a la promoción y prevención de la salud y un 20 % a la tecnología, hotelería y estructura edilicia.

Entienden a la salud como un bien social: «nuestra lucha política y cultural en el modelo de atención era inclinar la balanza hacia los derechos de las personas a vivir saludablemente en sociedad. Educación, saneamiento, vivienda».

Destaca que el desafío era manejar la participación, porque iban a tener acceso a información y discusión de propuestas en distintos niveles. Generaron, entonces, un plan de trabajo que tenía como

eje la comunicación y el empoderamiento de los espacios de participación social en la salud e involucraron a actores de diferentes sectores.

En su etapa de trabajo en la JUNASA publicaban un boletín para informar el proceso de trabajo hacia la construcción del sistema que se distribuía a los sindicatos, federaciones y al Plenario Intersindical de Trabajadores - Convención Nacional Trabajadores (PIT-CNT). Formaban parte de reuniones con trabajadores del BPS en el entendido de que la seguridad social es parte de la salud y con el objetivo de aprender la experiencia de los trabajadores en la gestión de la seguridad social. También participaban de la mesa representativa del PIT-CNT, allí informaban sobre los temas trabajados y las dificultades que se presentaban en la instrumentación de las líneas.

El representante cree que en la lucha «hemos fracasado con total éxito» por dos motivos. Por un lado, porque la salud es un tema cultural. Para la gente, la salud es un problema de otro, hasta que se está enfermo, entonces no se involucra en la discusión. El desafío está en desarrollar políticas para que la enseñanza incorpore estos temas y los niños sean los difusores. Por otro lado, está la debilidad en el control y seguimiento de los prestadores de salud para vincular los planes de prevención y promoción en el territorio donde estos se desarrollan, generar redes de atención primaria e ir a buscar a las personas para atenderlas y controlarlas: «se generó la red, pero quedó renga en la oferta de servicio y a la espera de la demanda». Un tercer aspecto que ha fallado es la complementación de servicios entre los prestadores: «se establece como sugerencia, pero no hay nada que obligue».

Considera que se avanzó, pero es necesario avanzar más y es necesario no conformarse. Mejorar los aspectos de control y seguimiento de parte del ente regulador y los mecanismos de participación del lado de los trabajadores, que también son usuarios de la salud.

La organización no tenía que ser solo reivindicativa de salarios y condiciones de trabajo, sino de propuestas [...] Es una debilidad y un elemento que debe jugar en el papel de la comunicación y difusión de trabajadores y usuarios para que asuman las herramientas que tienen y no saben usar.

Al inicio del proceso, se capacitaron en historia de la salud en Uruguay; en educación en salud; en la forma de generar un cambio en la gestión de las instituciones y la imagen de los usuarios sobre el nuevo sistema; en cómo entender los estados contables y balances de las empresas; en qué es el Sistema Nacional de Información (SINADI) y qué información se maneja allí; en cuáles son los programas de salud; en qué son las metas y otros temas que son necesarios conocer para participar y generar propuestas.

La idea de los talleres era trabajar el modelo de salud vinculado a la educación, promoción y prevención. Entonces tenías el caso de un prestador hipotético y tenías que ver en qué áreas trabajar y cómo hacerlo. Cómo hacer actividades de la policlínica o del presentador con los centros

de educación, sociales y deportivos de la zona y cómo generar, dentro de la institución, políticas de difusión y educación para la promoción y prevención de la salud.

Asegura que esto sirvió en los consejos consultivos y asesores con integración de usuarios, trabajadores y empresas. Pero con los prestadores no, por motivos culturales, de gestión, económicos o por debilidad de usuarios y trabajadores de pelear y generar instancias para impulsarlo: «estas debilidades se resuelven con el ente regulador, generando esos espacios y exigiendo la participación».

Considera que se debería fortalecer la formación en temas de educación, prevención y promoción, gestión, financiamiento y modelo de atención para pensar las cosas que se están haciendo por inercia de una manera en la que no se debería.

Armar módulos focalizados con líneas de trabajo para generar dos cosas: transmitir una idea *fuerza* de lo que se quiere, para dónde se va y cómo debería ser, pero, además, posicionar al trabajador como constructor del sistema. Tener un papel protagónico de comunicar y generar hechos que permitan sacudir las estructuras institucionales tanto de los prestadores como del organismo regulador.

Cree, también, que el ente regulador debe generar una comunicación:

Mucho más potente. Varias veces planteé en el MSP la necesidad de cada 15 días, o una vez al mes, convocar a la prensa y hablar de enfermedades no transmisibles, buenas prácticas de alimentación, cuidados, etc. Generar presencia frente a la población y marcar el camino a los prestadores.

Otra cosa que considera se debería hacer es que el MSP tome el artículo 95 de la ley 19307 que establece el tiempo destinado a campañas de bien público y lo use «con medida» para hablar del sistema de salud y la salud de la población:

Eso ayudaría a poner el tema en la cabeza de la gente y daría elementos de análisis para que en la vida cotidiana se valoren. Si hablás de hábitos alimenticios, seguramente la gente en su casa algo va a empezar a cambiar.

Señala como un debe la generación de políticas de coordinación interinstitucionales.

Es una aberración lo que se hace [...] Muchas veces sale el MAM (Mercado Agrícola de Montevideo) con un programa de canastas de vegetales de la semana. Eso debería ser un trabajo donde esté el MGAP (Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca), MSP, IM (Intendencia de Montevideo) y otros. Eso va a tener mucha más fuerza [...] Se dice que se comunica mal y hay más de 200 comunicadores en los distintos incisos del poder ejecutivo. Hay un fantasma de la mala comunicación, pero hay problemas políticos e ideológicos.

Otro aspecto de comunicación que cree debería trabajarse mejor es el tema de los medicamentos de alto costo: «se debería explicar de qué se trata. Decirle a la gente lo que se hace y el costo que

tiene porque es ella quien paga». Algo similar plantea en relación con los significados de términos como *lo público, lo estatal y lo privado*.

Cuando hablo del sanatorio de ASSE me dicen: «¿Cómo sanatorio? Eso es privado». Yo les digo que los hospitales son de la Edad Media, cuando eran asilos y eran lo peor del mundo. Un sanatorio es un lugar donde la gente va a sanar cuando tiene algún problema. En Uruguay, el sanatorio siempre estuvo vinculado a lo privado o al mutualismo y el hospital era la medicina para pobres. Para mí todos son sanatorios, sean públicos o privados. Es una pelea cultural.

Considera que hay espacios importantes de decisión que aún se deben ocupar, como ser la gerencia de ASSE, donde hay representación de lo público y no de lo privado.

¿La participación de usuarios y trabajadores implica algo nuevo comunicacionalmente en el sistema de salud? Al decir de los entrevistados pareciera que sí. Implica involucrarse en los espacios donde se toman decisiones; formarse para participar de manera constructiva; escuchar y relevar las necesidades en cada lugar para proponer e incidir; ser protagonistas y controladores de la política pública; vincularse con colectivos médicos y asociaciones de pacientes; ser la voz de los usuarios y trabajadores frente al ministro, en las instancias promovidas en la ley y en sus propios espacios de propuesta y discusión.

Entienden la salud como un bien social y un derecho. En los relatos encontramos características que van de la mano con la teoría de participación. Usuarios y trabajadores participan en el logro de las metas de salud, fortaleciendo y favoreciendo procesos locales. ¿Pero qué sucede en la práctica? Afirman que los cambios propuestos en la reforma se han cumplido de distinta manera en los diferentes niveles, y en algunos no, pero queda mucho por hacer. Ambos actores hacen referencia a la necesidad de construir un rol más fuerte, capaz de incidir efectivamente en los ámbitos que representan, y esto viene de la mano del empoderamiento de los espacios de participación, el cual, en ambos casos, relacionan con la comunicación. Afirman que, si se sintieran posicionados en el sistema, podrían tener un papel protagónico para comunicar y mover estructuras, como el caso de algunas instituciones que, según la ley, no cumplen con lo que deberían. Pero esto no pasa solo en el ámbito de usuarios y trabajadores: «se debe lograr que todos los actores del sistema cumplan efectivamente el papel que deberían cumplir para no quedar en el vaivén de lo que pase. Debería generarse una mayor discusión de los temas».

Estas debilidades vienen de la mano de un cambio de rol, de uno más reivindicativo a uno participativo y propositivo, pasar de pacientes a usuarios con derechos y obligaciones, pero «una de las debilidades es que la salud es un problema de otro hasta que se está enfermo». Hay un cambio cultural aquí, pensar qué sociedad y qué mundo se quiere construir. En este aspecto, consideran que la salud es un tema que debe comenzar en los primeros años de escuela.

Si bien la ley pareciera plantear un modelo con énfasis en los procesos, a través de la participación,

no parece que se haya logrado o se da a medias y en algunos espacios y situaciones. Uno de los tantos ejemplos es cuando relatan que se generó una red de atención primaria «[...] pero quedó en la oferta de servicio y a la espera de la demanda». Esto tiene que ver con la necesidad de enclavar los planes de promoción y prevención en el territorio donde se desarrollan, así como tener equipos de salud en todo el territorio y un rol de contralor más fuerte del MSP para que se cumpla lo estipulado en los documentos.

Tanto usuarios como trabajadores cuentan con medios propios de comunicación, hechos a fuerza de voluntad con las herramientas que tienen. Es interesante su propuesta al MSP de convocar a la prensa y hablar de temas que refieren a la salud como forma de hacer llegar las políticas a los usuarios, pero también a los prestadores. Esto les marcaría el camino con respecto a lo que deberían hacer según la ley y no hacen. Se hace referencia aquí a las teorías de cambio de comportamiento y de desarrollo, asociadas a los modelos con énfasis en los contenidos y los efectos.

El desafío está en involucrar a las personas en la discusión de temas de salud, aun cuando están sanos, y en profundizar la participación en los lugares donde aún no llegaron, sea por falta de organización interna, porque sienten que no son escuchados o porque no se llama a los consejos consultivos. La ley plantea que para integrar el SNIS es preceptivo que las entidades públicas y privadas cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios y el decreto de estos órganos (número 269/008) dice que el rol de usuarios y trabajadores es fundamental para consolidar el cambio de modelo de atención, gestión y financiamiento.

3.4 El Plan de Salud 2015-2020

Con la finalidad de profundizar en la construcción del SNIS, el MSP definió una serie de objetivos estratégicos para desarrollar en el período 2015-2020. Ellos son:

- definir objetivos y metas sanitarias que permitan profundizar la implementación de la reforma;
- más y mejor SNIS;
- diseño de sistema de información en salud;
- generar e informar sobre indicadores de calidad en la atención de la salud;
- mejorar el rol de rectoría del MSP y fortalecer el Fondo Nacional de Recursos (FNR);
- formulación de una política de comunicación orientada a la promoción de salud y la promoción del derecho a participar de usuarios del sistema.

(Extraídos de la presentación *Una reforma sanitaria que sigue avanzando* [Basso, 2019]).

A continuación, se describen brevemente los objetivos relacionados con la comunicación y la información y que son de interés para la investigación. Estos son: los Objetivos Sanitarios Nacionales

(OSN), diseños de sistemas de información en salud y política de comunicación.

Objetivos Sanitarios Nacionales

Para la formulación de los cuatro OSN se identificaron 15 problemas prioritarios y se establecieron cinco objetivos estratégicos que engloban los problemas críticos priorizados. Para cada uno de ellos se establecieron metas, indicadores y líneas de acción con perspectiva de derechos, contemplando género y generaciones, así como los determinantes sociales.

El logro de los objetivos involucra a todos los integrantes del sistema, cualquiera sea el rol que ocupan en él: quienes ocupan cargos en la rectoría, los trabajadores de los prestadores de salud, integrantes de los equipos de salud y usuarios.

Estos objetivos buscan generar una hoja de ruta con una mirada nacional, pero que incluye los ámbitos regionales, departamentales y locales.



Imagen extraída de la presentación *Una reforma sanitaria que sigue avanzando* (Basso, 2019).

Estas estrategias se encuentran en concordancia con la planificación para el acceso y la cobertura universal de salud firmada en 2014 por los Estados miembros de la OPS/OMS y articulan las políticas de salud con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, especialmente el objetivo de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

Las líneas de acción para el logro de los OSN proponen trabajar en forma conjunta y articulada desde los distintos programas de salud que tiene el MSP. Este es un desafío importante porque, hasta ahora, los programas de salud han funcionado de manera fragmentada. Se presentan como «una amplia gama de herramientas de intervención que, actuando de forma sinérgica, permita construir las

diversas opciones de política y de acciones desde el organismo rector para el logro de los objetivos sanitarios nacionales» (Ministerio de Salud Pública, 2020, p.35).

¿Qué acciones de comunicación proponen los OSN?

A continuación, se efectúa un relevamiento (no exhaustivo) de las líneas de acción vinculadas a la comunicación de dos de los cinco objetivos estratégicos. La selección se da porque, a grandes rasgos, las acciones relacionadas con la comunicación se repiten para todos los objetivos. El objetivo cinco se eligió porque hace referencia específica a acciones para un cambio de modelo de salud centrado en las personas.

Objetivo estratégico 1: favorecer estilos de vida y entornos saludables (nutrición, alimentación saludable y actividad física) y disminuir los factores de riesgo (consumo de tabaco y sustancias psicoactivas).



Propuesta de intervención y líneas de acción por área:

1- Consumo de tabaco:

- promover avances en áreas 100 % libres de humo de tabaco en hoteles, exteriores de escuelas y centros de salud y automóviles;

- contribuir a la concientización del público mediante la formación, educación y una política comunicacional para el consumo de tabaco;
- actualizar la guía de cesación de tabaquismo, difundir el ABC del abordaje de cesación de tabaquismo entre los médicos del primer nivel, promover la cesación del consumo de tabaco con énfasis en poblaciones especiales como embarazadas y promover el acceso a policlínicas especializadas de cesación del tabaquismo como referencia.

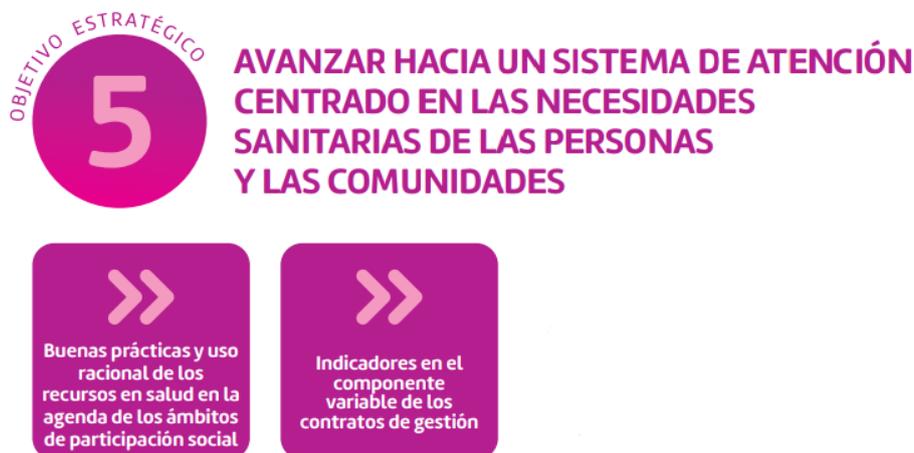
2- Nutrición, alimentación saludable y actividad física:

- elaboración y publicación de guías y normas para una alimentación saludable y adecuada actividad física;
- políticas públicas de modificación del entorno que favorezcan la adopción de hábitos alimentarios saludables y el desarrollo de la actividad física. Aquí se establecen líneas de acción destinadas a centros educativos, servicios de atención infantil, servicios de salud, hogares con inseguridad alimentaria y otros. Entre las acciones propuestas está el diseño de buenas prácticas de alimentación y preparación de los cursos de capacitación y materiales.
- Difusión de prácticas de alimentación saludable y de actividad física en la población. Para ello se propone:
 - a- el diseño intersectorial de estrategias de comunicación dirigidas a la población en general para alcanzar una alimentación saludable y mayor actividad física;
 - b- difusión en medios masivos (radio y TV, redes sociales, buses, calle, espectáculos públicos, telefonía móvil, Plan Ceibal y Plan Ibirapitá) e instituciones (servicios de salud público y privados, escuelas públicas y privadas, liceos públicos, privados y centros de UTU, instituciones de larga estadía y eventos científicos).

3- Sustancias psicoactivas:

- desarrollar una campaña de comunicación pública orientada a promover que los usuarios con consumo problemático de alcohol puedan tomar mayor conciencia de su situación y demandar ayuda de forma temprana y oportuna en el SNIS;
- desarrollar e implementar campañas de sensibilización y educación sobre los riesgos del uso de cannabis, especialmente dirigidas a la población adolescente y joven, en coordinación con otros actores gubernamentales.

A continuación, se detallan las propuestas de intervención y líneas de acción relacionadas a la comunicación en el objetivo estratégico 5: avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas y las comunidades.



Áreas de intervención y líneas de acción:

1- Atención con calidad asegurada:

- avanzar en un plan de reperfilamiento del PNA para mejorar la relación equipo de salud-paciente y el interno del equipo de salud;
- consolidar una red de comunicación y articulación de respuestas oportunas para el análisis y gestión de riesgo con los directores departamentales y organismos locales. Para ello se propone desarrollar campañas de comunicación poblacional referidas al fomento de la vacunación antigripal y del Certificado Esquema de Vacunación (CEV), así como acciones de prevención del dengue mediante medidas de control de la proliferación del *Aedes aegypti*;
- potenciar y difundir el rol del director departamental y de la JUDESA, fortalecer un sistema de información en el ámbito local para la planificación, potenciar intervenciones en el campo de la promoción de salud y evaluación de impacto de actividades;
- estimular la capacitación permanente y a distancia de los profesionales de la salud, incluyendo estrategias de aprendizaje a través de plataformas virtuales, desarrollar herramientas de telemedicina y otras tecnologías de la información y la comunicación (TIC) que faciliten la capacidad de resolución en el marco de criterios y estándares fijados.

Variadas son las estrategias de comunicación propuestas para el logro de los objetivos sanitarios nacionales. Podríamos decir que algunas son más difusionistas y vinculadas a las teorías del desarrollo, como la campaña en los medios de comunicación para prevenir el consumo de tabaco,

otras hacen énfasis en los cambios de conductas, por ejemplo, la elaboración y publicación de la guía de buenas prácticas de alimentación, y otras parecieran ser más participativas, como mejorar la relación equipo de salud-paciente y a la interna del equipo de salud, así como las actividades de promoción, prevención y educación en salud.

Los OSN, en los documentos, demuestran que están en línea con la reforma del sistema: proponen acciones que involucran a diversas organizaciones de sectores sociales, académicos y económicos, incluyen a escuelas y liceos públicos y privados, centros de larga estadía, actores departamentales, medios de comunicación, entre otros, y se proponen para todo el ciclo vital. Resaltan la importancia de la alimentación saludable, el cuidado del medio ambiente, el aire que respiramos. Esto es un aspecto interesante si se tienen en cuenta las teorías de comunicación vinculadas al buen vivir que hablan de estos aspectos. Hacen referencia al cuidado de salud en los hogares, en las escuelas y en las comunidades, aspectos que también se resaltan en las declaraciones de salud, desde Alma-Ata hasta ahora. De la misma forma en que son varias las teorías encontradas en las acciones de los OSN, se vinculan estas acciones a los modelos de comunicación y salud que hacen énfasis en los contenidos, en los efectos y en los procesos.

Pero ¿cómo se ha dado esto en la práctica? Según Anzalone (2017), si bien los OSN son una iniciativa muy positiva «[...] mantienen un bajo perfil en la gente. Los actores sociales no fueron consultados en su elaboración y aprobación, y no han sido asociados públicamente a planes y acciones para alcanzarlos» (párr. 1). Más adelante, intentaré poner esto en diálogo con las estrategias que llevan adelante los directores departamentales de salud, los directores de programas y el equipo de comunicación del MSP.

Sistema de información en salud

En este ítem interesa hacer referencia a los sistemas desarrollados que brindan información a los usuarios e integrantes del equipo de salud para la toma de decisiones y para la mejora de la atención y la auditoría. Ellos son la Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN), Historia Clínica Oncológica (HCEO) y A Tu Servicio.

La historia clínica es propiedad del ciudadano y está en custodia del prestador de salud. La HCEN contiene el registro de las personas y de todos sus eventos clínicos y conecta a todas las organizaciones de la salud a través de una red privada de datos. Es una plataforma que interopera las historias clínicas de las instituciones de salud del país. Sirve al usuario cuando cambia de prestador de salud o en forma circunstancial es atendido por otro prestador, una emergencia médica móvil o un IMAE. El profesional o equipo de la salud que lo recibe puede acceder a su historia clínica para la toma de decisiones.

La HCEO es un sistema de registro clínico electrónico que permite una visión integral del paciente

oncológico en el ámbito ambulatorio, mejora la accesibilidad, la continuidad del proceso asistencial y la calidad de la asistencia.

A Tu Servicio es un sistema de información que contiene un listado de todos los prestadores integrales de salud. Permite comparar información para la toma de decisiones informadas. Por ejemplo, si un usuario desea cambiar de prestador puede acceder y comparar información como tiempos de espera, derechos de los usuarios, indicadores asistenciales, precios de consultas o estudios, recursos humanos y cantidad de usuarios.

Esta información, además de ser una herramienta para los usuarios, sirve también para medir la calidad de atención.

Política de comunicación en salud

Los ítems desarrollados a continuación fueron presentados por el MSP en un taller para usuarios el 16 de agosto de 2019:

- estrategias de comunicación alineadas con los OSN (prevención de enfermedades no transmisibles, nutrición, consumo problemático de tabaco, entre otros);
- campañas de comunicación centradas en prevención de enfermedades transmisibles, infecciosas y estacionales (sarampión, gripe, dengue, leishmaniasis, entre otras);
- fortalecimiento del vínculo con medios de comunicación y periodistas en temáticas priorizadas por el MSP (prevención del embarazo adolescente, prevención del suicidio, medicamentos de alto costo, entre otros).

Hasta aquí se presentan los principales cambios propuestos por el SNIS, los lineamientos estratégicos del MSP y su política de comunicación. Las políticas plantean ciertamente otro modelo de salud: cobertura universal, con énfasis en el derecho a los usuarios a elegir su prestador y el respeto a la decisión informada sobre su situación de salud; énfasis en la prevención y promoción; participación de usuarios y trabajadores en los órganos de decisión; intersectorialidad que incorpora a sectores sociales, académicos y económicos.

¿Plantea otro modelo de comunicación? En algunas cosas pareciera que sí y en otras no. La política de comunicación hace énfasis en la prevención y en la relación con los medios de comunicación, mientras que en las acciones propuestas en los planes el énfasis está en las campañas de prevención, promoción y difusión de prácticas saludables, con una mirada instrumental de la comunicación, aunque aparecen tímidamente prácticas de promoción de la participación social, la articulación entre los programas del MSP y la descentralización. Sí hay un desarrollo de sistemas de información hacia el usuario, pero no aparece la forma de comunicarlos en los relatos.

En adelante, se presenta el relato de directores departamentales de salud y coordinadores de

programas de salud del MSP para conocer su mirada sobre la comunicación y saber si la reforma trajo consigo cambios en relación con la comunicación y salud.

3.5 La mirada de los actores: directores departamentales de salud y directores de programas

Lo que dicen los directores departamentales sobre el papel de la comunicación

La ley número 16 736, artículo 393, crea la función de los directores departamentales de salud pública. Son responsables de ejecutar, en el ámbito departamental, sobre los subsectores público y privado, las políticas, programas, controles y planes que determine el MSP.

Para el cargo se solicita ser médico, odontólogo o licenciado en enfermería. Tienen entre sus tareas la promoción y prevención de salud; la promoción de la participación social; el vínculo con el movimiento de usuarios, tratando de reforzar la formación y participación; la creación de espacios como las JULOSAS, JUDESAS y de espacios de comunidad saludable junto a los municipios, entre otras.

Las DDS dependen de la DIGECOOR del MSP que tiene, entre otras, la tarea de coordinar las actividades en territorio de las DDS con las actividades centrales y con el Estado. Esta dirección cuenta con un presupuesto y la designación de un cargo Q (cargo de confianza política para ocupar su dirección), pero no tiene una estructura interna aprobada por resolución formal. Sus miembros la integran a través de pases internos de otros departamentos o divisiones del MSP.

Aquí trabaja una comunicadora, su cargo es escalafón A, grado 8 y la denominación es *técnico 3 profesional*. Es una denominación genérica, puede haber un licenciado en Sociología o un Economista de la Salud que también lo es. «Si se hiciera un llamado seguramente se pida el título como condición de valoración, pero no porque lo exija el escalafón», porque el cargo de comunicador no existe. Los médicos también son escalafón A profesionales, pero para los llamados sí se usa la denominación *médico*, más la especialidad: ej. médico pediatra.

El plan de trabajo de las DDS se genera con base en los 15 problemas planteados en los ODS y cuenta con el aval del ministro. Cada departamento hace énfasis en los problemas más relevantes en el territorio. Cada línea estratégica tiene distintos niveles de gestión y actividades que llevar a cabo para cumplir con los indicadores.

En nuestra ciudad, la meta para este año (2019) fue trabajar en prevención del suicidio y lo cumplimos. Debíamos tener una reunión con todas las autoridades de la educación a nivel departamental (primaria, secundaria, magisterio, profesores, UTU, representantes del MEC), realizar una charla en un centro de educación media para estudiantes y docentes, y hacer una entrevista de radio o televisión sobre el tema (directora de Maldonado).

Reciben \$ 13 000 por mes para gastos de funcionamiento distribuidos por rubros, la comunicación

no está incluida y tampoco hay comunicadores en ninguna DDS. «Muchas veces se reclamaba la necesidad de que hubiese comunicadores en todo el país, pero nunca llegó a concretarse» (comunicadora 7)

Los 19 directores se reúnen una vez al mes con el ministro en el Gabinete de Salud. «Son reuniones informativas. Los programas de salud asisten cuando hay algo nuevo que aportar, nos presentan el tema y traen folletos» (directora de San José).

Cuentan que replican lo que se hace en Montevideo «[...]porque ellos hacen y parece que llega al interior, pero no llega a todos» (directora de San José). Entonces, acuerdan con los medios de su departamento para elaborar los *spots* que se hacen en el MSP, pero con la mirada del territorio. «Hay muchos materiales que vienen de Montevideo, pero soy empecinada con lo nuestro. Hemos ido creando cosas propias, manteniendo la estructura que se maneja a nivel central» (directora de San José). Esto no sucede en todos los casos, ya sea por falta de recursos humanos, materiales, económicos o por decisiones del director.

La comunicación en este desafío es esencial, nunca es suficiente. Es esencial en las políticas públicas cuando se parte de un escenario que se quiere transformar [...] El 11 de marzo de 2005 se crean los cargos y nos mandaban a algo comunicacional muy fuerte. Había que recopilar información y había que salir a explicar a dónde iba el barco [...] Nos daban viáticos para el combustible, pero no vehículo y así había que salir a comunicar a escuelas, prestadores, junta, liceos, UTU, CERP [Centros Regionales de Profesores] [...] La comunicación está en ir a las localidades sabiendo que las problemáticas de cada lugar son diferentes. Es importante escuchar lo que dicen las comunidades y los usuarios (director de Colonia).

El director es el vocero en todos los casos:

La que hace la comunicación de la Departamental de Salud soy yo. Frente a un brote, una actividad de promoción y prevención, buenas o malas noticias, lo comunico y los medios vienen o nos siguen donde vayamos, hacen notas, toman imágenes [...] Hay una buena comunicación, lo que no quiere decir que desde el punto de vista de la salud se esté comunicando correctamente [...] (directora de Maldonado).

Todos coinciden en que uno de los grandes cambios en el plano de la comunicación del sistema de salud ha sido en su acceso:

Ahora la gente va al centro de salud y se encuentra con un mundo de prestaciones o servicios que no sabía que tenía. Falta promover más los derechos de los usuarios de la salud para que se haga más uso de ellos (directora de Maldonado).

La directora de San José cuenta que la comunicación es el tercer pilar que tomó como eje de su trabajo:

Cuando llegué al cargo tuve que explicarles a mis compañeros de la salud cuál era la función, qué cosas hacíamos, lo mismo para la población en general. Entonces vi que hay un debe [...] Se puede hacer muchísima cosa, pero si no se expone y no está en los medios no se hizo, o se hizo y lo sabe solo la gente que participó de la actividad.

Al referirse a las tareas de comunicación, todos nombran las actividades de promoción y educación en salud en escuelas y espacios comunitarios y la relación con los medios de cada localidad. El uso de redes sociales difiere en cada departamento, según la impronta del director o directora.

Todos utilizan medios escritos, canales de cable, programas de radio comunitarias y distribución de información a través de listas de Whatsapp.

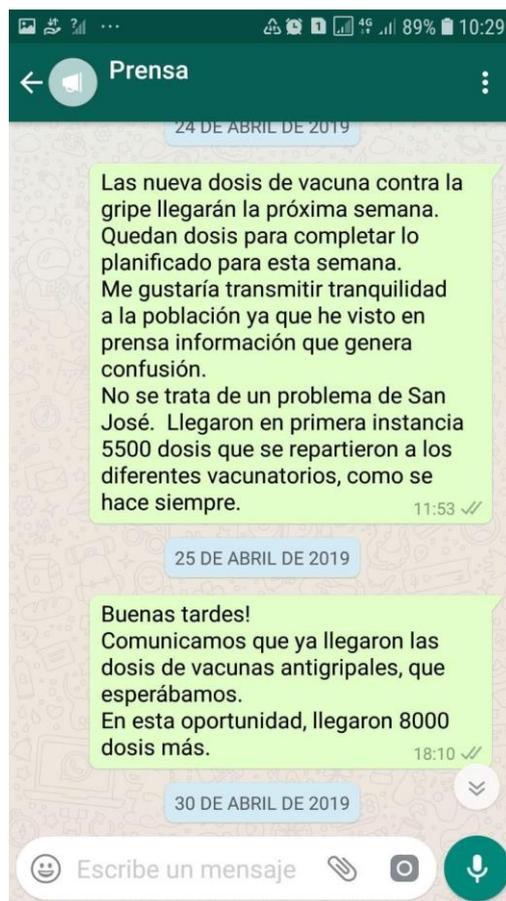
Si queremos enviar un mensaje al medio rural tiene que ser a través de la 41 [...] Siempre voy a los programas que me invitan y trato de adaptarme a sus horarios y hablar de forma sencilla a la gente para generar espacios de preguntas y participación de la audiencia. Otro caso es cuando vamos a hacer campaña de búsqueda de la larva del mosquito del *Aedes aegyptis*, debemos informar a la población para que nos permita entrar a su domicilio. En Ciudad del Plata no tenemos forma de avisarles, entonces hacemos un altavoz, pero tiene un gran costo que luego debemos decidir quién lo cubre (directora de San José).

Para comunicarse con el ministro, la Dirección General de Coordinación y otras autoridades usan grupos de Whatsapp y correo electrónico. Para elaborar productos de comunicación se debe obtener el respaldo en el plano central.

El Departamento de Comunicación nos alentó a que enviemos fotos de cada actividad a través del Whatsapp colectivo que tenemos. Todas las fotos parecen la misma foto: un montón de gente con una pantalla o una escuela con muchos niños. Ellos no vienen a cubrir eventos, vienen solo cuando viene el ministro (director de Colonia).

A sugerencia del Departamento de Comunicación, el uso de redes sociales debe ser a modo personal.

Yo quería generar una página de Facebook de la DDS San José para poner las actividades que hacemos [...] A la gente le gusta encontrarse en la foto, hay una identidad que mantener. Nos dijeron que no porque si fraccionamos, la información tiene menos llegada. Medían por cantidad



de amigos o seguidores [...] El Twitter está con mi nombre personal, cosa que me genera una dificultad. ¿Cómo muestro los contenidos desde una identidad personal? (directora de San José).

La misma tensión es manifestada por otros directores que usan esta y otras redes. Señalan como dificultad el hecho de que la información les llega «siempre tarde». Es el caso de la presentación de los datos nacionales en el marco de una actividad de prevención del suicidio.

Cuando empiezas a pedir los datos departamentales no están. Y de lo nacional te enterás en el momento que lo hacen público. Nosotros deberíamos tener esos datos primero para organizar actividades en la localidad, respetando que lo hagan público ellos [...] Entonces tenés que venir corriendo desde Montevideo a hacer una conferencia de prensa para que los periodistas de acá puedan sacar los datos el mismo día. He aprendido de dónde sacar los datos, pero cuando los pido con tiempo no los tengo (directora San José).

Cuando apareció un caso de sarampión en la ciudad de Carmelo me llamaron de una radio para avisar que lo iban a publicar en Facebook, les dije que esperen la comunicación oficial. Llamé al Departamento de Comunicación y dije que lo iba a comunicar. Me dijeron que espere porque primero debía hacerlo el ministro [...] no puede ser que se anuncie en Colonia un caso de sarampión en Uruguay. Les dije: ¿qué credibilidad tengo yo en el departamento si en esa localidad se enteran por los canales de televisión de la capital? Entonces acordamos salir juntos. Hablé con la radio para hacer una entrevista a la misma hora que el ministro. Desde el 2005 cada ministro nos presenta como ministros del territorio, pero después no tenemos las herramientas para ejecutar (director de Colonia).

Otra dificultad que señala es que los equipos de salud no están radicados en el territorio, lo que dificulta la apropiación: «vienen, atienden y se van. En mi rol debo poner estas dificultades sobre la mesa» (directora de San José).

En cuanto al acceso a la información, resaltan que se ha mejorado muchísimo. «Antes de la reforma no existían datos ni información de los servicios de salud» (directora de San José). Hoy, la página web del ministerio cuenta con una sección, A Tu Servicio, donde se puede acceder a los datos de todos los prestadores privados, pero del público solo está ASSE a nivel departamental, sin desagregar las localidades.

Por ejemplo, si se desea acceder a los datos de ASSE en la localidad de Villa María del Departamento de San José, no están. Están los datos de todo el departamento de San José.

Otro hito resaltado es la publicación de información en cada departamento. La Dirección General de Coordinación generó una publicación llamada Info Salud donde se publican para cada departamento indicadores socioeconómicos, epidemiológicos, indicadores de cobertura, entre otros.

«Eso vale oro». Yo debería manejar mucho mejor el acceso a la información que sí hay, además de tener apoyo en las búsquedas. Cuando los solicito me contestan que está colgado en la página. También debería poder acceder a los datos del departamento a través del Sistema Nacional

de Información (SINADI), pero me dicen que los datos los mandan a Montevideo (directora de San José).

En todos los casos dicen: «reproducimos la centralidad», a pesar del esfuerzo que declaran hacer por llegar con la información a todas las localidades del departamento. «Falta mucho para trabajar y el nivel de desarrollo de las políticas difiere en cada departamento» (director de Maldonado).

El trabajo con otras instituciones y otros sectores es lo más valorado en el discurso de los directores departamentales: «creo que es la forma de trabajar y apoyarme para disminuir las debilidades internas en cuanto a capacitación de recursos humanos» (directora de San José). Esto también difiere en cada departamento, la cantidad de personas que trabajan y los perfiles de cada uno.

Una de las actividades que se destaca son las Rondas Rurales. Estas actividades están comprendidas en el Programa Nacional de Salud Rural, desarrollado a partir del año 2010. Son jornadas en las escuelas, donde se convoca a quienes viven en zonas cercanas para recibir asistencia médica y participar de actividades educativas, de promoción de salud y prevención de enfermedades. El objetivo es llegar a la población más vulnerable y con dificultades de acceso a los servicios de salud (Ministerio de Desarrollo Social, 2016).

En San José, se hace una actividad llamada La Previa. Consiste en recorrer las escuelas y comisiones de fomento para hablar con los maestros, niños, vecinos y referentes locales para trabajar sobre la demanda de cada lugar.

Nosotros conocemos lo que hacen los gurises. Sabemos que hacen trabajos en huertas, con montes nativos, reciclajes, talleres de cocina con flores comestibles, etc. Entonces hacemos talleres de sexualidad, convivencia, emociones y lo que necesiten las maestras. Si detectamos un problema de salud lo derivamos y le hacemos seguimiento con el prestador de salud [...] Uno de los pilares en el cambio de modelo asistencial incluye salir a buscar a las personas, no esperar que vengan a los servicios de salud. Este es un granito de arena [...] Se detectan situaciones del medio rural profundo que, si no hubiera sido de esa forma, no se hubiesen detectado nunca (directora de San José).

En estas rondas participan los servicios de salud pública y privada, aunque señalan que estos últimos participan muy poco, Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Uruguay Crece Contigo (UCC), Banco de Previsión Social (BPS), Gobierno Departamental, entre otros.

Se adapta un ómnibus para consultorio y se hace apoyo asistencial, vienen vacunadores, se realizan muestras de Papanicolau y educación para salud a través de talleres para niños y padres [...] Hemos trabajado mucho en la identidad de la ronda y la comunicación hacia la localidad y el departamento para que se sepa que existe y se conozca el cronograma. Logramos que el Departamento de Comunicación nos hiciera un logo. Lo queríamos para que nos identificara como Ronda Rural y no como cada institución que participa. Hicimos un *banner* para que se note que

allí está pasando algo y folletería [...] En Montevideo nos dicen que cada vez se usa menos la folletería y lo entiendo, pero nosotros trabajamos mucho con adultos que hay que darles el papelito (directora de San José).

«El objetivo es que estas actividades en las localidades cobren autonomía, se organicen y trabajen, contando con nuestro apoyo», dice otro de los entrevistados.



Video de Ronda Rural en San José (2016) (https://youtu.be/_7NA6Z-o3v0).

Son varias las teorías de comunicación y salud que están implícitas en los relatos de los directores departamentales: comunicación para el cambio de comportamientos, comunicación para el desarrollo y participativa. En todos los casos, aparece con mucha fuerza la relación con los medios como forma de llegar a todos los rincones de cada departamento. También se describen acciones con la comunidad y el uso de técnicas educativas y participativas, aunque el involucramiento de la comunidad pareciera no estar siempre desde el principio del proceso de trabajo.

Resulta importante destacar aquí un aspecto con el que coinciden todos los entrevistados: la conformación de los equipos de trabajo de las DDS. Aunque la realidad es diferente en cada departamento, algunos equipos están conformados por tres personas y entre los perfiles se encuentran licenciados en enfermería, oficiales de higiene, administrativos, encargados de fiscalizaciones, entre otros. No se describen perfiles sociales que colaboren en favorecer el trabajo con la comunidad y el vínculo con otras organizaciones e instituciones educativas. Este rol siempre lo cumple el director de salud o los licenciados en enfermería. La generación de equipos de trabajo interdisciplinario resulta imprescindible en temas de salud, ayudaría al mejor cumplimiento de los objetivos y, además, es un ítem que está inscripto en la ley del SNIS.

Describen la comunicación como ir a los lugares, escuchar a la gente e involucrarla, ser claro en los mensajes y respetar la identidad local. La definen como esencial en las políticas públicas, pero no suficiente y aquí siempre aparece la falta de recursos económicos destinados a la comunicación y la falta de recursos humanos formados para ocupar los cargos.

Los espacios de encuentro a través de las Rondas Rurales son muy bien valorados. Son donde se hacen los controles de salud, pero también se habla de salud y el vecino se lleva el folleto con

información. Si bien en los relatos se encuentran acciones que promueven la participación de diferentes actores e instituciones de diversos sectores, se acerca mucho al modelo propuesto por Rogers descrito más arriba, un modelo de promoción y prevención centrado en lo que saben los expertos, son ellos los que proponen las acciones para la comunidad, esta no está involucrada en los diagnósticos, sino en la ejecución.

El manejo de redes sociales en Montevideo está a cargo del Departamento de Comunicación, a través de las redes sociales del MSP, y en el plano departamental a través de cuentas personales del director. Aquí aparece una tensión entre lo personal e institucional y lo local y lo central. Hay un esfuerzo de parte de los directores por generar contenidos locales a través de los medios de comunicación y adaptar a la particularidad de cada departamento los materiales que se generan en el ámbito central. La tensión que se plantea entre lo que se hace en Montevideo y el interior también se manifiesta al interior de los departamentos y sus localidades.

La descentralización es uno de los objetivos que sustentan la reforma del SNIS y desde la comunicación es clave para involucrar a usuarios, organizaciones y sectores en el cambio de modelo de atención y el nuevo paradigma de la salud. Para la comunicadora 8:

[...] La comunicación de las políticas públicas sigue estando en la promoción, prevención y difusión de los derechos de los usuarios y no tanto en el cambio de modelo de atención. La salud es una construcción y requiere de la comunicación para entenderla, llevarla adelante y trascender la idea de que la salud es estar sano [...].

Una comunicadora en la DDS del departamento de Flores

Serrana⁷ integró el equipo de la Departamental de Salud de Flores⁸ cuando se inició el proceso de descentralización del MSP. En las oficinas del país era la única comunicadora, pero no estaba contratada para ese rol.

Esta historia comienza cuando es invitada por la pediatra de su hija a integrar un grupo de promoción de la lactancia materna.

En ese momento era muy bajo el porcentaje de madres que amamantaban a sus hijos, entonces distintos actores de la salud crearon un grupo voluntario y con gente de diferente origen profesional que tenía ganas de recuperar la lactancia. Se me invitó como mamá, ella no sabía a qué me dedicaba.

Llevaban a cabo actividades con la comunidad en plazas y teatros, comprometían también a

⁷ El nombre se utiliza en acuerdo con la entrevistada, con la finalidad de enriquecer la historia.

⁸ Flores es uno de los 19 departamentos de Uruguay, ubicado al suroeste del país.

sectores de la educación formal y no formal e incorporaban a equipos de enfermería y médicos. «Una constante en mi trayectoria laboral es sensibilizar en que todos pueden ser protagonistas de la comunicación. Todos tenemos saberes y los podemos usar, en este caso para recuperar el hábito de amamantar».

Un tiempo después, la pediatra fue designada como directora de salud y la invitó a integrar su equipo. Entonces, se fue en pase en comisión como adjunta en la DDS. El equipo inicialmente estaba integrado por un administrativo, la directora y ella.

Serrana es maestra y comunicadora. Ingresó a la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación de la Udelar en 1989. Cursó el trayecto de Comunicación Educativa. Se formó en promoción de salud porque entendía que tenía las herramientas de comunicación, pero necesitaba otro marco para trabajar y sentirse afianzada en el área de la salud. Estudió también un Diploma de Comunicación de Riesgo en Salud Pública.

Recuerda que iniciaron la oficina de la DDS:

De la nada [...] en aquella época no había práctica de ningún tipo de trabajo comunitario. Mi aporte era el conocimiento y el vínculo con otras instituciones. Eso lo habíamos logrado en las campañas de lactancia y en el imaginario estaba lo mucho que habíamos logrado.

Se encargaba de tareas administrativas, participaba en procesos de habilitación, representaba a la directora en ocasiones especiales, organizaba conferencias de prensa, redactaba comunicados, hacía carteleras, distribuía afiches en centros educativos, conformaba redes para trabajar en diferentes temas, etc.

Lo que siento ahora, mirándolo a la distancia, es que era un popurrí [...] Una de las tareas para mí más fuertes fue la promoción de salud. Lentamente empezamos a generar acciones con distintos grupos que luego se convierten en acciones continuadas con escolares y liceales. Conformamos un grupo de jóvenes promotores de salud porque entendíamos que entre pares siempre es mejor transmitir el autocuidado y las buenas prácticas.

Las actividades y temáticas que trabajaban seguían los lineamientos del MSP, pero con una impronta propia del departamento. Hace referencia a la tensión entre la centralización y lo descentralizado:

Se hablaba del interior como si fuera una cuestión uniforme y homogénea. He tenido que desmitificar que por ser Flores una población chica tenía menos problemas que otros departamentos. Quizá en números era menor, pero los problemas estaban y algunos sorprendían.

Piensa que el proceso de descentralización se dio de diferentes maneras en cada departamento

y aún es muy incipiente. Los presupuestos no están descentralizados y las áreas programáticas tampoco.

No se veía bien que cada departamento genere cosas [...] Lo difícil es insistir en el cambio de hábitos, conductas y el autocuidado y no poner el énfasis en una ambulancia que no se justifica para una población de 200 personas [...] Hay que trabajar con la comunidad y mostrarle cómo funciona la salud en otras partes, hacerle saber que puede hacer más de lo que cree si realmente se sensibiliza y está dispuesta. Son cosas que necesitan continuidad en el tiempo para que se afirmen.

Considera que la comunicación para la salud tiene que ser un área de trabajo importante con un fuerte componente de cambio de hábitos y conductas, y no solo cuidar el corazón o la alimentación.

Tenemos una visión del cuidado de las personas fragmentada [...] El cambio del modelo asistencial que se pretende está lejos. Se han dado pasos, pero todavía falta. Estoy convencida que los comunicadores tendríamos un papel bien importante para jugar si se nos diera la oportunidad. Creo que no nos visualizan como ese actor que puede ser bien importante y ahí la facultad tiene un desafío de darse a conocer. A la profesión hay que venderla, darle visibilidad.

Otro modelo de salud y comunicación se encuentra en el relato de Serrana: plantea que la comunicación para la salud tiene un fuerte componente de cambio de hábitos y conductas, pero eso se logra involucrando y empoderando a las personas. Hace referencia a la educación entre pares a través de la formación de promotores de salud para que a su vez enseñen a otros, habla de sensibilizar para que todas las personas sean protagonistas de la comunicación a través de respetar y valorar los saberes de cada uno y así lograr una vida sana. Las teorías implícitas aquí son: la teoría del cambio de comportamientos, la comunicación para el cambio social, la comunicación alternativa para el desarrollo democrático y la comunicación desde la perspectiva de la promoción de la salud.

Lo que dicen los directores de programas de salud sobre el papel de la comunicación

El MSP cuenta con 14 áreas y programas de salud. En el año 2019, año en que se efectuó el trabajo de campo para esta investigación, entre los temas priorizados estaban las enfermedades no transmisibles y niñez y adolescencia. Por ello fueron seleccionados para las entrevistas.

Los programas dependen de la Dirección General de Salud (DIGESA), una de las cinco direcciones dependientes del ministro y el subsecretario. El programa de enfermedades no transmisibles, de ahora en adelante ENT, tiene el objetivo de prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. Su trabajo está dirigido a usuarios, profesionales, técnicos, empresas y servicios de salud. Su coordinadora es médica y especialista en epidemiología y el equipo está integrado por

ella y una nutricionista.

Las ENT tienen factores de riesgo comunes que están presentes mucho antes de que aparezca la enfermedad y se pueden modificar. Son las enfermedades cardiovasculares (infarto, accidente cerebrovascular [ACV], hipertensión arterial [HTA]), el cáncer (los de mayor riesgo son de pulmón, colon y de mama), la diabetes y la enfermedad respiratoria crónica (enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] y asma). Estas enfermedades tienen ocho factores de riesgo de los cuales cuatro dependen de estilos de vida y comportamientos, como pueden ser el consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, alimentación no saludable y sedentarismo. De estos derivan los otros cuatro: sobrepeso y obesidad, presión arterial elevada, glicemia elevada en sangre y dislipemia. Los primeros se pueden evitar y así evadir las enfermedades o hacer que aparezcan más tardíamente.

¿Cómo se hace desde el sector salud para que la gente no consuma más alcohol, se mueva más y tenga una alimentación saludable? El partido se juega afuera del establecimiento de salud y ese es el desafío. A través de un abordaje intersectorial del problema, junto a otros ministerios e instituciones, a través de normativas e impuestos.

Por ejemplo, para la campaña de alimentación saludable destinada a los pacientes se contrató una agencia de publicidad. Se hicieron materiales para pasar en los televisores de las salas de espera y otros para entregar a los pacientes.

En relación con la elaboración de materiales para los equipos de salud, el programa hace las guías o protocolos para el manejo del paciente, junto a la academia, y el equipo de comunicación del MSP hace el diseño. Lo mismo sucede en la elaboración de materiales para cursos en línea destinados a trabajadores de salud. En todos los casos «qué se hace con el material y a quién se distribuye lo hacemos nosotros [...]».

Sorprende el rol del equipo de comunicación en relación con tareas que le son propias, pero que en este caso son llevadas adelante por expertos en un tema de salud, por lo que el equipo de comunicación queda reducido a tareas de elaboración de materiales. No participan en la toma de decisiones con relación al tipo de material que crear, no elaboran estrategias de comunicación para llegar a los destinatarios, su rol pareciera quedar acotado al diseño impreso. Tampoco son quienes elaboran las campañas. En cuanto al vínculo y el trabajo con el equipo de comunicación dicen: «nosotros vamos a proponerles cosas. No ha pasado que ellos vinieran a proponer».

Para trabajar el tema en entornos educativos (educación primaria, secundaria y UTU) se creó una comisión integrada por instituciones como la Administración Nacional de Educación Primaria (ANEP), el MEC, el MSP, la Secretaría de Deportes, entre otros. «Se hicieron capacitaciones, imanes, librillos con recetas saludables para que lleguen a las escuelas y así ayudar a los padres».

El MSP cuenta también con programas de Control del Tabaco, Control del Cáncer y Nutrición, pero, a pesar de que las ENT incluyen estos temas, no trabajan en forma coordinada.

Falta dar un pasito más para que haya mayor coordinación y trabajo conjunto [...] Tenemos que tener una estrategia para comunicar los hábitos saludables y otra línea de comunicación con la persona que está enferma para que se haga los controles, porque las campañas son una cosa puntual.

En relación con el trabajo entre el programa y las DDS, se relata lo mismo que lo señalado más arriba por sus directores:

Los directores vienen una vez al mes [a Montevideo] y se les informa en qué se está trabajando [...] Todas las DDS tienen una sala de videoconferencia para comunicarse. Hemos hecho charlas de HTA y diabetes para los efectores de salud y ellos van a escuchar la actividad.

Se plantea una comunicación unidireccional, quien define las prioridades es el rector de la política, sin escuchar las necesidades locales. Algo parecido sucede en la relación entre el programa y las comisiones honorarias que trabajan estos temas, como la CHLCC y la Comisión de Salud Cardiovascular. El programa apoya en la difusión de las actividades de las comisiones, pero no participa en la ejecución de ellas. Por lo señalado, el trabajo interinstitucional tal como lo determina la reforma sucede, pero solo para la elaboración de pautas, guías y otros elementos, luego, cada organización lo implementa a su manera.

El programa de Salud de la Niñez busca promover la salud y el desarrollo integral de todos los niños y niñas, sus familias y la comunidad y, al igual que el programa de ENT, está dirigido a usuarios, profesionales, técnicos, empresas y servicios de salud. Entre sus tareas se encuentran el desarrollo de guías, protocolos, pautas y recomendaciones; el monitoreo y evaluación de procesos y resultados de la situación de la infancia, a través de indicadores de salud, para identificar áreas críticas y elaborar o adecuar políticas públicas que logren un impacto positivo en la salud integral de niños y niñas.

El equipo está conformado por tres médicas pediatras, una de ellas es su coordinadora, una psicóloga y una nutricionista. Como muchos de los problemas críticos de los OSN están relacionados con la infancia, trabajan de forma coordinada con otras áreas del ministerio: «en el tema de alimentación trabajamos con Nutrición, en desarrollo trabajamos con Salud Mental y otros referentes fuera del MSP». Este programa, a diferencia del anterior, declara trabajar junto a otras áreas, coordinando acciones.

Para su coordinadora, la comunicación se da a través de instrumentos que usan las instituciones y desde la interdisciplina. Un ejemplo de trabajo entre instituciones es el Sistema de Información Integrada del Área Social (SIAS), una herramienta informática interactiva que busca mejorar los niveles de eficiencia y eficacia de la gestión, para fortalecer las capacidades de diseño, evaluación y monitoreo de las políticas públicas mediante el intercambio de datos entre ministerios, entes autónomos, intendencias y otros organismos estatales. «Allí se cuenta con información de primera infancia muy importante que es cargada por todas las instituciones que reportan datos para construir

políticas públicas».

Sobre la comunicación entre instrumentos, cuenta el caso del carné de salud del niño. Educación tiene un sistema de información que dice en qué prestador se atiende el niño, actualización de las vacunas y si puede realizar actividad física: «es un instrumento de salud que llega a la escuela». Afirma que trabajar en salud en interdisciplina es complejo y que desde la formación se debería abordar la interdisciplina y la intersectorialidad: «no es fácil despojarse de los egos [...] esto fue un camino de aprendizaje para todos».

El MSP, en su rol de rector de las políticas, reacredita a las instituciones. En el caso, por ejemplo, de políticas vinculadas a la protección de la lactancia materna, una de las líneas de acreditación es la comunicación con los usuarios a través de la página web, teléfono, redes sociales, clases de parto, etc. Se hace el seguimiento del cumplimiento de esos ítems, pero no se decide cómo lo comunican: «es una forma de medir la comunicación. Pero no sabemos cómo se comunicó».

Al iniciar este apartado se plantea que los destinatarios de los programas son los usuarios, profesionales y técnicos, pero no hay trabajo directo con ellos, sino elaboración de diferentes instrumentos de información y comunicación que luego llegan a los destinatarios para que estos los consuman. Algo similar ocurre en la relación con los servicios de salud, desde el MSP se elaboran las propuestas y se hace un contralor de ellas, pero sin profundizar en la forma en que se comunican con los usuarios. Trabajan junto al equipo de comunicación los temas para destacar en las conferencias de prensa. En relación con la elaboración de los materiales, coincide con el relato de la directora de ENT.

Los contenidos son desarrollados por el programa y luego pasa a corrección y diseño. A veces lo hace el equipo de comunicación y otras se hace por contratación. Nosotros elegimos qué resaltar y qué imágenes usar. En la distribución también incidimos porque queremos que los instrumentos lleguen a los efectores y a veces le pedimos a los referentes de los prestadores que hagan sus capacitaciones internas.

En cuanto al vínculo con las DDS, efectúan capacitaciones a través de videoconferencias sobre temas que se presentan como una necesidad en el departamento y ofrecen materiales de difusión. Sobre el sistema de salud considera que «[...] hay mayor accesibilidad y se ha propuesto trabajar más en la calidad de atención y esto tiene que ver con la cercanía y la empatía que pueda tener el sistema de salud con el usuario». Aquí aparecen características de la comunicación que no son abordadas por los programas. Al menos no de forma directa.

Los directores de programa, al igual que los directores departamentales de salud, son los voceros de la política. Siguen la política de comunicación definida por el MSP y llevada adelante a través del equipo, pero no parece haber trabajo en conjunto. En el caso de los programas de salud, la comunicación aparece una vez que están elaborados y definidos los contenidos o luego de pensada la

campaña. Los comunicadores no participan desde el inicio de los procesos, sino al final. Sus instrumentos de comunicación son guías, folletos, materiales y campañas en medios.

Los espacios de comunicación son las instituciones de salud. A través de diferentes recursos llegan a los usuarios, profesionales, técnicos, empresas y servicios de salud. No trabajan en territorio y su relación con las direcciones departamentales se restringen a reuniones mensuales donde escuchan las necesidades y entregan material. Dicen que es muy poca la comunicación con otras organizaciones que trabajan los mismos temas, pero difunden sus actividades. Se hace énfasis en la promoción y prevención a través del desarrollo de estrategias con otras instituciones y otros sectores. El modelo que sustenta la práctica de comunicación pareciera ser la comunicación para el cambio de comportamientos, una comunicación con énfasis en la transmisión, pero también aparecen características de la comunicación para el desarrollo

Capítulo 4: El rol de la comunicación y los comunicadores en las organizaciones de salud y en el SNIS

4.1 Roles y tareas de los comunicadores

Roberto Hernández et al. (2014) plantea el rol como unidades articuladas conscientemente que definen en lo social a las personas. El rol sirve para que la gente organice y proporcione sentido o significado a sus prácticas.

La práctica es una unidad de análisis conductual que se refiere a una actividad continua, definida por los miembros de un sistema social como rutinaria. Por ejemplo, las prácticas de un profesor en un salón de clases (Hernández et al., 2014).

Enrique Pichon-Rivière, desde la psicología social, hace referencia a roles adjudicados y asumidos en la estructura y función de un grupo.

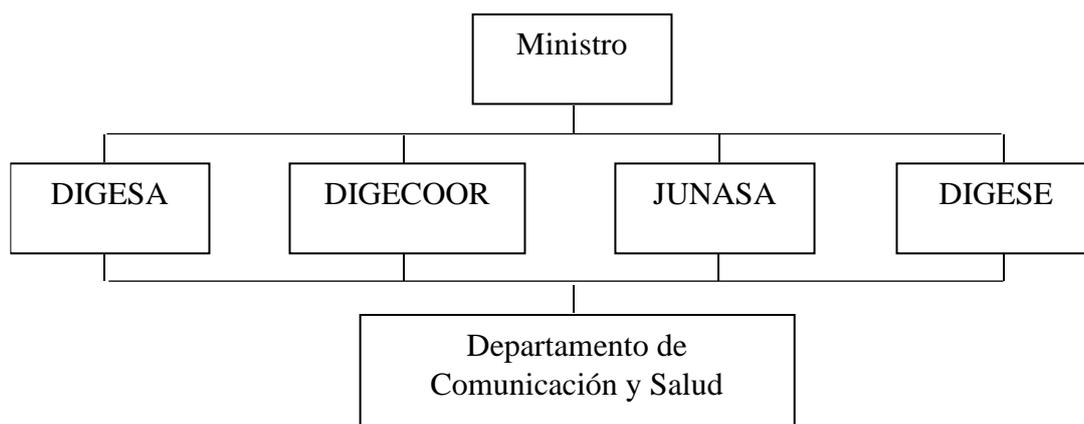
Estos representan modelos de conductas correspondientes a la posición de los individuos en esa red de interacciones, y están ligados a las expectativas propias y a las de los otros miembros del grupo. El rol y su nivel, el *status*, se ligan a los derechos, deberes e ideologías que contribuyen a la cohesión de esta unidad grupal. Todo conjunto de personas, ligadas entre sí por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna, se plantea explícita e implícitamente una tarea, que constituye su finalidad (Pichon-Rivière, 1981, p. 152).

¿Qué entienden por *comunicación en salud* los comunicadores?; ¿Cuál es su rol en las organizaciones de salud?; ¿Cómo es su práctica diaria? De esto se trata lo que sigue. En este capítulo se encuentra el relato de comunicadores que trabajan en organizaciones de salud que forman parte del SNIS. Cuentan sobre su práctica diaria, la relación con otros comunicadores y otras organizaciones y cómo es vista la comunicación por otros profesionales.

4.1.1 El equipo de Comunicación y Salud del MSP

El Departamento de Comunicación y Salud, según su organigrama, depende de la Dirección General de Secretaría (DIGESE), una de las cinco unidades ejecutoras dependientes del ministro y subsecretario. Pero al decir de una entrevistada: «es con quienes menos vínculo tenemos. Nuestro vínculo directo es con el ministro, el subsecretario y con la DIGESA [...] Me parece que deberíamos estar en otro lugar, de hecho, lo estamos» (comunicadora 1).

«Nosotros hacemos dialogar en materia de comunicación a las cuatro direcciones» (maestro). El siguiente dibujo del organigrama es producción del equipo durante la entrevista. En él dejan fuera del relato una unidad que se encuentra físicamente en otro edificio.



Este aspecto resulta interesante y coloca a la comunicación del lado de las relaciones y el diálogo hacia adentro de la organización. «La comunicación es estratégica cuando se construyen espacios de comunicación que, desde las micropolíticas y prácticas cotidianas de la organización, incrementan las oportunidades para el desarrollo de competencias dialógicas, de cogestión y autogestión» (Bruno, Demonte y Jait, 2016, p. 342).

El equipo está conformado por 11 personas: una periodista, que es su directora y asesora de comunicación del ministro, tres licenciados en comunicación, un maestro, que trabaja en el área educativa, un diseñador gráfico, dos egresados de UTU de relaciones públicas y tres administrativos.

Antes del 2008 existía un sector de prensa y relaciones públicas y otro sector de educación para la salud que elaboraba materiales educativos para los programas de salud del ministerio. Los entrevistados cuentan que, con el tiempo, se procuró fortalecer un área de comunicación uniendo esos sectores. «Hoy el ministerio tiene profesionales de la comunicación» (maestro).

A partir del 2010, se constituye el Departamento de Comunicación y Salud tal como es hoy. Su misión, según el plan de trabajo, es mantener informada a la población en forma constante de las novedades y políticas de salud del ministerio, además de llevar adelante políticas y estrategias de comunicación interna y externa. Sus destinatarios son la población en general, los medios y el cuerpo médico.

Aparece aquí el médico como figura preponderante sobre otras profesiones de la salud, una mirada médico-centrista. No se menciona al resto de los integrantes del equipo de salud. Trabajan en gestión de prensa, vocerías, actualización del sitio web, producción y distribución de materiales y manejo de redes sociales. Hacia adentro de la institución gestionan la intranet, el correo institucional, relaciones públicas, protocolo y ceremonial. «[...] el perfil del departamento cambia de acuerdo al perfil de la dirección y del ministro» (comunicadora 2).

Plantean una tensión entre la cantidad de tareas, la formación de los integrantes del equipo y la cantidad de horas de trabajo:

Los que trabajan en comunicación no todos tienen formación, entonces tenés los recursos, pero no pueden realizar la tarea. No pueden redactar una nota porque no tienen el perfil, no pueden revisar un texto o una guía para que vaya a imprenta [...] Tenemos un compañero que trabaja en redes, pero viene de tarde, entonces cuando tenés una actividad de mañana tuitea uno y otro sube algo a Facebook. La web cuenta con sistema de respuestas, pero ¿quién contesta? [...] Cuando vas a gestión humana a decir que se necesita un recurso, siempre hay otras oficinas que lo necesitan (comunicadora 2).

Tienen la postura de que todo lo que sucede se tiene que comunicar junto con las acciones que se llevan a cabo. En el relato, el asesoramiento en gestión de prensa juega un papel importante hacia adentro de la institución, trabajando con los voceros, y hacia afuera, manteniendo buenos vínculos con la prensa. Quien trabaja las vocerías es la directora del departamento junto con el ministro, subsecretario y la directora general de Salud y de Epidemiología.

Hace poco hubo un caso de sarampión y el equipo de epidemiología hizo un relevamiento de los pasajeros de ese barco, se los contactó para tomar las medidas de prevención. Este hecho desató varias medidas de comunicación donde estuvo el tema de vocería, ver qué se dice y cómo se dice, se desarrolló la campaña de sarampión con los móviles de vacunación, evaluando dónde poner los móviles, la hora, convocar a los medios y decidir quién habla [...] Unos son más centralistas que otros en la toma de decisiones. Esto evidencia la poca confianza que todavía hay en el ministerio de los médicos o del equipo de salud hacia los comunicadores (comunicadora 2).

Esta es otra tensión que se repite durante la conversación: por un lado, el reconocimiento de los comunicadores por parte de profesionales de la salud y, por otro lado, estos mismos profesionales evitando delegar la toma de decisiones en temas que hacen a la comunicación.

Para las campañas se licitan agencias de publicidad. En estos casos, la decisión última de las campañas no la toman ellos, se la dan a otros. El equipo solo participa coordinando, junto a la agencia, el lanzamiento y diseñando las acciones de comunicación con la comunidad: eventos, presentaciones o ceremonias.

Afirman que la comunicación está centralizada en el equipo y lo valoran como positivo, pero dicen:

No llegamos a estar en la producción del contenido de los programas de salud, excepto aquellos que están priorizados. Aquí uno del equipo participa desde el vamos, que es lo ideal, pero es imposible estar desde el comienzo en todo. En muchas ocasiones, nos llegan los contenidos solo para hacer la corrección de estilo, darle la identidad y enviarlo a imprenta (comunicadora 2).

El término *centralidad* se usa para decir que, ahora, casi todo el material sale del equipo o este tiene participación en al menos una parte de la línea de trabajo. Esto es relevante porque da cuenta de una planificación y coherencia en la comunicación. Antes, los programas de salud enviaban a hacer sus materiales afuera: «hoy se entiende que tiene que pasar por acá, que hay un discurso para dar [...]

Haber centralizado todo está bueno, pero es mucho más trabajo y no estamos pudiendo responder a toda la demanda» (comunicadora 2).

Los entrevistados, de manera reiterada, hacen referencia a la cantidad de sectores, programas y áreas que tiene la organización en tensión con el número de personas que integran el equipo, y resaltan el hecho de que cuando presentan la necesidad de tener más personas, siempre otras áreas tienen la prioridad. En los trabajos en los que no pueden estar presentes tratan de que los mantengan informados a través del correo electrónico; a veces pasa y a veces no. «Sigue pasando, aunque en menor medida, que hay aportes de otras organizaciones que hacen la corrección de estilo o el diseño y ahí ya no tiene el mismo encare que le damos desde acá» (comunicadora 2).

Algo parecido a lo que sucede en la relación del equipo con los programas pasa con los directores departamentales de salud:

Ellos relevaron los medios de comunicación de todo el país, entonces cuando hacemos una noticia hay una base de datos que llega a todos [...] Si en Tacuarembó hacen un evento, la invitación la hacemos acá, porque ellos no tienen medios ni recursos humanos (maestro).

«Nosotros deberíamos ir más a cada lugar para conocerlo, pero vamos poco [...]» (comunicadora 2). Surge nuevamente la tensión entre centralidad de la comunicación y descentralización, planteada más arriba por los directores departamentales. Los materiales y la comunicación de todos los departamentos se hacen con la mirada de la capital del país. El equipo, generalmente, no hace actividades en territorio, en los casos en que sí lo hacen: «vamos a relevar la foto y escuchamos lo que se dice, ahí nos damos cuenta de que hay temas o aspectos que hay que reforzar porque no se entendieron» (comunicadora 2). En estos casos, elaboran materiales educativos y de difusión de información o proponen, una jornada de promotores de salud juveniles. Pero son casos muy excepcionales.

Como parte del proceso de descentralización, y a partir de que el MSP quedó encargado de las políticas de salud y el control del sistema de salud, el equipo comenzó a trabajar con otros organismos los problemas sociales vinculados a la salud, como pueden ser embarazo adolescente, alimentación saludable, entre otros.

Aquí los comunicadores hemos tenido un rol muy importante para generar intersectorialidad. Se crean dos mesas de trabajo: una técnica y otra de comunicadores. Las decisiones técnicas y políticas son de ellos y nosotros decidimos cómo comunicarlas. En algunas reuniones, los comunicadores participan de las reuniones técnicas y viceversa [...] Las decisiones de comunicación las toma el comunicador, pero cuesta mucho en cualquier ministerio darle el lugar y la relevancia que tiene al comunicador (comunicadora 2).

Hacen talleres con periodistas sobre temas sensibles como, por ejemplo, comunicación del suicidio. Se los invita a un desayuno y un experto presenta el tema, da cifras y se les muestra evidencia

sobre lo que sirve y qué no sirve comunicar, qué términos usar, qué imágenes mostrar.

Para nosotros es fundamental tener diálogo permanente con los medios de comunicación porque son la base de nuestro trabajo. El ministerio no tiene mucho dinero para hacer grandes campañas, pero el hecho de estar permanentemente en los informativos nos hace llegar a miles de personas y eso para nosotros es fundamental (comunicadora 1).

Para trabajar los temas no se hacen diagnósticos: «hacer diagnósticos sería ideal, pero nuestros recursos son chauchas y palitos» (maestro). Cada fin de año se hace una perspectiva de gastos del año siguiente sobre los temas que se deben reforzar y se reserva un dinero para ello. Este aspecto debilita el funcionamiento del equipo para hacer frente a situaciones imprevistas.

También participan de una comisión para valorar la publicidad de los servicios de salud. Esta se crea a partir de la ley 18 211, artículo 20, que establece que los fondos que ingresan por el Fondo Nacional de Salud⁹ deben destinarse a promocionar la salud y a mejorar la atención hacia los usuarios y no se puede hacer publicidad empresarial. Para cumplir con la ley, las instituciones deben presentar al MSP el mensaje que van a difundir: «aquí nosotros vemos si el mensaje es de prevención y promoción de salud o si es publicidad engañosa y otros valoran lo que se dice de la tecnología» (comunicadora 2).

En relación con el lugar que ocupa la comunicación en la institución dicen: «antes la comunicación respondía a un modelo asistencial [...] Hoy hay nuevos destinatarios, no solo el médico o el paciente» (maestro).

Creo que el comunicador ha tenido un rol importante en la reforma de salud. Quizá no como quisiéramos, pero es un desafío trabajar con médicos y otras profesiones de la salud, entendernos, vincularnos y hacer cosas en conjunto, porque todos saben un poco de comunicación (comunicadora 2).

Si bien en el discurso se plantea un cambio en el modelo de comunicación que acompaña el nuevo modelo de salud, en la práctica no parece darse del todo. La comunicación con los usuarios está pensada desde la difusión de la información a través de comunicados, campañas en medios masivos y redes sociales, notas en la página web y folletería. Lo mismo sucede en la relación con los equipos de salud, que elaboran comunicados, eventos, publicaciones y contenidos en la página web. Pareciera plantearse una práctica asociada a las teorías del desarrollo vinculadas a la difusión de información con énfasis en los cambios de comportamiento. Sucede también que la gran mayoría de los contenidos

⁹ El SNIS reglamenta el derecho a la protección de salud de todos los habitantes del país a través de un Seguro Nacional de Salud, financiado por el Fonasa, que extiende obligatoriamente la cobertura médica de los trabajadores a su núcleo familiar.

están enfocados en la prevención y no en los derechos de los usuarios, un eje central de la reforma de salud.

Cuentan que el ministro tiene asesores para otros temas, pero todo lo relacionado a comunicación «tiene que pasar por él» (comunicadora 2). Quien resuelve prioridades es el ministro «escuchando a los comunicadores» (comunicadora 2). «A veces hace caso y otras no, pero siempre pregunta» (comunicadora 1). Si bien esto pone en un lugar de relevancia a la comunicación y pone a los comunicadores en un lugar de incidencia, quienes toman las decisiones son los jerarcas, que en la mayoría de los casos son médicos. Aparece aquí el rol de los comunicadores no solo como «gestores de la comunicación, sino que también despliegan su capacidad política» (Ottado y Moreira, 2017, p. 7).

Consideran que su palabra tiene legitimidad: «nosotros incidimos y proponemos» (comunicadora 1). «Sucede que estamos en un terreno en el que el poder médico tiene un peso muy grande y un valor social muy importante e histórico» (maestro). Una vez más, en el relato de las comunicadoras hay mucha ambigüedad al asumir que su palabra incide y tiene valor frente a los médicos, pero sin dejar de reconocer el poder médico y el valor histórico que tiene en la sociedad. Consideran importante fortalecer la comunicación del médico, el enfermero y el partero hacia el usuario, porque:

[...] La mayor parte de los problemas que pueden evitarse, prevenirse o tratarse tienen que ver con la comunicación. Este es un tema que se está incluyendo en la currícula de la Facultad de Medicina: cómo incide la comunicación en la adherencia al tratamiento, la comunicación de malas noticias y seguridad del paciente. Falta mucho aún, pero que se hable de esto y se tenga presente es un gran avance (comunicadora 1).

Aparece aquí un nuevo rol que podrían cumplir los comunicadores, el de formador. Sería interesante ver a comunicadores integrar los equipos docentes que hoy integran médicos de familia, psiquiatras y psicólogos.

Trayectoria de una comunicadora en el MSP

Analía¹⁰ cuenta que entró al MSP en el año 2005 por un llamado en la UTU de comunicación, opción Relaciones Públicas. El ministro quería personal para organizar eventos. Esa idea se desdibujó y se armó un *call center* donde se canalizaban todas las consultas de atención al usuario. Así conoció el MSP «de pe a pa». Había dos turnos con siete personas cada una.

Dábamos números para las operaciones de cataratas con los cubanos, números para ASSE (porque aún no estaba descentralizado) y luego con el Fonasa tuvimos que estudiar las leyes, el

¹⁰ El nombre se utiliza en acuerdo con la entrevistada, con la finalidad de enriquecer la historia.

tema de las adicciones, etc. Armamos mecanismos de respuesta y fue un fogeo que nos dio una visión de todo lo que hace el MSP.

Cada tanto hacíamos eventos, pero varias compañeras se empezaron a ir porque no era para lo que se había llamado.

Eso se fue desarmando y me fui a trabajar en los programas haciendo el nexo con comunicaciones. Ahí sí estuve en los procesos de lo que querían comunicar los programas y hablando de comunicación. Me sirvió porque conocí la interna de cada uno. La visión que tenían del equipo de comunicación era que «comunicación nunca nos escucha». Ahora que estoy en el equipo veo que no es eso, sino que hay otras cosas primero.

Mi rol de comunicadora es desde hace cuatro años, cuando llegué al Departamento de Comunicación. La idea era que fuera el nexo con los programas, pero ya tenía otras tareas asignadas y eso se perdió. Falta formación en temas de salud y comunicación. Yo estoy deseando una especialidad. Hice cursos apoyada por la OPS en comunicación de riesgo, tratamiento periodístico del suicidio, comunicación y VIH, comunicación y violencia. He adquirido experiencia, pero me falta formación.

Resulta interesante resaltar el aspecto de la formación al que hacen referencia varios de los entrevistados. El plan de estudios actual de la carrera (2012) en la Udelar está estructurado en tres ciclos (inicial, profundización y graduación), con módulos de formación y orientaciones curriculares en periodismo, publicidad, producción audiovisual, comunicación educativa y comunitaria, investigación y análisis de la comunicación, multimedia y TIC y comunicación organizacional. La formación de grado no cuenta con unidades curriculares específicas sobre comunicación y salud, pero sí hay, por ejemplo, unidades sobre comunicación y arte o comunicación y ciudad. Más allá de esto, los estudiantes acceden a prácticas preprofesionales en instituciones de salud, durante el ciclo de graduación, en las orientaciones en comunicación educativa y comunitaria y comunicación organizacional. En educación permanente hay experiencias de cursos sobre esta temática en Montevideo y Paysandú y un grupo de docentes de comunicación organizacional llevó a cabo una consultoría en el Hospital de Clínicas, en Montevideo. Es de destacar la Especialización en Comunicación de la Ciencia y la Tecnología, inaugurada en el año 2022, un posgrado que involucra a la FIC, a la Facultad de Ciencias y de Química de la Udelar y cuenta con el apoyo de otras instituciones. Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud en Uruguay y el Fondo Nacional de Recursos también ofrecen cursos sobre estos temas: Conversaciones Difíciles: Herramientas para Mejorar las Relaciones en el Equipo, Comunicación de Crisis, Comunicación Científica en Ciencias de la Salud, entre otros.

4.1.2 El Departamento de Comunicación de ASSE

ASSE es el mayor prestador público del país. Tiene 33 000 funcionarios y 897 centros de salud «y la tarea de comunicación es súper diversa», según el entrevistado.

La Dirección de Comunicaciones está integrada por diez personas: su director, abogado con larga trayectoria en periodismo, una administrativa con formación en comunicación que gestiona las redes sociales y la página web, un redactor, dos camarógrafos, un fotógrafo y editor, dos diseñadores gráficos, una maestra de ceremonias especializada en protocolo, una persona encargada de relaciones internacionales que gestiona los convenios, atención a urgencias y emergencias con turistas y un chofer.

Tenemos una política y roles definidos, pero después que entrás a jugar el partido dejás la política a un costado y empezás a hacer lo que podés como podés y la realidad es la que te marca la política diaria. Te ayuda a ordenar, pero a veces te encorseta.

El director es un cargo de confianza y los demás integrantes del equipo son funcionarios, algunos están en pase en comisión. No existe el rol de comunicador en el escalafón de ASSE. La dirección cambió de nombre con el ingreso del nuevo director: «[...] antes se llamaba Dirección de Relaciones Internacionales y Comunicación y yo pedí que fuera Dirección de Comunicaciones». Entre sus tareas están: llevar la agenda de prensa del directorio, armar comunicados, conferencias de prensa y la relación diaria con los medios de comunicación. «Yo soy un paracaidista porque conozco y entiendo el mundo de ASSE desde que entré acá». Los periodistas se comunican con él para pedir entrevistas: «yo los contacto con el mejor interlocutor. Soy parte de la toma de decisiones y hace las cosas más fáciles. El ser abogado me ayuda a pensar las cosas con cautela».

Otro de los cambios que se dieron con su llegada es que, antes, la Dirección de Comunicaciones dependía de la Gerencia General y ahora depende del Directorio de la Institución: «Esto da la pauta del lugar que ocupa la comunicación para este directorio: trascendente y fundamental [...] Estar en el lugar donde se genera la noticia o el hecho para saber cómo comunicarlo [...]». En este caso, al igual que en el MSP, el director tiene un perfil periodístico, pero él integra el directorio y participa desde el vamos en la toma de decisiones: «[...] cuando tengo que decidir, estoy empapado del tema y lo trabajo con ellos». Aparece aquí el reconocimiento del saber y la experiencia del comunicador y su capacidad de incidir en los temas que hacen a su área.

Entre las tareas de comunicación interna del equipo están: brindar soporte de audio, cañones y pantallas a las oficinas que hacen capacitaciones, hacer el diseño de folletos para todos los centros de salud del país, diseño de cartelería y señalética de los hospitales e inauguración de los centros de salud.

Tenemos un correo electrónico que es una forma efectiva de llegar. Es fundamental que todos se enteren de las capacitaciones. Enterarte de lo que pasa para que te sientas orgulloso del lugar donde estás trabajando [...] Yo coordino y sugiero acciones.

Se esfuerzan para que los materiales, invitaciones, cartelera y contenidos que se pasan en las salas de espera reflejen la identidad de la institución.

En muchos lugares nos dicen: «dejá que nos encargamos nosotros de la comunicación». Nosotros tratamos de achicar el margen de improvisación y que todo pase por acá [...] Sucede que cuando las cosas van bien, los responsables se reparten por todos lados. Cuando las cosas van mal, es un problema de comunicación.

Los centros de salud del interior no cuentan con comunicadores, entonces la descentralización se hace difícil. El equipo viaja a los departamentos para cubrir inauguraciones, mostrar buenas prácticas de maternidad, las Rondas Rurales, entre otros eventos.

Según Daniela Paola Bruno, Demonte y Andrea Jait (2016):

Entre las principales tareas de la comunicación interna se encuentran: tareas de coordinación y articulación de los equipos de trabajadores, información y comunicación pública que comuniquen las decisiones y acciones de la organización a la comunidad, que instale temas y problemas de salud relevantes para la población en los medios locales, tareas de capacitación de trabajadores y equipos en temas vinculados con la comunicación en salud y otros que mejoren la calidad de las intervenciones, planificación e implementación de acciones intersectoriales y participativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, entre otras tareas que enfatizan la democratización de la información y comunicación en salud y contribuyan al logro del derecho de la salud (p. 344).

Si bien muchas de estas se describen en el relato, pareciera quedar por fuera el trabajo intersectorial y acciones de promoción de la salud. En este caso, esas acciones las llevan a cabo los equipos de salud del PNA, sin participación de comunicadores.

Uno de los objetivos es sacar la salud pública hacia afuera para presentar una realidad que existe y antes no se mostraba. «Hay cosas maravillosas que son producto de mucha gente y muchos años [...]». Para ello cuentan con un canal de YouTube, ASSE Comunica, donde publican un resumen semanal de lo que sucede en todo el país, una página web y una cuenta de Twitter. «Una de las estrategias es asumir cuando hay problemas, porque es la única manera de mostrar que tenés disposición de corregir».

¿Cómo comunican lo que pasa en ASSE? Se llama a una conferencia de prensa, se hace una entrevista con determinados actores, se arma la noticia y se la trafica.

Yo vengo de los informativos de televisión y cuando trabajas en los medios sabés qué se busca del otro lado [...] Nosotros somos los modistos que visten una historia para que te la compren más fácil, después la historia se va a desarrollar sola porque está buena.

Se valora y se da mucha importancia a la imagen que se quiere comunicar de la organización, que también se asocia al cambio de modelo de salud. Antes, la salud pública estaba asociada a la atención de los pobres. El enfoque está en los usuarios y los servicios. Por ejemplo:

[...] Hicimos un audiovisual con fisioterapeutas y usuarios de Casa Gardel, un centro de rehabilitación. Ahí ellos contaban su historia y cómo el centro les cambió la vida. Nilsa de 90 años contó sobre su operación de ojos. Hicimos otro sobre las maternidades en el interior que tienen el índice más bajo de cesáreas y sobre las visitas en las rondas rurales [...] Me gusta que se conozcan estas historias.

Según el entrevistado, el rol de la comunicación a partir de la reforma:

Cambió y era necesario. Comunicar no quiere decir difundir ni la atención a la prensa, engloba todo eso. Pero el papel de la comunicación se hizo más trascendente e importante a partir de la reforma. Fue una revolución y había que comunicarle a la gente que tenía otros derechos y obligaciones. La salud pública entraba en competencia con los servicios privados e iba a dejar de ser la salud de los pobres. Era necesario comunicar que se hacen las cosas bien y pasan cosas buenas.

En el relato se describe una comunicación estratégica en tensión con el quehacer diario, con énfasis en comunicación externa y un modelo con énfasis difusionista, más centrado en mostrar un cambio de imagen institucional, «dejar de ser la salud pública de los pobres», que en los derechos y obligaciones de los usuarios, así como la promoción de la salud.

Se contratan empresas de comunicación para el diseño de campañas publicitarias, diseño de cartelería para los centros de salud, creación de logos y de la marca ASSE, monitoreo de medios de prensa, encuestas de opinión, creación de contenidos audiovisuales y amplificación de audio para los eventos. Nuevamente, aparece la toma de decisiones de campañas en manos de terceras personas, que deja a los integrantes del equipo en actividades más vinculadas a la ejecución: como pueden ser el manejo de las redes sociales y actualización de la web, entre otras ya nombradas.

4.1.3 La Organización Panamericana de la Salud, Uruguay

La persona responsable de comunicación de OPS/OMS lleva adelante la comunicación estratégica de los temas prioritarios en la agenda de la organización. Hace gestión de prensa y visibilidad mediática; gestión y reducción de riesgos para la reputación y gestión de crisis; monitoreo de temas claves de salud en el país; relacionamiento con ministerios, sociedad civil, academia, medios de comunicación,

líderes de opinión y manejo de redes sociales. Participa en la planificación, producción, ejecución, seguimiento y reporte de todas las actividades y proyectos de comunicación en la organización.

Aparecen aquí desarrolladas con mayor énfasis la comunicación de crisis y de riesgo. La comunicación de crisis apunta a batallar contra la incertidumbre. Las crisis fuerzan a los líderes y a los Gobiernos a que se enfrenten a asuntos que no afrontan diariamente. En momentos así se espera que los líderes reduzcan la incertidumbre y proporcionen una narración autorizada de lo que está pasando, por qué está sucediendo y qué es necesario hacer. Se espera que esos responsables políticos eviten la amenaza o minimicen el daño de la crisis (Riorda, 2020).

Es una comunicación que apunta a clausurar procesos o generar valoraciones positivas desde la reputación. ¿Cuál es el rol de la comunicación en estas situaciones? Brindar orientación sobre las etapas clave de una situación de emergencia, establecer objetivos y metas que alcanzar en cada una de ellas, establecer las funciones y responsabilidades de los involucrados: qué se debe comunicar, en qué contexto, con qué personas, en qué medios y hacia quienes van dirigidas las acciones de comunicación. La comunicación de riesgo, en cambio, apunta a prevenir, concientizar y modificar hábitos o comportamientos. El riesgo solo necesita ser asumido. La comunicación trabaja aquí «sobre acciones integradas destinadas a reducir la vulnerabilidad: políticas, estrategias, instrumentos y medidas» (Riorda, 2020, p. 21). Estas se pueden tomar en contextos donde el riesgo aún es hipotético y también en situaciones donde el riesgo ya se manifestó, como sucedió en el 2020 con el COVID-19.

Volviendo al relato, la entrevistada ingresa a la organización a través de un pase en comisión y su cargo es de consultor en comunicación, aunque no lo tiene formalmente: «mi ingreso original fue para asistir al consultor de comunicación [...] que se jubiló cinco años después. Luego asumí las responsabilidades casi naturalmente».

Los objetivos de comunicación son: «proporcionar información, recomendaciones y orientación para que se adopten medidas que protejan la salud de las personas, las familias, las comunidades y los países, más allá de las técnicas y los canales». Estos objetivos están en sintonía con los lineamientos de la cooperación de la OPS. Existe un Plan Estratégico Regional y se establecen prioridades de cooperación técnica adaptadas al contexto nacional. El que regía al momento de realizada esta investigación (2017-2021) tenía como objetivo contribuir al desarrollo de los OSN, fortalecer las capacidades locales y habilitar la participación del apoyo internacional en el marco de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible. En este sentido, la organización trabajó con el MSP, ASSE, comisiones honorarias, Facultad de Medicina, Enfermería y Psicología, la sociedad civil, el Sistema Nacional de Emergencia (SINAE), la Junta Nacional de Drogas (JND) y Naciones Unidas.

Se resaltan aquí características de las teorías del cambio de comportamiento y la comunicación en apoyo al desarrollo. Se hace referencia al desarrollo de una comunicación estratégica que tiene aportes

de la sede en el plano central, pero que también se construye regionalmente y en el país a través del relacionamiento con organizaciones de salud, educación y la sociedad civil.

El lugar que ocupa la comunicación en la organización depende del representante: «hoy es un área estratégica y valorada. Hay lineamientos que llegan desde el Departamento de Comunicación de la sede de la OPS en Washington, pero en el país los define el representante». Cuenta que hay áreas estratégicas donde la comunicación se piensa desde el diseño y donde el comunicador tiene incidencia para proponer acciones: «al comienzo de cualquier solicitud, debo solicitar el aval del representante para realizar cualquier tarea, luego tengo autonomía [para trabajar]». Al igual que en el caso anterior, se hace referencia al reconocimiento del saber del comunicador, su palabra tiene incidencia para proponer acciones de comunicación, su saber es reconocido en la organización, pero esto no pasa en todos los casos.

Piensa que la comunicación es un instrumento muy fuerte para incidir en las conductas de la población. «En esta nueva etapa del sistema de salud, el MSP quiere potenciar el PNA, volver a las policlínicas de barrio, al médico de familia [...] Allí se deberían resolver el 85 % de los problemas más comunes de salud».

Cuenta que, en el 2018, el MSP y la OPS hicieron un concurso para identificar buenas prácticas resolutivas en el PNA. Se presentaron 101 experiencias y se seleccionaron 15 muy buenas prácticas y 15 menciones especiales.

Quando se creó el SNIS, las redes sociales eran muy incipientes. Ahora hay que estar permanentemente comunicando y adaptarse a la realidad cambiante. En las redes circulan muchas *fake news* y mitos relacionados con la salud, sobre la vacunación, por ejemplo, y hay que estar acordes a los desafíos que se van planteando.

Una vez más, las redes sociales se plantean como un nuevo espacio social de divulgación del conocimiento y no se puede dejar de lado lo sucedido con la pandemia por COVID-19, donde científicos, médicos, enfermeros y otros profesionales hacían recomendaciones, compartían evidencias, respondían preguntas de los usuarios, aclaraban errores o malas prácticas. Este rol fue fundamental en ese momento, a través de un lenguaje sencillo transmitían las ideas de una manera fácil de entender. ¿Cuál es el rol de los comunicadores en este contexto? Brindar información confiable, divulgar buenas prácticas de búsqueda de información y selección de información, hablar sobre la importancia de acceder a información a través de fuentes confiables (expertos como la OMS, OPS, los Gobiernos), no compartir información dudosa, notificar los rumores perjudiciales, entre otras cosas.

Resulta de interés resaltar aquí un estudio sobre la presencia y el contenido de los mensajes de salud en los medios (Proyecto COMSALUD) que hace referencia a lo que se viene planteando. Allí se destaca que la población busca información sobre salud que le presente ideas claras de lo que puede

hacer para mantener estilos de vida saludables en forma individual y colectiva, y resalta también la necesidad de entrenar al personal de salud para trabajar con los medios, mantener su interés, transformarse en voceros y formular mensajes para promover comportamientos saludables (Alcalay y Mendoza, 2000). Estos datos son valiosos para trabajar en estrategias de comunicación en salud y, a la vez, un desafío para las facultades de comunicación, que deberían jugar un rol fundamental junto a otras organizaciones y a facultades del área de la salud.

Con relación al rol del comunicador, la entrevistada nota que «se ha revalorizado el rol, pero es un trabajo diario. Yo trabajo con muchos doctores que son especialistas en temas específicos de salud y a veces hay que trabajar el doble para entendernos». Aparece aquí lo que Fernández (2017) llama «pertinencia y calificación de la demanda», esto hace referencia a la interacción con quienes no tienen un conocimiento profesional sobre el área. Si todos sabemos un poco de comunicación, entonces podemos opinar e incidir sobre sus estrategias, más allá de la formación profesional.

La comunicación parece un campo de disputa cuando se habla de comunicación y salud. Más allá del reconocimiento del rol y la importancia de la comunicación, aparecen aspectos técnicos, políticos y del lugar histórico del saber médico que se ponen en juego cuando entran en relación.

4.1.4 La Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (CHLCC)

Es una organización de derecho público no estatal referente a cáncer en Uruguay y el exterior. Su propósito es reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad por enfermedades oncológicas.

En su página web señala que trabaja en la promoción de la salud y la sensibilización y educación poblacional, a partir del principio de que el cáncer, en muchos casos, es prevenible y potencialmente curable cuando se detecta en etapa temprana. Impulsa actividades de investigación en coordinación con instituciones nacionales e internacionales, capacita al personal de salud, asesora y proporciona acceso a los recursos de información propios o externos y es la responsable de llevar adelante el Registro Nacional de Cáncer.

En la organización hay dos comunicadoras, una trabaja en Comunicación Institucional, se encarga de la gestión de contenidos de la página web y redes, la gestión de eventos, el contacto con los periodistas y los medios y el diseño de manual de marca. La entrevistada es comunicadora educativa y trabaja en el área de Educación Poblacional. Llegó como estudiante para participar de la encuesta de conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre el cáncer: «luego, me pareció interesante conocer los resultados y me contacté. Estaba estudiando comunicación educativa y aquí no se conocía ese perfil y resultó de interés [...]». Como no era egresada, la contrataron como auxiliar para desarrollar tareas de educación con la población en el cargo de movilizador comunitario. Este llamado se hizo para varios departamentos y solo ella era comunicadora. «Una vez que egresé, presenté mi título y me tomaron como técnico».

Es asesora del área y la única comunicadora entre auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y educadores. Recuerda que cuando empezó a trabajar la comunicación era vista como publicidad:

Ellos pensaban contratar una agencia para que hagan la campaña. Pero nosotros somos la CHLCC, tenemos un mensaje para dar, ¡que no te lo decidan! Cuando la institución decidió llamar a una agencia, dimos nuestra batalla para estar desde el vamos trabajando con ellos.

Se plantea aquí una diferencia con los casos anteriores. Si bien se terceriza el servicio de las campañas a una agencia de publicidad, la comisión participa del proceso de trabajo, elige el mensaje, el medio y toma decisiones. El rol es de intermediación con la agencia.

El abordaje de su trabajo se hace con base en investigaciones y en escuchar a las personas en las actividades educativas. «Mi formación está en seguir entendiendo y estudiando lo que pasa con la temática para ubicar las herramientas que uno tiene como profesional para colaborar en eso e ir visualizando nuevos problemas».

Participó en la elaboración de las primeras guías de alimentación. Cabe recordar que la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la OMS promueven el desarrollo de guías alimentarias con base en alimentos en todos los países a partir de la Conferencia Internacional de Nutrición en 1992 (Recuperado de página web de FAO, 25 de mayo de 2021).

Como licenciada en Comunicación tuve que formarme y transitar todo el recorrido hasta la formulación de las guías. Participé de mesas de discusión donde había nutricionistas, educadores y médicos. Mi aporte eran los mensajes que acompañaban esa guía, el testeo con la población y decidir el sentido que la institución le daba al tema. Participamos en esto porque la evidencia científica corrobora que el cáncer por el lado del sobrepeso y la obesidad tiene más implicación en el desarrollo de diferentes tipos de cánceres [...] Lo interinstitucional y la interdisciplina está en trabajar con otros y nutrirnos [...] Ahora en estos espacios empiezo a ver colegas comunicadores, antes era la única. Hoy las instituciones invitan a participar de estas instancias a licenciados en Comunicación y eso está bueno [...] Cuando vas a reuniones con gente de otras instituciones, encontrás más a colegas de comunicación, ya sea que fue a sacar la foto u otra cosa, pero a reuniones de coordinación no van, como sí me toca a mí [...] Eso es una instancia de comunicación y ahí está bueno aportar. Si hubiera más sería mejor [...] porque después se van a hacer procesos y no vas a estar en todo.

De esta forma, hace referencia al reconocimiento del rol de parte de la organización, pero también del posicionamiento y construcción del rol del comunicador frente a otras profesiones y la visibilización del aporte de la comunicación en espacios interdisciplinarios.

Cuenta que cada año reformulan las propuestas de llegada a la población sobre los diferentes temas con el objetivo de lograr un cambio en los comportamientos. Se trabaja en equipo con las compañeras

del área y las referentes de otras ciudades. Luego, cada referente desarrolla con su grupo la propuesta adecuada a su localidad.

Con el cáncer de mama empezamos trabajando el autoexamen, después aparece la mamografía, luego aparece evidencia del sobrepeso y la obesidad, el alcohol, el sedentarismo. Ahí es donde vamos a buscar información a otro lado para desarrollar nuestro discurso. Entonces en octubre, que es el mes de prevención del cáncer de mama, damos a conocer el tema del sobrepeso, la obesidad y la actividad física que es lo menos visible para incorporarlo en la prevención. Sin dejar de lado la detección oportuna a través de la mamografía, el autoconocimiento del cuerpo [...] Desarrollar una propuesta para tener una voz importante. No es solo un folleto donde está impresa nuestra visión del tema [...].

Hace unos años desarrollaron una campaña para saber qué pensaba la gente sobre la prevención del cáncer de mama.

Decían cosas interesantes. Era importante que sepan que el autoexamen es importante, pero el estudio es fundamental porque se ve cuando tiene tres milímetros. Entonces trabajamos con cometas, una imagen para llegar más lejos. Era una excusa para que las personas que no iban a un taller hablaran del tema. Salieron padres, hijos y abuelos a hacer cometas rosadas, escribir una carta y remontarlas. El máximo logro fue dejar de decir que las personas tenían «aquello» y decir: «es cáncer». Ponerle nombre y alejarnos de la idea de vivir estas actividades como una fiesta [...] porque es la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres.

Buscar evidencia; escuchar para saber qué piensa la gente del tema; formar parte de las discusiones; incidir en los mensajes; participar con otras disciplinas y otros sectores; decidir el sentido que la organización le dará al tema y testarlo con la población; hacer actividades educativas; reformular las propuestas; concientizar; sensibilizar y promover son nociones que se repiten en cada ejemplo de trabajo y hablan a las claras de tareas que asume un comunicador popular, un rol que, en los casos que se tomaron en cuenta para esta investigación, pareciera estar presente solo en organizaciones que cuentan con un área de educación u organizaciones vinculadas a lo comunitario. Estos perfiles no aparecen en los casos del MSP o ASSE, cuando bien podrían estarlo, porque dentro de sus objetivos está la promoción y educación de la salud.

La organización aborda el tema de los ambientes libres de humo de tabaco desde hace años, incluso antes del decreto 268/005, que dispone que todo local cerrado de uso público y toda área laboral, pública o privada deberá ser un ambiente 100 % libre de humo de tabaco. Cuenta el caso de una campaña que hicieron sobre cáncer de pulmón y los llamados *cánceres tabaco dependientes*. Como había mucho trabajo hecho en esa línea decidieron ir por la idea del humo de tabaco ambiental:

Llegamos a desarrollar un formato comunicacional de cómo abordar el tema del aire contaminado por humo de tabaco [...] Nos llegaban demandas de organizaciones que decían: «tenemos el problema que se fuma en las reuniones; el problema es que fulanito fuma».

Generaron espacios de discusión en torno a las consecuencias de vivir en ambientes contaminados con humo de tabaco. Se saca, de esta forma, el peso al fumador y se lleva al aire. Se plantea así un nuevo sentido, el aire que respiramos es de todos y hay que cuidarlo, más allá de quien fuma o no.

La dimensión comunicativa está en construir, con otros, nuevos significados a través de la promoción de la salud. Trabajaban el tema en primavera porque es una época fácil para eliminar los ceniceros del interior y hablaban con el guardia para que, cuando sacara el cenicero a la puerta, colocara un cartel que dice: «desde hoy esta organización es un espacio libre de humo de tabaco». Colocaron carteles en diferentes lugares, hablaron con los trabajadores, agregaron excepciones para aquellos que tenían adicciones, buscaron recursos para que accedan a servicios médicos, y, luego, hicieron seguimiento. Una política de salud en la política de una organización.

A partir de la ley de Protección del Derecho al Medio Ambiente Libre de Humo de Tabaco y su Consumo (2008), reformularon el trabajo hacia ambientes particulares como los hogares y automóviles libres de humo de tabaco porque «la sustancia queda en las cortinas y en las alfombras». Se informaron con pediatras y neumólogos para consensuar conceptos y comenzaron a trabajar en Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF), escuelas y grupos de padres y otras instituciones.

El área trabaja de forma conjunta con referentes en diecisiete departamentos del país. Se piensan campañas y luego cada uno lo baja en el territorio con otras instituciones e integra redes. La entrevistada cuenta, como ejemplo, un trabajo sobre prevención de cáncer de piel. En una ciudad, fueron a MEVIR (cooperativa de vivienda) a plantar árboles.

Pasás por ahí y no ves ni un arbolito. Cuando llega el verano todos salen afuera y van al rayo del sol. Entonces trabajás con la gente de la intendencia que dan plantines, vas con un ingeniero agrónomo o un técnico para plantar el árbol y que enseñen a cuidarlo.

También van a las escuelas e invitan a una dermatóloga, una pediatra, un ingeniero agrónomo y alguien del vivero municipal.

Resulta importante resaltar el contraste entre el trabajo sobre el cáncer que hace esta organización y el que se hace desde el programa ENT del MSP, que también trabaja este tema. Este último no trabaja en territorio, sino que su actividad se desarrolla intramuros. Se plantea aquí un modelo de educación centrado en las personas y con énfasis en los procesos, el modelo que Paulo Freire llamó *educación liberadora* o *transformadora*. Se trata de formar a las personas para transformar su realidad, un proceso de acción, reflexión, acción. En este modelo no hay un educador y un educando, sino «un educador-educando, pero ya no como el que enseña y dirige, sino para acompañar al otro,

para estimular ese proceso de análisis y reflexión, para facilitárselo, para aprender junto a él y de él, para construir juntos» (Kaplún, G., 2000, p. 52). Se propone pasar de una persona acrítica a una crítica, portadora de valores solidarios y comunitarios, capaz de problematizar y transformar su realidad.

Mirado desde la comunicación y la salud, se trata de involucrar a las personas y a las comunidades en la toma de decisiones que hacen a su salud en los mismos espacios de interrelación social e implicar a líderes locales, comunitarios y políticos. El rol del comunicador/educador-comunicador popular sería entonces el de un mediador o facilitador de procesos. Su tarea consiste, esencialmente, en «hacer posible un proceso de participación y educación cuyo eje es el diálogo de saberes y la acción colectiva» (Gumucio Dagron, 2010, p. 83).

Esta práctica se inscribe en una perspectiva de cambio social, político y cultural, y la dimensión comunicacional tiene que ver con la construcción de sentidos y el vínculo entre las personas. Trabajar sobre prevención del cáncer de piel implica, antes que nada, conocer el significado que tiene para el otro, en un contexto social y cultural dado. Poner en común los nuevos significados para construir juntos una nueva forma de entender la salud es parte de la dimensión comunicativa de la promoción de salud. También se encuentra —tanto en la práctica como en el discurso— la teoría del cambio de comportamiento.

En relación con el lugar que ocupa la comunicación en la organización, la comunicadora asegura que en su área de trabajo su aporte queda claro, pero en el plano de la CHLCC cree que se percibe el área y la propuesta de comunicación y educación como un todo. «Algunos pueden entender la comunicación con grupos, pero se termina pegoteando con educación. Todavía la comunicación tiene su raigambre en los medios».

4.1.5 Sacude: un proyecto municipal de salud, cultura y deporte

El complejo municipal Sacude es un proyecto sociocomunitario que apuesta a mejorar la calidad de vida de los vecinos de la Cuenca de Casavalle en la ciudad de Montevideo.¹¹ Surge en 2010, en el marco de la regularización de tres asentamientos de la zona y por demanda de los vecinos, que buscaban el acceso democrático a la salud, la cultura y el deporte. Es un complejo cogestionado por vecinos y la IM.

Desde Sacude participa un vecino electo por cada área (salud, cultura y deporte) y una persona de la Asociación de Amigos del complejo, por la IM participa un coordinador de cada área y un coordinador de gestión. Su espacio físico cuenta con gimnasio cerrado, vestuarios, policlínica, salón

¹¹ Casavalle es un barrio situado al norte del departamento de Montevideo, Uruguay. Es una de las regiones más pobres de la ciudad; aquí se concentran gran parte de los asentamientos y problemáticas como desempleo, dificultad de acceso a servicios básicos, hacinamiento, informalidad laboral, entre otros.

comunal, teatro, anfiteatro, cancha de fútbol y un gran parque abierto. Muchísimas personas participan cada semana de las propuestas culturales, deportivas y de promoción de la salud. El concepto central de la misión y visión institucional es la participación comunitaria. El objetivo es fomentar la intervención vecinal y que los vecinos lo reconozcan como un espacio de construcción colectiva donde las propuestas para el barrio se pueden plantear y trabajar en conjunto.

La responsable en comunicación ingresa a la Unidad de Comunicación de la IM. «Yo me estaba por ir de la intendencia y me enteré de Sacude. Me dejaron venir con algunas horas y después fui logrando quedarme [...]». Hoy es contratada como licenciada en Comunicación. «El rol me lo fui inventando yo a propósito de mi perfil».

Su perfil de formación es de comunicación comunitaria y educativa y es interesante la referencia que se hace a la construcción del rol, porque en este caso era la primera vez que se abría un centro con estas características dentro de la institución. Eso habla también de autonomía y capacidad de decidir y formar parte desde un inicio en las estrategias para cumplir con la misión de la organización. «Yo propongo los objetivos y los avala el coordinador y la comisión de cogestión». Entre sus tareas están: comunicaciones oficiales, gestión de las redes sociales y página web, sacar fotos de actividades, manejar el *mailing* y las listas de contactos por Whatsapp para difundir las actividades: «y por cómo entiendo la comunicación hay una parte más comunitaria, trabajar con los vecinos en las comisiones organizadas y sumarme a proyectos interdisciplinarios como Jeringa».

El colectivo Jeringa trabaja, con adolescentes, temas vinculados a la salud. Hay referentes comunitarios de salud, docentes de Formación Profesional Básica en Deporte y médicos de la policlínica. «Mi aporte es ayudar a pensar y apoyar para luego hacer el afiche, pero pudiendo intervenir desde antes [...] Llevar la visión de que en la comunicación se juega el vínculo».

Las áreas profesionales a las que se hace referencia son la comunicación organizacional, a través del uso de diferentes medios, y la comunicación educativa y comunitaria. El hecho de que las acciones y estrategias, muchas de ellas vinculadas a la promoción y prevención de la salud, salgan de comisiones organizadas pone a las personas y a la comunidad en el centro de la toma de decisiones que afectan directamente a su salud.

Según Gumucio Dagron (2010), los programas de salud, por muy buenos que sean, no existen si no es en relación con la población. De ahí que el término de promoción sea incomprensible si no encierra procesos de educación y de comunicación. Otro ejemplo es un trabajo sobre vínculos saludables con adolescentes y jóvenes. Se eligieron distintos tipos de vínculos: con uno mismo, con pares, en relaciones amorosas y con la familia. Educadores, médicos, referentes comunitarios y la comunicadora hicieron radioteatros.

Al principio lo hicimos nosotros y a medida que los jóvenes se animaban se iban incorporando. Después hacíamos un programa de radio con fonoplatea donde los jóvenes formaban parte de las mesas de discusión y otros nos dejaban mensajes a través de Instagram.

Quien escribía los guiones era un vecino que es actor. «En el último taller volvimos a los distintos vínculos e hicimos *spots* radiales con cada grupo [...] Queremos lanzar una campaña de bien social sobre vínculos saludables hecho por los gurises».

El complejo realiza más de 50 talleres anuales, cine, teatro y actividades propias de los vecinos.

Este fin de semana tenemos actividades para niñas y niños, ahí tendemos redes con las maestras comunitarias de la zona, les pasamos la información y ellas difunden, les dejamos afiches en la escuela. Hay publicidad rodante que funciona mucho y va por toda la zona diciendo las actividades especiales.

El aporte de la comunicación está aquí en la mirada que contempla diferentes instancias de mediación de una comunidad, los espacios y ámbitos de interrelación social, incluyendo a líderes comunitarios y actores influyentes y promoviendo procesos participativos entre los actores (Díaz y Uranga, 2011).

La entrevistada cuenta que hace unos años, junto a un médico de familia, una trabajadora social y un psicólogo hicieron actividades para trabajar el vínculo a la interna. Coordinaron talleres de capacitación y subgrupos con funcionarios para conversar sobre el significado de trabajar en Sacude.

Todos somos referentes de Sacude, más allá de la tarea que se hace [...] Por ejemplo, a todos nos dicen «profe»: al profe de educación física, al de administración, al de mantenimiento, a mí. De repente generás un vínculo con una persona y sos su persona de confianza y no la psicóloga o la trabajadora social y tenés que actuar como Sacude.

Nuevamente, aparece la comunicación desde los vínculos y sentidos, en esta ocasión hacia adentro de la organización, donde las personas involucradas son las que adquieren conocimientos y habilidades a partir de su propia realidad para modificarla y adoptar decisiones saludables. Según Hernán Díaz y Uranga (2011), se trata de interactuar con los destinatarios para construir sentidos colectivos y discursos que refieran a sus necesidades y problemas percibidos, que se discutan y resignifiquen en sus espacios y ámbitos colectivos.

Existen otras comisiones, como la Comisión de Salud, integrada por vecinos, vecinas, médicos y médicas, que organiza actividades para la semana del corazón. También hay una Comisión de Comunicación que surge como iniciativa de un vecino y está integrada por tres vecinos y la comunicadora.

Pensamos, por ejemplo, en los recorridos de la publicidad rodante, estamos pensando en unas carteleras imantadas para puntos específicos del barrio, una campaña para difundir la forma en que Sacude se gestiona y cuál es el lugar de la participación.

El hecho de que la comunidad participe en los diagnósticos, proponga sus necesidades y problemas y trabaje con los equipos de salud en la búsqueda de soluciones plantea una relación médico-paciente diferente. Deja de lado aquella idea, a la que se hacía referencia en el capítulo anterior, del médico que indica el tratamiento a su paciente y este lo cumple de forma pasiva, vinculado a la educación bancaria planteada por Freire. Aquí, los equipos de salud forman y acompañan a la comunidad en el mismo lugar donde viven y la distancia entre el saber médico y el saber de la comunidad se achica y los saberes se articulan. Los pacientes/usuarios se apropian y ejercen sus derechos.

Cuando la entrevistada hace referencia a sus aprendizajes dice que mucho lo aprendió en la facultad, en el área de comunicación educativa y comunitaria, y la mayoría lo aprendió haciendo.

La esperanza es que en la comunicación pase un poco así, que el otro empiece a pensar las cosas desde otro lugar por lo que aprendió de vos, y yo lo que he aprendido de salud es en el mano a mano con los médicos y con los referentes de comunitarios.

Asegura que en la organización está instalada la necesidad de que haya un comunicador y que la comunicación es importante: «creo que he podido instalar el ver la comunicación desde otro lugar, no el operativo del afiche o el folleto, pero muchas veces se acuerdan cuando está esa necesidad». Aparecen también en el relato experiencias de trabajo audiovisual, es el caso del documental *Mi casa en el valle* (<https://youtu.be/7WAZRYEkWPA>), realizado por mujeres con el objetivo de contar sus historias de vida y su trabajo cotidiano por el bien de su comunidad, y un video institucional de Sacude (<https://youtu.be/jAQmJG-DeHU>), a propósito del cual hicieron una campaña que invita mirar Casavalle sin prejuicios.

En este caso:

El coordinador vio las cámaras de seguridad y se sorprendió por el contraste con las imágenes que se ven [generalmente] en las cámaras de seguridad. Entonces dijimos de hacer una crónica policial. El guion lo escribió un vecino, un técnico de cultura y yo seleccionamos las imágenes y le dimos el formato audiovisual y le pedimos a Nano Folle [comunicador de noticias policiales en un noticiero] que grabara el relato.

En la difusión participó la comunidad y así llegaron a los medios, políticos y otras instituciones.

Lo difundimos por las listas de distribución de Whatsapp, pidiéndole a los vecinos el guiño de que no digan que es de Sacude. Habíamos pensado publicarlo en las redes oficiales a los dos días, pero tuvimos que hacerlo a las tres horas porque el video había llegado a todos lados.

El rol de comunicador que se propone aquí es el de formador y facilitador de procesos: «hacer

posible un proceso de participación y educación cuyo eje es el diálogo de saberes y la acción colectiva» (Gumucio Dagron, 2010, p. 83). La práctica se inscribe en una perspectiva de cambio social, político y cultural, y la dimensión comunicacional tiene que ver con la construcción de sentidos y el vínculo entre las personas.

Capítulo 5: Conclusiones y consideraciones finales

El objetivo de esta investigación era describir cómo es entendida la comunicación y el rol de los comunicadores en las políticas públicas de salud a partir de la ley que promueve el SNIS en el año 2007 en Uruguay.

Han pasado quince años, cuatro gobiernos y la epidemia del COVID-19 que puso al sistema a prueba en todos sus ámbitos. Los cambios en el modelo de salud se han dado de diferente manera en cada uno de los aspectos propuestos; algunos avanzaron más que otros. También hay ejemplos de políticas públicas que han estado en discusión en los últimos tiempos, como el decreto que flexibiliza la ley de Protección del Derecho al Medio Ambiente Libre de Humo de Tabaco y su Consumo (18 256), el decreto de Rotulado de Alimentos (272/018) y varios cuestionamientos a derechos alcanzados por la sociedad civil. Las políticas de salud necesitan mucho tiempo para madurar, consolidarse, evaluarse; es necesario que sean políticas de Estado, más allá de los Gobiernos.

Para el logro de los objetivos propuestos fue necesario contar con la visión de comunicadores y actores fundamentales que estuvieron en el proceso de elaboración y puesta en marcha del SNIS, teniendo en cuenta que muchos de los principios que impulsaba involucran a la comunicación.

Entonces, ¿qué entienden las organizaciones de salud por *comunicación* y qué entienden por *comunicación en salud* los comunicadores? ¿Cómo entienden su rol los comunicadores y la organización?

Pensar qué entienden por *comunicación* las organizaciones debe incluir aspectos varios, como la inclusión de la comunicación en las políticas y en la organización; la asignación de recursos humanos y económicos necesarios para llevar a adelante los objetivos; el lugar que ocupan los equipos de comunicación en los organigramas; las prácticas que llevan a cabo los comunicadores; la interrelación y el vínculo de estos equipos con otras personas, y en otros espacios, con los tomadores de decisiones, con otros sectores y organizaciones que trabajan los mismos temas.

La comunicación, en todos los casos, es definida como esencial, importante y trascendental, pero los comunicadores reconocen que en los hechos no tiene un correlato: todo el mundo opina, todos saben un poco de comunicación.

El hecho de que las organizaciones cuenten con un departamento, equipo o una persona encargada de la comunicación con una estrategia y un plan de trabajo da cuenta de un reconocimiento de la comunicación, y que estas, cada vez más, estén conformadas por profesionales de la comunicación habla también de un reconocimiento a la profesión. El lugar que ocupan estos departamentos en el organigrama es estratégico, dependen de los tomadores de decisiones. No en todos los casos existe el cargo de licenciado en Comunicación, aunque sí la formación era algo que se tenía en cuenta para su contratación. Se plantea así una nueva tensión porque se valora el título, pero no se incluye en el

escalafón de la organización.

En los relatos se plantean dos enfoques en distintos ámbitos: uno incluye al MSP, la OPS, ASSE y otro a la CHLCC, Sacude y las organizaciones de usuarios y trabajadores.

En el caso del primer enfoque, las organizaciones tienen la concepción de la comunicación como construcción de mensajes y difusión de información y al comunicador se le asigna el rol de diseñador gráfico; encargado de páginas web y redes sociales; gestor de intranet y correo electrónico; fotógrafo; camarógrafo; editor y encargado de ceremonial y protocolos, excepto por el caso de una de las experiencias que da cuenta de una comunicación de proceso que vincula experiencias de territorio en todos los departamentos del país con el plano central.

La interinstitucionalidad e intersectorialidad está en integrar mesas de trabajo con comunicadores de otras organizaciones para planificar estrategias de comunicación.

Los encargados de los departamentos son periodistas y cumplen un rol de asesores políticos. Su vínculo más estrecho es con los tomadores de decisiones y son los intermediarios con los medios de comunicación. Se plantea una comunicación estratégica, con un peso importante en la relación con los medios, la difusión de los mensajes y la organización de vocerías. Los organismos no promueven la voz de los usuarios de la salud en los medios, aunque sí es un recurso que se usa para campañas de salud o en las noticias cuando se inauguran instalaciones hoteleras o nueva tecnología.

Las demandas surgen de las autoridades y de los equipos técnicos, los comunicadores tienen poca capacidad de generar propuestas. Lo mismo sucede en la incidencia que tienen en los procesos de producción y circulación de los materiales de comunicación.

En todos los casos conviven varias teorías y modelos de comunicación, lo que cambia es el peso de cada una de ellas en las prácticas: algunas hacen más énfasis en el cambio de comportamientos, otras son más desarrollistas y otras prácticas están más vinculadas a la teoría de la modernización.

Los modelos de salud predominantes son aquellos que hacen hincapié en los efectos y los contenidos. Si bien las organizaciones tienen como misión la promoción y prevención de la salud, esta se restringe a la elaboración de estrategias, materiales e información que luego se difunden a diferentes organizaciones para su implementación. Si bien se trabaja de forma intersectorial, interinstitucional y promoviendo la descentralización, las estrategias se elaboran intramuros por unos pocos (técnicos que en su mayoría son profesionales de la salud y comunicadores) y se difunden para que otros las ejecuten. No es la organización ni son los comunicadores los encargados de trabajarlas con la comunidad, esto pareciera estar destinado a organizaciones sociales, educativas y comunitarias. Tampoco aparecen en los materiales las voces o las necesidades de los destinatarios, lo que los hace poco específicos. Si bien están basados en evidencias y prevalencias, no se tienen en cuenta a los destinatarios específicos para su elaboración, su lenguaje y su contexto.

Aquí, la participación y la educación se plantean desde la transmisión de información y de buenas

prácticas, sobre todo a través de folletos, materiales impresos y campañas, en busca de modificar los comportamientos y lograr adherencia a las recomendaciones. Sigue el modelo de educación bancaria de Freire, al que se hizo referencia en capítulos anteriores, y un modelo de salud y de comunicación vertical y unidireccional.

En el caso del prestador de salud, la comunicación tiene, además, como uno de sus objetivos el cambio de imagen: «dejar de ser la salud de los pobres». Esto se hace mostrando a través de los medios las nuevas instalaciones, nueva tecnología, y para ello se utilizan relatos e historias de vida de las personas del lugar.

El rol de las DDS, las JULOSAS y JUDESAS, según los documentos, pareciera ser fundamental en la descentralización y desconcentración del poder, pero cada una de ellas tiene sus dificultades y tensiones.

En las DDS se describen prácticas participativas, de comunicación para el desarrollo y cambio de comportamiento. Para sus directores la comunicación está en ir a los lugares y escuchar a la gente, ser los voceros del departamento y asegurarse de que la información llegue a la población a través de los medios departamentales y locales, aparece aquí la radio como medio importante, cosa que no aparecía en otros relatos. Utilizan grupos de Whatsapp y redes sociales personales, así como materiales (folletos, libros y otros) que son elaborados en Montevideo por el MSP. Si bien existen iniciativas de elaboración de materiales locales, estas son muy tímidas. Esto responde a una política de la organización que valora que la comunicación esté centralizada en el equipo de comunicación en la capital del país, planteándose así una tensión entre lo local o departamental con lo nacional. Los presupuestos y las áreas programáticas están centralizados también.

Otra de las tensiones es la implementación de los OSN, cada director incluye en su trabajo aquellos temas o problemas con más énfasis en su ciudad, pero no son construidos en la ciudad con la participación de la población. Algo parecido sucede con la información, existen muchas herramientas que dan información fundamental para la toma de decisiones, pero en algunos casos no está segmentada por localidad, el acceso a ella no es sencillo y no hay formación para el manejo de esos datos.

Haciendo un paralelismo entre descentralización y extensión, estas prácticas parecieran seguir el modelo de Rogers, un modelo donde los participantes solo están involucrados en la ejecución de los planes de promoción y prevención, sin participar en los diagnósticos.

Sobresalen prácticas unidireccionales y verticales y, si bien hay ejemplos de espacios de diálogo, estos no garantizan la real participación e involucramiento de la comunidad. En todos los casos, el modelo centralizado pareciera reproducirse departamental y localmente.

Los procesos de descentralización son muy incipientes a pesar de los años que tiene la ley. Aquí el comunicador tiene un rol importante para jugar. El hecho de que no haya comunicadores en las

DDS también habla de la visión de la comunicación que tiene la organización: «muchas veces se reclamaba la necesidad de que hubiese comunicadores en todo el país, pero nunca llegó a concretarse». Los comunicadores tendrían un rol muy importante: trabajar con la comunidad en la producción de vínculos y sentidos; poner en relación las experiencias de cada departamento; generar una red y trabajar junto al nivel central del MSP; facilitar espacios de encuentro y aprendizaje, colaborando, así, en la descentralización. La experiencia relatada por Serrana da cuenta del valor de esta mirada en la práctica.

Algo similar ocurre con órganos creados por ley para favorecer la participación de usuarios y trabajadores y la descentralización. Las JUDESAS y JULOSAS tienen, entre otras debilidades, poca participación, no todas están en funcionamiento y, en algunos casos, no se hacen los llamados para que se reúnan, no existe un contralor sobre esto y tampoco tienen la suficiente fuerza como para incidir en las estrategias y planes de promoción y prevención. Fortalecer estos espacios y dotarlos de los recursos necesarios, así como asignarles un rol importante y de incidencia, son algunas de las claves para lograr el cambio en el modelo de salud. Una de las entrevistadas cuenta que las Juntas son espacios de participación directa, pero no la usan ni trabajadores ni médicos ni prestadores ni usuarios porque sienten que no tienen capacidad resolutoria, y no la tienen. La gente tiene que encontrarle sentido a la participación para ir.

En los territorios, a su vez, existen muchas y muy ricas experiencias de grupos y organizaciones que tratan diferentes temas con los que se puede hacer sinergias y trabajar juntos, como es el caso de grupos de salud municipales, grupos de pacientes con afecciones o patologías, grupos de padres de niños con alguna dificultad de salud, escuelas, etc.

El otro enfoque es el de organizaciones que trabajan desde lo comunitario y educativo. Aquí, las prácticas conllevan, de forma implícita o explícita, la teoría de la comunicación participativa para el cambio social, la comunicación alternativa para el desarrollo democrático y algunos aspectos de la teoría de la comunicación para el buen vivir. Las acciones de comunicación y salud abordan, además de la dimensión comunicacional, aspectos educativos, sociales, comunitarios, organizacionales y éticos. En estas organizaciones, las comunicadoras forman parte de la toma de decisiones sobre acciones de comunicación y la comunidad participa desde el diagnóstico hasta la evaluación de las propuestas, se entiende la salud como parte de la vida de las personas. Esto sucede principalmente en Sacude, donde los vecinos cumplen un rol central en la organización y son parte de su gestión, toman decisiones, hacen las actividades y las evalúan. Son los propios vecinos que integran comisiones de salud, junto a médicos, los que forman a otros vecinos, elaboran diagnósticos y llevan adelante las estrategias de promoción y prevención.

Aquí, las prácticas de comunicación y de las comunicadoras están atravesadas por la interdisciplina y la intersectorialidad. El trabajo tiene un fuerte enclave territorial, involucra a la comunidad y a la

familia, se propone reflexionar sobre los temas y tomar decisiones a través de la información y la problematización. La comunicación es vista como un diálogo de saberes.

Esto, llevado a la relación médico-paciente, propone una forma de relación donde la comunidad participa propositivamente con la información necesaria para la toma de decisiones. La relación pasa a ser horizontal, desde el respeto de cada rol, a partir de la escucha y del diálogo de saberes. La comunicación es vista como un espacio de mediación, construye sentidos a través del trabajo con otros, tiene en cuenta el contexto donde esas prácticas suceden y el comunicador es un intermediario, un formador y facilitador de esos procesos. Esta mirada no solo responde a los objetivos de la organización, sino que es acompañada por la formación de quienes ocupan esos lugares y construyen desde ahí su rol.

A pesar de todo lo dicho sobre la valoración de la comunicación de las organizaciones, se reconoce también la tendencia de estas a acordarse de la comunicación «cuando se necesita el afiche» (comunicadora de Sacude). La comunicación se plantea como un campo de disputa frente al saber médico y político: «Estamos en un terreno en el que el poder médico tiene un peso muy grande y un valor social muy importante e histórico». Los entrevistados expresan que siempre hay que argumentar a los médicos qué se hace desde la comunicación». Esto ocurre incluso frente a otras profesiones de la salud. Es una batalla cultural difícil y que las organizaciones parecieran no estar dispuestas a dar.

En todos los casos las estructuras son débiles. Para dotar de valor a los equipos de comunicación es necesaria la profesionalización de sus integrantes y dar respuesta a la demanda de formación permanente, fortalecer las estructuras y dotarlas de personas que puedan llevar adelante tareas que hoy tercerizan o no se hacen por falta de recursos humanos. La formación no debe quedar solo bajo la responsabilidad del profesional, sino que debe ser una política institucional. Llevar adelante estrategias que acompañen los objetivos del SNIS requiere invertir en estructuras de comunicación con profesionales que trabajen desde las diferentes áreas.

La formación y la experiencia juega en la práctica de los entrevistados. Siete de ocho tienen formación de grado (dos de ellas en curso al momento del trabajo de campo de esta investigación) en comunicación y uno de ellos en derecho. De los egresados en comunicación, todos hicieron algún curso de educación permanente y tres realizaron carreras de posgrado.

De los encargados de los equipos de comunicación correspondientes al primer enfoque, uno no es comunicador y a los otros le faltan materias para recibirse de licenciado en Comunicación. Dos de ellos tienen mucha experiencia en medios de comunicación y su perfil es de periodismo, el otro tiene un perfil de comunicación organizacional. En el segundo enfoque, los comunicadores tienen perfil comunitario y educativo.

La formación de posgrado está vinculada a cursos y talleres, muchos de los cuales son apoyados por la OPS y el SINAE: cursos de comunicación de riesgo y de crisis; comunicación para el cambio;

tratamiento periodístico del suicidio, comunicación y VIH; comunicación y violencia; promoción y prevención de la salud; educación poblacional; manejo de redes sociales y multiplataformas en radio. En cuanto a carreras de posgrado: Diploma de Comunicación de Riesgo en Salud Pública, de la Universidad del Norte, en Colombia; magíster en Salud Comunitaria, en Udelar; Doctorado en Comunicación, de la Universidad de la Plata, en Argentina; Maestría en Comunicación con Fines Sociales, Estrategias y Campañas de la Universidad de Valladolid, en España. Más allá de la importancia de la formación, la práctica aparece en todos los casos como el lugar de mayor aprendizaje de la tarea específica que llevan adelante.

Si bien cinco de las siete comunicadoras entrevistadas eligieron en el grado el perfil comunitario y educativo, solo tres llevan a cabo tareas relacionadas a su perfil de formación y están en sintonía con los fines de la organización o de su lugar de trabajo. Las áreas de comunicación relacionadas son: comunicación organizacional, comunicación educativa y comunitaria, publicidad y audiovisual, periodismo, multimedia y diseño gráfico. Comunicación organizacional es el más nombrado por las entrevistadas, aspecto que coincide con los resultados de la encuesta a egresados de comunicación (2021).

En cuanto a la formación, en la FIC no hay, a nivel de grado, unidades curriculares sobre comunicación y salud, aunque sí hay prácticas preprofesionales, además de cursos de educación permanente y asesorías. Los entrevistados plantean la necesidad de fortalecer la formación y dicen que es necesario aprender estrategias que ayuden a afrontar los nuevos desafíos: cursos de educación permanente y posgrados sobre el tema que aborden teorías, ámbitos de participación e incidencia. En esto hay avances, es el caso de la Especialización en Comunicación de la Ciencia y la Tecnología. También es necesario fortalecer la investigación del campo desde la interdisciplina.

La comunicación es pensada en el diseño e implementación de las políticas públicas de salud, pero, en la mayoría de los casos, no por comunicadores. Estos entran en acción para incidir en las estrategias: «la institución demanda, nos toca a nosotros decidir cómo trabajamos el tema» (comunicadora CHLCC).

Los comunicadores dicen que su palabra tiene legitimidad y es tenida en cuenta, pero la mayoría de las veces no tienen la palabra final. Existen resistencias a dejar la toma de decisiones de comunicación en manos de comunicadores.

Sin dudas, el SNIS propone un nuevo modelo de salud y los avances en cada uno de los ejes (atención, gestión y financiamiento) han sido diferentes. El solo hecho de incluir a actores sociales en espacios de toma de decisiones es un hecho sustancial que aporta otras miradas y otros saberes y propone otra concepción de la salud. A pesar de todo, el modelo hospitalocéntrico pareciera seguir pisando fuerte, sea por falta de control del órgano rector, por falta de apropiación de los espacios de los propios actores sociales y de la sociedad o porque son necesarios cambios culturales que llevan

mucho tiempo, entre otros tantos factores.

El SNIS propone también otro modelo de comunicación al pensar al ciudadano como sujeto de derechos y darle valor al territorio a través de procesos de descentralización, pero en la práctica tampoco parece haber cambiado tanto. Sí cambiaron los contenidos, hay más medios que antes, existe un mayor reconocimiento de la profesión y de los profesionales.

La comunicación tiene cosas para aportar al modelo de atención y gestión desde sus diferentes áreas y con un abordaje integrador: desde lo educativo, comunitario, organizacional; desde el periodismo, la publicidad, audiovisual, las nuevas tecnologías; desde la investigación y el análisis; desde una mirada que apueste a los procesos, a la construcción de vínculos y a los sentidos que las personas le asignan al hecho de estar sanos.

Es necesario entender cómo las acciones de promoción y prevención propuestas por las instituciones son apropiadas por las personas y generan cambios en sus prácticas de salud, cómo la tecnología y las redes sociales impactan en los cambios de comportamiento y discutir sobre el papel de los medios en la producción de significados de salud, entre otras cosas. Aquí, tanto las comunicadoras y comunicadores como nuestra facultad, tenemos una pelea para dar en cada uno de los lugares que ocupamos. El desafío es seguir investigando para conocer, incidir y transformar.

Anexos

Pauta de entrevista a comunicadores

Con relación a la formación

Edad/género:

Formación: (terciaria, cursos de formación, universitaria)

Lugar de estudio: (público/privado)

Perfil de egreso: (Comunicación Organizacional, Comunicación Educativa y Comunitaria, Periodismo, Publicidad, Audiovisual, Multimedia y TIC, Docencia, Gestión Cultural, e Investigación)

Formación de posgrados/cursos de educación permanente, entre otros: (público/privado)

Con relación a la práctica y al rol

1- Lugar de trabajo.

2- Forma de ingreso. Experiencia de trabajo en la salud.

3- ¿Cuál es su cargo y rol en la organización y/o en las políticas de salud?
¿El título era una exigencia para ocupar el puesto? ¿Cómo se denomina el cargo en el escalafón?

4- ¿Qué habilidades, conocimientos y aptitudes se valoraban para ejercer el cargo? Si se accede al TDR, conversar sobre coincidencias y diferencias entre lo que se solicitaba, lo que hace y lo que desearía hacer.

5- ¿Con cuál o cuáles áreas de la comunicación considera que está relacionado su trabajo? (Organizacional, comunicación educativa y comunitaria, periodismo, publicidad, audiovisual, multimedia y TIC)

6- ¿Qué tareas realiza? (Ciclos de trabajo: diario, semanal, etc.). ¿Con quién/es? (Vínculo con otros comunicadores, jerarcas, población, efectores de salud, medios de comunicación, otras instituciones). ¿Qué nivel de autonomía y responsabilidad tiene en sus tareas? (Bajo/medio/alto. Capacidad de tomar decisiones) ¿Donde aprendió las tareas que realiza? (Práctica/formación).

7- ¿Qué lugar ocupa la comunicación en su lugar/área de trabajo? (Organización, política pública, etc.) Pedirle que dibuje el organigrama. Llevarlo impreso y ver si hay diferencias para ponerlas en común.

8- ¿Quién define el rol y las tareas de los comunicadores? (¿Otros comunicadores?, ¿médicos?).

¿Hay comunicadores haciendo otras cosas?

9- El SNIS significó un cambio en el modelo de salud: ¿usted considera que significó un cambio en la comunicación? ¿La comunicación está pensada desde el diseño, implementación y evaluación de las políticas? ¿Tiene el comunicador incidencia en la toma de decisiones?

10- ¿Cómo percibe que ven al comunicador otros profesionales o compañeros con quienes trabaja? ¿Y a la comunicación?

Pauta de entrevistas a autor de la reforma, directores y directoras de programas de salud y representante de trabajadores y usuario

Aspectos personales

Edad:

Género:

Formación/especialidad:

Año de ingreso al trabajo:

Forma de ingreso:

1- El SNIS planteaba un cambio en el modelo de atención, gestión y financiamiento. Seguramente los cambios se dieron de diferente manera en cada dimensión. ¿Considera que hubo un cambio en la comunicación?

2- ¿Quiénes son los responsables de la comunicación? ¿Quién los define? ¿Qué perfiles se tienen en cuenta? ¿Qué habilidades y conocimientos se valoran? ¿Qué se espera de su tarea?

3- La reforma hace énfasis en la promoción de la salud, el desarrollo del primer nivel de atención, intervenciones territoriales, trabajo intersectorial e interinstitucional. ¿Cómo se articula el trabajo y se definen las estrategias de comunicación? (Montevideo/interior, prestadores de salud públicos y privados, otras instituciones, medios de comunicación).

Pauta de entrevista a directores departamentales

Aspectos personales

Edad:

Género:

Formación/especialidad:

Año de ingreso al trabajo:

Forma de ingreso:

- 1- ¿Cómo está integrado su equipo de trabajo? (Cargos, perfiles).
¿Hay comunicadores? Si la respuesta es no: ¿quién cumple ese rol? ¿qué tareas realiza?
- 2- El SNIS planteaba un cambio en el modelo de atención, gestión y financiamiento. ¿Ud. considera que significó un cambio en la comunicación? ¿Cuál es el rol de la comunicación en las políticas de salud en su departamento/territorio?
- 3- ¿Cómo se resuelve la tensión entre la política pública a nivel nacional y las necesidades departamentales?
- 4- ¿Cómo se articula el trabajo? (MSP, ASSE, otras instituciones, sectores, prestadores, otros dptos.)

Taller de usuarios/as del SNIS

AGENDA

Fecha: 29 de agosto de 2019.

Lugar: MSP of. 107 y DDS.

Medio: teleconferencia.



9.30 hs

- 1) Determinantes sociales de la salud
- 2) Fundamentos del SNIS



9.50 hs

- 3) Derechos de los usuarios/as



10.10 hs

- 4) Relación usuarios/as y personal de la salud



10.30 hs

- 5) Presentación representante usuarios/as ASSE



10.45 hs

- 5) Presentación representante usuarios/as JUNASA



11.00 hs

- Cierre de teleconferencia e intercambio con Directores Departamentales de Salud

Guía de observación de talleres

Observar y registrar quién coordina la actividad, quién habla, qué dicen, a quién se habla, qué instancias de comunicación se proponen.

Referencias bibliográficas

- Adhanom Ghebreyesus, T. (s. f.). Nuevo compromiso mundial con la atención primaria de la salud en la Conferencia de Astaná. *Campus Virtual de Salud Pública*. Recuperado de <https://www.campusvirtualesp.org/es/nuevo-compromiso-mundial-con-la-atencion-primaria-de-la-salud-en-la-conferencia-de-astana>
- Alcalay, R. y Mendoza, C. T. (2002). Proyecto COMSALUD: un estudio comparativo de mensajes relacionados con salud en los medios masivos latinoamericanos. Washington, Organización Panamericana de la Salud.
- Anzalone, P. (2018). *Participación social dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay*. (Tesis de maestría. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales). Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/20443>
- Anzalone, P. (2017). La salud como construcción social. *La Diaria*. Recuperado de <https://ladiaria.com.uy/articulo/2017/7/la-salud-como-construccion-social/>
- Aran, D. y Laca, H. (2011). Sistema de salud de Uruguay. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), s265-s274. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800021&lng=es&tlng=es.
- Araújo, I. S. y Cardoso, J. M. (2012). Comunicação e Saúde: desafios para um pensar-fazer em sintonia com o SUS. En: Pelicioni, M. C.F. e Mialhe, F. L. (Orgs.) *Educação e Promoção da Saúde - Teoria e Prática*. (pp. 115-132). São Paulo: Ed. Santos.
- Araújo, I.S., Cardoso, J. M. y Murtinho, R. (2009). A Comunicação no Sistema Único de Saúde: cenários e tendências. *Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación* 6(10), 104-115.
- Araújo, I. S. y Cuberli, M. (2015). Comunicación y Salud en América Latina: Un campo en permanente movimiento. En: Cesar Bolaño; Delia Covi Druetta; Gustavo Cimadevilla. (Org.). *La contribución de América Latina al campo de la comunicación - Historia, enfoques teóricos, epistemológicos y tendencias de la investigación*. (1ed, v. 1, pp. 338-390). Buenos Aires: Editorial Prometeo.
- Arellano Gault, D. y Blanco, F. (2013). *Políticas públicas en democracia*. México, Instituto Federal Electoral. Recuperado el 9 de octubre de 2018 de https://www.academia.edu/4177196/Políticas_publicas_y_democracia
- Arrizabalaga, L. (2016). *Los medios de comunicación y la salud mental en el Uruguay*. (Tesis de grado. Facultad de Psicología, Universidad de la República). Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12008/8620>
- Basso, J. (2019). *Una reforma sanitaria que sigue avanzando*. [Presentación en Powerpoint] Montevideo, Ministerio de Salud Pública.
- Beltrán, L. R. (1995). Salud pública y comunicación social. *Revista Chasqui*, 51.

- Bourdieu, P. (1998). *Meditaciones pascalianas*. Anagrama: Barcelona.
- Bruno, D. P., Demonte F. C. y Jait, A. R. (2016). El uso de la comunicación en los procesos de cambio de las organizaciones de salud. En: Cuesta Cambra, U., Peñafiel Saiz, C., Terrón Blanco, J. L., Bustamante Ospina, E., Gaspar Herrero, S. (Comps.). *Comunicación y Salud*. Madrid: Dextra.
- Casas L., Cuberli, M. y Demonte, F. (2005). La comunicación en el ámbito de la salud: perspectivas para repensarla. *Salud y Población*, 4, pp. 45-48.
- Cianelli, M. y Franco, F. (2017). *Relatoría III Seminario del Observatorio de las profesiones de la comunicación. Miradas cruzadas sobre los comunicadores*. Recuperado el 2 de setiembre de 2021 https://drive.google.com/file/d/12uLkOCNlmQ0QNCtbXsGUG_EJXIC48L3C/view
- Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, IV. (1987). *Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf
- Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, III. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Organización Mundial de la Salud, Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. 17-21 de noviembre de 1986, Ottawa, Canadá.
- Contreras, A. (2014). *Sentipensamientos: de la Comunicación-Desarrollo a la Comunicación para el Vivir Bien*. Recuperado de <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/7252>
- Devincenzi, V., García Dalmás, A. y Olivari Condenanza, L. (2021). Comunicación y comunicadores en las políticas públicas de Uruguay: narraciones de sus responsables en el Poder Ejecutivo. *Avatares de la Comunicación y la Cultura*, 21. Recuperado de <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s18535925/m9uotdzhs>
- Díaz, H. y Uranga, W. (2011). Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Revista de Comunicación y Salud*, 1(1), pp.113-124.
- Fernández, J. (2017). Comunicación política... Políticas de Comunicación... Comunicación de las políticas [Material de clase]. Universidad de la República, Facultad de Información y Comunicación.
- Las lógicas que operan tras los procesos vinculados con la comunicación en el marco de las Políticas Públicas.
- Freire, P. (1973). *¿Extensión o comunicación? La concientización en el medio rural*. México: Siglo XXI editores.
- Gómez Campo, V. y Tenti Fanfani, E. (1993). *Universidad y profesiones*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.
- Gómez, G. (2015). ¿Cómo me comunico con los demás? En: Galain, A. I., Viera, M. M., Dapuetto, J. J., Varela, B. *Manual de habilidades comunicacionales para estudiantes de Medicina del primer trienio* (p. 30). Montevideo: Comisión Sectorial de Enseñanza.

- Gumucio Dagron, A. (2011). Comunicación para el cambio social: clave del desarrollo participativo. *Signo y Pensamiento*, 30, Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-48232011000100002
- Gumucio Dagron, A. (2010). Cuando el doctor no sabe. Comentarios críticos sobre la promoción de la salud, comunicación y participación. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 16(31), 67-93.
- Hernández, R., Fernández-Collado, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill
- Instituto Nacional de Estadística. (2021). Anuario estadístico nacional 2021. Recuperado de <https://www.ine.gub.uy/web/guest/anuario-estadistico-nacional>
- Intendencia de Montevideo, Municipio D, *Complejo SACUDE (Salud, Cultura y Deporte)*. (2022). Recuperado de <https://municipiod.montevideo.gub.uy/node/714>
- Kaplún, G. (2000). Comunicación organizacional: la importancia de los bordes y las ventajas de agacharse. *Cuadernos de Chasqui*, 20.
- Kaplún, G. (2013). Viejas y nuevas tradiciones en la comunicación latinoamericana. *Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación*, 10(18), 66-76.
- Kaplún, G. (2014). *Observatorio de las profesiones de la comunicación*. Recuperado de http://www.comunicacion.edu.uy/sites/default/files/Observatorio_Profesiones_Comunicacion.pdf
- Kaplún, G. (2016). Curso Comunicación y Salud Comunitaria [Material de clase]. Universidad Nacional de Salta.
- Kaplún, M. (2002). *Una pedagogía de la comunicación (el comunicador popular)*. La Habana: Editorial Caminos.
- Lalonde, M. (1981). *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: Health and Welfare Canada.
- Mata, M. C. (2006). Comunicación y ciudadanía. Problemas teórico políticos de su articulación. *Revista Fronteiras-estudios mediáticos* 8(1).
- Ministerio de Desarrollo Social. (2016). Rondas Rurales. *Sitio web oficial del MIDES*. Recuperado el 6 de junio de 2021 <http://archivo.mides.gub.uy/62740/rondas-rurales>.
- Mosquera Vásquez, M. (2003). *Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias*. [sitio web]. Recuperado de <https://www.comminit.com/la/content/comunicaci%C3%B3n-en-salud-conceptos-teor%C3%ADas-y-experiencias>
- Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada. Recuperado el 14 de julio de 2021 <http://usss.org.uy>

- Olmando Silva, G. (2020). *Profesionalizar la comunicación gubernamental: el perfil de los comunicadores que constituyen el consejo de ministros en Uruguay entre 2015-2020*. (Tesis de grado, Facultad de Información y Comunicación, Universidad de la República). Recuperado de <https://fic.edu.uy/sites/default/files/inline-files/Trabajo%20Final%20de%20Grado%20Profesionalizar%20la%20Comunicaci%C3%B3n%20Gubernamental%20-%20Olmando%20Ger%C3%B3nimo%202020.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1948). ¿Cómo define la OMS la salud? *Sitio web de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%ABLa%20salud%20es%20un%20estado,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2018). *Conferencia mundial sobre atención primaria de salud. Declaración de Astaná*. Recuperado el 24 de noviembre de 2018 <http://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de ALMA-ATA*. Recuperado el 28 de abril de 2018 http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518&lang=en
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. (2022). *La labor de la FAO en relación con las guías alimentarias basadas en alimentos*. Recuperado de <https://www.fao.org/nutrition/educacion-nutricional/food-dietary-guidelines/home/es/>
- Ottado, D. y Moreira, S. (2017). *Primera aproximación a la comunicación de gobierno: los comunicadores de los organismos de la administración central*. Recuperado el 27 de setiembre de 2022 <https://ji.fic.edu.uy/wp-content/uploads/2018/06/GT17-Ottado-y-Moreira-PRIMERA-APROXIMACI%C3%93N-A-LA-COMUNICACI%C3%93N-DE-GOBIERNO.pdf>
- Pérez, F. (11 de agosto de 2022). El MEC resolvió intervenir el Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada tras cúmulo de denuncias presentadas por socios. *La Diaria*. Recuperado de <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2022/8/el-mec-resolvio-intervenir-el-movimiento-nacional-de-usuarios-de-la-salud-publica-y-privada-tras-cumulo-de-denuncias-presentadas-por-socios/>
- Pérez, S. y Arencibia, J. (2010). Entrevista con Gabriel Kaplún. El diálogo tiene siempre una potencialidad revolucionaria en La Jiribilla. *Revista de cultura cubana*, 498. Recuperado de http://epoca2.lajiribilla.cu/2010/n498_11/498_01.html
- Pichon-Riviére, E. (1981). El proceso grupal. En: *Del psicoanálisis a la psicología social* (I). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

- Ponzo, J. (2020). La Medicina Familiar y Comunitaria en Uruguay de 1997 a 2019: ¿cuántos kilómetros faltarán para llegar al pueblo aquel? *Ciênc. saúde coletiva*, 25(4). Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csc/a/tb7zwb5drNQgBBXYKQSVyRJ/?lang=es>
- Riorda, M. (2011). La comunicación gubernamental como comunicación gubernamental. *Politai: Revista de Ciencia Política*, 3(11), 96-111. Recuperado de <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/politai/article/view/13956>
- Riorda, M. (2020). Antes de comunicar el riesgo o la crisis: hay que diferenciarlos. *Más Poder Local*, 41, 20-23.
- Rompekbzas. (2016). *Los comunicadores del Estado*. Recuperado de <http://historico.espectador.com/sociedad/338800/los-comunicadores-del-estado#1>
- Toro, J. B. (s. f.). *La construcción de lo público desde la sociedad civil*. (Documento de Internet). Recuperado el 27 de setiembre de 2022 https://www.contraloria.gov.co/documents/594306/610469/1_1_la_construcci%C3%B3n_de_lo_publico.pdf/f6badf8a-2d0a-a952-42ec-f674b2c8c9db?t=1637885677877&download=true
- Universidad de la República. Facultad de Información y Comunicación. (2021). *Encuesta a egresados y egresadas de Comunicación, Bibliotecología y Archivología de la Udelar*. Recuperado el 15 de setiembre de 2022 <https://fic.edu.uy/sites/default/files/inline-files/Resultados%20encuesta%20egresados%202021%20FIC.pdf>
- Universidad de la República. Facultad de Información y Comunicación. Instituto de Comunicación (s. f.). *Licenciatura en Comunicación*. Recuperado en mayo de 2022 <https://fic.edu.uy/ensenanza/grado/lic-en-comunicacion>
- Uranga, W., Vargas, T., Gustavino, M., García, F. y García, G. (2017). *Gestionar lo público desde el INTA*. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ediciones INTA. Recuperado de https://inta.gob.ar/sites/default/files/gestionar_lo_publico_e-book.pdf
- Uruguay. (2007, mayo 31). Ley 18 131: Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA). *Diario Oficial*. Recuperado de <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18131-2007>
- Uruguay. (2007, julio 27). Ley 18 161: Creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) como servicio descentralizado. *Diario Oficial*. Recuperado de <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18161-2007>
- Uruguay. (2007, agosto 26). Ley 18 335: Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. *Diario Oficial*. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>
- Uruguay. (2007, diciembre 13). Ley 18 211: Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud. *Diario Oficial*. Recuperado de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/18.211_0.pdf

- Uruguay. (2005 diciembre 23). Ley 17 930: Presupuesto Nacional de Sueldos, Gastos e Inversiones. Ejercicio 2005-2009. *Diario Oficial*. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17930-2005>
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. (2020). *Objetivos Sanitarios Nacionales*. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/publicaciones-objetivos-sanitarios-nacionales-2020>
- Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Villar, H. (2012). *Gestión de servicios de salud*. Montevideo: Zona editorial.
- Waisbord, S. y Coe, G. (2002). Comunicación, periodismo, salud y desafíos para el nuevo milenio. *Revista Razón y Palabra*, 26. Recuperado de <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n26/swaisbord.html#1a>

Bibliografía

- Argentina. Programa de Reforma de la Atención Primaria de Salud. Área de Comunicación. (2007). Manual de Comunicación para la Salud: herramientas para la producción de materiales y acciones comunicativas en las prácticas comunitarias. Córdoba. Recuperado de http://www.anmat.gov.ar/Enfermedad_Celiaca/01_Manual_Com_Salud.pdf
- Arzuaga-Williams, M. (2020). Rol del comunicador organizacional en Uruguay: tareas y funciones. *Profesional de la información*, 29(3), e290326. <https://doi.org/10.3145/epi.2020.may.26>
- Cianelli, M. y Franco, F. (2017). *Relatoría III Seminario del Observatorio de las profesiones de la comunicación. Miradas cruzadas sobre los comunicadores*. Recuperado el 2 de setiembre de 2021 https://drive.google.com/file/d/12uLkOCNlmQ0QNCtbXsGUG_EJXIC48L3C/view
- Coe, G. (1998). Comunicación y promoción de la salud. *Revista Chasqui*, 63, pp. 26-29.
- Cuesta, U., Peñafiel, C., Terrón, J. L., Bustamante, E. y Gaspar, S. (2017). *Comunicación y salud*. Madrid: Dextra Editorial.
- Ferreira, T. (Relatora) (2015). *Seminario inaugural del Observatorio de las profesiones de la comunicación*. Recuperado el 16 de octubre de 2016 <http://www.comunicacion.edu.uy/sites/default/files/Relator%C3%ADa%20Seminario%20inaugural%20del%20Observatorio%20de%20las%20Profesiones%20de%20la%20Comunicaci%C3%B3n.pdf>
- La Iniciativa de Red de Comunicación. (s. f.). *La Iniciativa de Comunicación Comunicación y medios para el desarrollo de América Latina y el Caribe*. [sitio web]. Recuperado de https://www.comminit.com/la/search/apachesolr_search/salud?filters=tid%3A37%20tid%3A10%20tid%3A250&retain-filters=1
- Martín Barbero, J. (2009). Lo público: experiencia urbana y metáfora ciudadana. *CIC. Cuadernos de Información y Comunicación*, 13, 213-226. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/CIYC/article/view/CIYC0808110213A>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2021). ¿Qué es el SIIAS? *Sitio web oficial del MIDES*. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/etiqueta/otros/es-siias#:~:text=El%20Sistema%20de%20Informaci%C3%B3n%20Integrada,m%C3%A1s%20de%2030%20instituciones%20p%C3%ABlicas.>
- Miralles, A. M. (1998). El periodismo cívico como comunicación política. *Nómadas (Col)*, 61-72. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105114273007>
- Montes de Oca, A. y Urbina, M. C. (2015). Periodismo de Salud: una práctica profesional en construcción. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 28(2), 145-157. Recuperado de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522015000200007&lng=es&tlng=es.

- Muñoz, C., Papa P. y Polla, R. (2019). El campo profesional de la comunicación desde la perspectiva de los comunicadores egresados de la Universidad de la República. En: *Jornadas de Investigación FIC*. Recuperado de <https://fic.edu.uy/sites/default/files/inline-files/EI%20campo%20profesional%20de%20la%20comunicaci%C3%B3n%20desde%20la%20perspectiva%20de%20los%20comunicadores%20egresados%20de%20Udelar.%20Mu%C3%B1oz%20Papa%20Polla%202019.pdf>
- Naciones Unidas. (s. f.). *Objetivos de desarrollo sostenible*. Recuperado de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Eventos*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/events/>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Reglamento Sanitario Internacional. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/reglamento-sanitario-internacional>
- Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Comunicación*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/search/r?keys=comunicacion#gsc.tab=0&gsc.q=comunicacion>
- Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Notas de Prensa*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/noticias/notas-prensa?page=0>
- Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Recursos para periodistas*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/recursos-para-periodistas>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19*. Recuperado de Factsheet-Infodemic_spa.pdf (paho.org)
- ORT. *Facultad de Comunicación y Diseño*. [sitio web]. Recuperado el 26 de mayo de 2018 <https://fcd.ort.edu.uy/>
- Petracci, M. (2020). Nuevas tecnologías de comunicación y salud: desafíos y obstáculos a las relaciones entre médicos y pacientes. En: *Memorias de GT5. Comunicación y Salud. XV Congreso de ALAIC 2020*. Desafíos y paradojas de la comunicación en América Latina: las ciudadanías y el poder, p. 562.
- Porta, P. I., Souza, M. S. y Otrocki, L. (Comp). (2011). *Cuestiones sobre perfiles y prácticas profesionales del comunicador social. Universidad Nacional de la Plata*. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/70089>
- Rincón, O. y Magrini, A. L. (s. f.). *Herramientas para la organización y la comunicación. Módulo N°2*.
- Ríos Hernández, I. (2011). Comunicación en Salud: conceptos y modelos teóricos. *Perspectivas de la Comunicación*, 4(1).
- Universidad Católica del Uruguay. Carreras de grado. Recuperado el 26 de mayo de 2018 https://carreras.ucu.edu.uy/index.php/carreras/ciencias-humanas/comunicacion?_ga=2.154149752.1184681241.1527372934-892070982.1490101861

- Universidad de Montevideo. Facultad de Comunicación, *Carreras de grado*. Recuperado el 26 de mayo de 2018 <https://fcom.um.edu.uy/facultad-de-comunicacion>
- Uranga, W. (s. f.). *Sin comunicación no hay políticas públicas democráticas*. Recuperado de http://taoppcomunicacion.weebly.com/uploads/6/9/3/8/6938815/uranga_sin_comu.pdf
- Uruguay. Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y el Conocimiento. (2022). *Historia Clínica Oncológica Electrónica*. Recuperado de <https://centrodeconocimiento.agesic.gub.uy/web/salud.uy/hceo>.
- Uruguay. Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Recuperado el 22 de mayo de 2021 <https://www.comisioncancer.org.uy/>
- Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. *Uruguay en cifras 2014*. Recuperado de http://www.ine.gub.uy/documents/10181/39317/Uruguay_en_cifras_2014.pdf/aac28208-4670-4e96-b8c1-b2abb93b5b13
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública (2022). *A Tu Servicio*. Recuperado de <https://atuservicio.msp.gub.uy/>
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/home>
- Velázquez, J. A. (2014). *Revista Comunicación*, 31, 23-33.