

# COMUNICACIÓN Y SALUD EN AMÉRICA LATINA: CONTRIBUCIONES AL CAMPO

## COMUNICAÇÃO E SAÚDE EM AMÉRICA LATINA: CONTRIBUIÇÕES AO CAMPO

Mónica Petracci, Janet García González (Coordinadoras)

Equipo Coordinador GT 5 Comunicación y Salud/ Comunicação e Saúde  
de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de Comunicación (ALAIC)



**Dirección**

José Luis Terrón, Universitat Autònoma de Barcelona

**Comité académico**

Carmen Echazarreta, Universitat de Girona

Mònica Jiménez, Universitat Pompeu Fabra

Jordi Farré, Universitat Rovira i Virgili

Gustavo Cardoso, OberCom

Rita Espanha, OberCom

Nelson Zagalo, Universidade de Aveiro

José Carlos Lozano, Texas A&M International University

Tanius Karam, Universidad Autónoma Ciudad de México

Laura Regil, Universidad Pedagógica Nacional

Angel Badillo, Universidad de Salamanca

Marta Martín, Universidad de Alicante

---

Mónica Petracci y Janet García González (Coordinadoras)

(2020): *Comunicación y salud en América Latina: contribuciones al campo/Comunicação e saúde em América Latina: contribuições ao campo.*

InCom-UAB Publicacions, 21. Bellaterra: Institut de la Comunicació, Universitat Autònoma de Barcelona. ISBN: 978-84-121566-6-9

---

**Institut de la Comunicació (InCom-UAB)**

Universitat Autònoma de Barcelona

Campus UAB -Edifici N, planta 1. Despatx N-1003

E-08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès)

Barcelona. Espanya

<http://incom.uab.cat>



ISBN: 978-84-121566-6-9



## COMITÉ REVISOR

Adria Albarado. Mestra pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS/UnB). Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (Nesp/UnB). Graduada em Comunicação Social com habilitação em Jornalismo pela Universidade Federal de Roraima (UFRR). Possui experiência profissional em diversas áreas do jornalismo, assessoria de comunicação e comunicação em saúde. Colabora com as ações de comunicação da FS/UnB. <http://lattes.cnpq.br/4010807998508120>.

Patricia Karina Natalia Schwarz. Doctora en Ciencias Sociales, Magíster en Investigación en Ciencias Sociales y Licenciada en Sociología por la Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina. Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG-UBA) hasta enero 2017. Actualmente es Investigadora del Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales (CONICET Provincia de Mendoza). Sus principales líneas de trabajo son salud y género.

## AGRADECIMIENTOS

A las y los autores por el entusiasmo, el trabajo y la paciencia durante el largo proceso que nos demandó la invitación, la recepción de artículos y el armado de la compilación definitiva.

A la Dra. Inesita Soares de Araujo, por su dedicación al GT 5 Comunicación y Salud durante muchos años, 2012 a 2018, y trayectoria académica e institucional.

A la Dra. Mariella Silva da Oliveira Costa por su participación en las primeras etapas de este libro.

A las integrantes del Comité Revisor, Mestra Adria Alvarado de Brasil y Doctora Karina Natalia Patricia Schwarz de Argentina.

A la Asociación Latinoamericana de Comunicación (ALAIC), porque fue en los congresos de la Asociación realizados en distintas ciudades latinoamericanas, en los que se gestó la conformación de un grupo de investigadores activos, cuyo fortalecimiento y visibilidad es un propósito de esta compilación.

Al Dr. José Luis Terrón Blanco, por su trabajo y colaboración para que este libro sea posible.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN. INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
Janet García González y Mónica Petracci	
<b>I POLÍTICAS PÚBLICAS</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Diabetes: comunicación, discriminación y dominación en mujeres rurales de Michoacán</b>	<b>15</b>
Alberto Farías Ochoa	
<b>1.2 Comunicación interna y promoción de salud en el personal de la Red de Salud de Tayacaja</b>	<b>27</b>
Miguel Ramón Llulluy	
<b>1.3 La implementación del test de VPH en la Argentina: impresiones de la primera campaña de comunicación de bien público</b>	<b>43</b>
Milca Cuberli y Silvina Arrossi	
<b>1.4 Comunicación y salud pública. Un estudio cualitativo sobre las opiniones de tomadores de decisión</b>	<b>55</b>
Mónica Petracci y Paula Rodríguez Zoya	
<b>1.5 Associações e dissociações dos públicos na controvérsia da pílula do câncer</b>	<b>64</b>
Aline Bastos	
<b>1.6 El cáncer, un desafío común. De la percepción pública a la responsabilidad social</b>	<b>75</b>
Sonia Ponce de León Villafuerte y Yamilé Ferrán Fernández	
<b>1.7 População de rua e visibilidade: sentidos em conflito</b>	<b>86</b>
Nadja Maria Souza Araújo e Inesita Soares de Araujo	
<b>1.8 Indicadores qualitativos de comunicação para a pesquisa em saúde</b>	<b>97</b>
Silvia Bezerra Santos e Inesita Soares de Araujo	
<b>II TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN Y DE LA SALUD, eHEALTH</b>	<b>113</b>
<b>2.1 Propuesta de innovación social para el empoderamiento en salud de madres colombianas desde una clínica de alta complejidad</b>	<b>114</b>
Doris Elena Muñoz Zapata, Beatriz Elena Marín Ochoa y Juan Guillermo Barrientos Gómez	
<b>2.2 Tecnologías de la comunicación e información (TIC) en la salud: caso</b>	

<b>influencia de las aplicaciones (APP) en la prevención de la obesidad</b> Janet García González y Lilia Maricela Mendoza Longoria	123
<b>2.3 Fuentes de información y usos de internet para la salud en Puerto Rico</b> Iván de la Cruz-Cuevas	139
<b>III RELACIONES MÉDICO PACIENTE Y COMUNICACIÓN EN LA FORMACIÓN MÉDICA</b> 156	
<b>3.1. Comunicación en la formación médica: ¿necesidad o moda? un estudio de caso desde la perspectiva del análisis crítico del discurso (ACD)</b> Valeria Albardonedo	157
<b>3.2. La irrupción del diagnóstico en mujeres con cáncer de mama en el área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. Comunicar y ser comunicado: el (des)encuentro con la biomedicina</b> Leila Passerino	171
<b>3.3. Desaprender el modelo: aportes desde el campo comunicacional para des-colonizar la Academia Médica</b> Valeria Albardonedo	193
<b>IV CAMPAÑAS</b> 203	
<b>4.1. Análisis de una campaña chilena contra el grooming aplicando el modelo de proceso paralelo extendido</b> Claudia A. Montero-Liberona y Patricio B. Montero Lagos	204
<b>4.2. Embarazo adolescente en México: análisis de <i>spots</i> difundidos en una campaña nacional para la atención y prevención</b> Luis Alfonso Guadarrama Rico	215
<b>4.3. Acciones transdisciplinarias comunitarias de comunicación para la salud en Baja California</b> M. Elena Zermeño Espinosa, Elsa del Carmen Villegas Morán y Jorge Alejandro Martínez Partida	239
<b>V DISCURSOS SOCIALES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b> 253	
<b>5.1. Febre do silêncio: o doente de malária nos discursos governamentais e midiáticos do Amazonas nos séculos XIX e XXI</b> Andréa Maria Pampolha Arruda e Inesita Soares de Araujo	254
<b>5.2. Cómo trata la prensa dominicana el vih. Conocer para propiciar el cambio</b> José Luis Terrón Blanco y Elina María Cruz	266

<b>5.3. O ‘drama epidêmico’ da dengue: causas, sofrimento e responsabilidades no <i>Jornal Nacional</i> (1986-2008).</b>	<b>281</b>
Janine Cardoso y Paulo Roberto Gibaldi Vaz	
<b>5.4. A pesquisa brasileira sobre radiocomunicação comunitária e saúde – uma leitura fundamentada na teoria da ação comunicativa</b>	<b>298</b>
Hugo Fanton Ribeiro da Silva	
<b>5.5. Limites e possibilidades de fortalecimento da participação social na saúde pela radiocomunicação comunitária</b>	<b>313</b>
Hugo Fanton Ribeiro da Silva e Ivan França Junior	
 <b>VI MIRADAS Y ENFOQUES</b>	
<b>6.1. Epistemologias ciganas, interculturalidade e produção social dos sentidos: uma articulação decolonial no campo da comunicação &amp; saúde</b>	<b>331</b>
Aluízio de Azevedo Silva Júnior e Inesita Soares de Araujo	
<b>6.2. Comunicar saúde: uma perspectiva teórica</b>	<b>348</b>
Mariella Silva de Oliveira Costa	
<b>6.3. La circulación del sufrimiento. Visibilidad y protagonismo en nuevas configuraciones comunicacionales</b>	<b>358</b>
Kátia Lerner, Inesita Soares de Araujo, Raquel Aguiar y João Verani Protasio	
 <b>EPÍLOGO: Por um tempo de encontros e reconhecimentos</b>	
<b>Por un tiempo de encuentros y reconocimientos</b>	<b>390</b>
Inesita Soares de Araujo	
 <b>SEMBLANZAS</b>	<b>395</b>

# INTRODUCCIÓN

## INTRODUÇÃO

**Janet García González y Mónica Petracci**

Una de las principales lecciones que se desprenden de experiencias en el ámbito del desarrollo sostenible es que las soluciones económicas y técnicas son insuficientes por sí solas. Para ello, el desarrollo y fortalecimiento de capacidades tanto institucionales como profesionales es fundamental para el mejoramiento de las condiciones de vida de una sociedad; y la capacidad no se debe entender en un sentido limitado, que se reduzca a la mera información y la oferta de programas de entrenamiento y/o aplicativos divorciados de las necesidades específicas, sino de forma más amplia, como un proceso a través del cual una sociedad adquiere, mantiene y expande su capital social para responder a desafíos y lograr objetivos en distintas áreas.

En el debate se ha destacado la brecha existente entre el discurso teórico y la práctica, así como la ausencia de un enfoque interdisciplinario en la solución a estos problemas de salud pública. Es necesario romper con la dicotomía teoría – práctica y sobreponer las típicas acciones extremas del academicismo *versus* el empirismo que suelen llevar al fracaso. ¿Qué áreas que no sea la médica interviene en estas soluciones?

Para hablar de la investigación en el campo Comunicación y Salud es necesario partir de las ciencias sociales y la salud. Uno de los elementos centrales y polémicos dentro de las ciencias sociales ha sido, a lo largo de su desarrollo y evolución, el problema de la relación “individuo - sociedad”. Es interesante vincular las distintas corrientes que se han establecido ante diferentes interpretaciones. La cuestión se vuelve más polémica si se mira en relación con los procesos salud – enfermedad, de lo individual a lo colectivo, a la sociedad. Las reflexiones para explicar cuál es el carácter de la vinculación del individuo con la comunidad en la que desarrolla su proceso vital, cómo el hombre se encuentra articulado con los grupos sociales que conforman su cotidaneidad y la sociedad en general; cómo el individuo es un ser social y como se produce esa relación dialéctica entre el hombre como ser activo y creador de sus propias circunstancias y de la sociedad, a través del trabajo, y cómo éste vive esas contradicciones sociales y existenciales que le son propias anclan en el nivel macro, es decir, en términos de existencia particular, pero también en términos globales de relaciones sociales, procesos de desarrollo y trabajo, y como actividades productoras y reproductoras de la vida de los sujetos sociales.

Los conceptos teóricos de lo que se ha denominado el mundo de lo social se pueden considerar como pilares de la estructura de la teoría de las ciencias sociales. Estos conceptos tienen fundamento en los temas relacionados con las condiciones sociales en las cuales se desenvuelve la conducta humana, por ejemplo, aspectos económicos, políticos, ideológicos, religiosos y culturales. Las relaciones de los individuos con la sociedad y de ellos entre sí encauzan a mirar los procesos de salud – enfermedad, en el contexto de dichas interacciones, observando cómo, de una y otra forma, las distintas interpretaciones que se dan sobre salud están predeterminadas por concepciones teóricas implícitas de las relaciones sociales y de la sociedad. Esto se refleja en una lucha de objetos de estudio de varias disciplinas. Como lo refiere Bourdieu (1999, 2000) en las ciencias sociales: sus objetos son objeto de luchas. Prácticamente no hay materia de la que se ocupen estas disciplinas que no susciten polémicas, debates, censuras y divisiones. Expresiones de lucha en torno al objeto de la salud; en diferentes momentos se ha hablado de ciencias de la conducta y Medicina, sociología en la Medicina, sociología de la Medicina, sociología y antropología Médicas, Medicina social, y otras.

En este tenor, la comunicación en esta área de la salud tiene un papel importante, se ha desarrollado en la difusión de conocimientos, para en la modificación o reforzamiento de conductas, valores y normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida. Por ello, el abordaje de la comunicación es visto como proceso social, de interacción y difusión; como mecanismo de intervención para generar, a escala multitudinaria e individual, influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública.

Es por ello la necesidad de retomar el acontecer de la comunicación en áreas específicas de salud. Analizando las teorías, estrategias y medios de comunicación entre otros elementos básicos utilizados por instituciones desde nivel internacional, nacional y local y el ámbito global de la sociedad en donde se desarrolla. Se pretende que a través de enfoques multidisciplinarios se ponga en marcha una serie de estrategias que permitan desvincular el concepto de salud del de enfermedad. Más que depender de la medicina, la salud del pueblo está cifrada en: condiciones decorosas de vida y de trabajo, educación libre y medios adecuados de reposo y recreación y a la tarea de lograr el acceso de toda la gente, misión primordial de la medicina. Por tanto, la política de prevención (que implica la educación de la gente para que cuide su salud) es de primer lugar de importancia y la política de curación en el último lugar pues, en su criterio, solo debía aplicarse en el caso de fallar la política de prevención.

Es por ello que la comunicación puede verse a partir de tres modelos: La comunicación como herramienta o producto, asumida como un instrumento, elemento activo de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades, que genera actividades y producción de materiales.

La comunicación que informa y promueve el cambio de comportamientos. Los medios y estrategias de comunicación cumplen un rol fundamental para que las personas cambien de comportamiento o mejoren sus conductas de salud y es el emisor que determina el modelo a seguir.

La comunicación como proceso social. En donde desarrollan estrategias que buscan la presencia y participación tanto individual como colectiva desde una práctica consciente basada en el ejercicio pleno de ciudadanía a fin de construir conjuntamente entornos saludables.

Aunque las investigaciones dentro del ámbito de la medicina y la salud son frecuentes, no sucede eso con las relacionadas a los resultados en la población de las acciones de la promoción de la salud, y aún menos de la sinergia que se puede lograr de ésta con la comunicación para lograr que la población se auto responsabilice de su salud. Además hay que tomar en cuenta que los resultados no son tangibles a corto plazo, que no son atribuibles del todo a las acciones realizadas, ya que pueden coadyuvar muchos otros factores, tanto de corte individual (la personalidad), como cognitivo, afectivo y cultural.

De ahí la necesidad de retomar el acontecer de la comunicación en áreas específicas de salud. Analizando las teorías, estrategias y medios de comunicación entre otros elementos básicos utilizados por instituciones desde nivel internacional, nacional, local y el ámbito global de la sociedad en donde se desarrolla. Se pretende que a través de enfoques multidisciplinarios se ponga en marcha una serie de estrategias que permitan desvincular el concepto de salud del de enfermedad. Ningún programa de salud que pretenda abarcar a sectores sociales cada vez más amplios puede siquiera pensarse al margen de la comunicación. Así como ninguna práctica vinculada a *eHealth* puede comprenderse sin comprender las características del proceso comunicativo en la sociedad contemporánea.

Comunicación y Salud es un campo con un camino recorrido y con potencialidad académica y profesional para comprender procesos sociales como el empoderamiento y la apropiación de derechos, la interculturalidad, el género, la alimentación, los debates sobre vacunas, las redes sociales y las *fake news*, entre otros.

## Objetivos

Los objetivos de esta compilación son académicos e institucionales. Apuntan al fortalecimiento y visibilidad del campo Comunicación y Salud, del Grupo de Trabajo (GT) en Comunicación y Salud de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Comunicación (ALAIC) y de las relaciones entre los y las investigadores de la región. A través de los distintos congresos –habiendo sido convocados para esta publicación a participantes de los Congresos XI (Montevideo 2012), XII (Lima 2014), XIII (México 2016) y XIV (Costa Rica 2018) circularon en el GT diferentes actores, disputas teóricas y metodológicas, tecnologías, agendas públicas- políticas y ciudadanas, configuraciones de poder y construcciones de sentidos con el propósito de contribuir a la comprensión y consolidación del campo Comunicación y Salud, entendido este como un campo de múltiples dimensiones.

Las compiladoras/organizadoras pensamos que la publicación permitirá que la producción académica discutida en los Congresos de ALAIC sea, en primer lugar, difundida entre las y los investigadores del campo y, por otro lado, contribuya a fortalecer la identidad del GT de una institución dedicada a reflexionar sobre la comunicación en la región.

Dada la heterogeneidad del campo, la compilación busca aportar a los diversos temas, ámbitos y actores sociales por los que actualmente circula la dimensión comunicacional de la salud: las políticas públicas y los tomadores de decisión; las instituciones gubernamentales; las organizaciones de la sociedad civil; las relaciones entre médicos y pacientes; eHealth; las campañas y los medios de comunicación; el periodismo; las redes sociales; las epidemias y la comunicación del riesgo, entre otros.

Está formada por seis secciones –Políticas públicas; Tecnologías de la Comunicación y de la Salud, eHealth; Relaciones médico paciente, Comunicación en la formación médica; Campañas; Discursos sociales y medios de comunicación; Miradas y Enfoques– que fueron armadas *a posteriori* de la lectura de los artículos y responden a ámbitos más tradicionales o bien ligados a las tecnologías en comunicación y salud ya que los artículos corresponden a producciones o ponencias presentadas en los Congresos de ALAIC de los años 2012, 2014, 2016 y 2018. Discutible como toda clasificación y atendiendo a la heterogeneidad del campo, cada artículo podría ser incluido en más de una sección.

Invitamos a diferentes lecturas teóricas, replanteos y reflexiones sobre el campo que nos permitan seguir encontrar vacíos de conocimiento, formular interrogantes, diseños

metofológicos e interpretativos, así como líneas de acción para consolidar un campo tan necesario y potente como es el campo Comunicación y Salud.

Monterrey – Buenos Aires, abril de 2020

## **I. POLÍTICAS PÚBLICAS**

## 1.1 Diabetes: comunicación, discriminación y dominación en mujeres rurales de Michoacán.<sup>1</sup>

Alberto Fariás Ochoa

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México  
farias.ellh@gmail.com

**Resumen.** El presente reporte de investigación indaga sobre las condiciones comunicativas y educativas de las mujeres de zonas rurales del Estado de Michoacán, México, respecto a la prevención y padecimiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. La investigación se orienta sobre el supuesto de que un alto porcentaje de mujeres residentes en comunidades rurales de Michoacán mayores de 40 años muestran incidencia de diabetes tipo 2, y la manera de informarse sobre el padecimiento ha sido a través de la consulta médica una vez detectada la prevalencia, así, se aprecia una modalidad de discriminación y dominio en el derecho a la salud. La metodología se desarrolla en tres etapas: 1) diagnóstico sobre la prevalencia y el nivel de conocimiento; 2) articulación de una comunidad de práctica y aprendizaje entre pares; y, 3) etapa de evaluación a través de un estudio etnográfico.

**Palabras clave:** mujeres rurales; discriminación; diabetes.

### Introducción

El presente capítulo expone la estructura y algunos resultados preliminares de una investigación que surge en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, la cual apunta a fortalecer dos de los ejes medulares del Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018, a través de las metas II “México Incluyente” y IV “México Próspero” (Gobierno de la República, 2013), esto en lo referente a la educación para la salud y el medio ambiente. De la misma manera, se alinea con los objetivos para el desarrollo sostenible establecidos por la UNESCO como el de salud y bienestar; igualdad de género; y reducción de las desigualdades, entre otros (UNESCO, 2016: Párr. 3). En el presente trabajo se presenta una alternativa para el estudio de la prevención de la diabetes mellitus tipo 2 en las zonas rurales del Estado de Michoacán, México, desde un enfoque interdisciplinario considerando la educación no formal entre pares como una estrategia fundamental para la comprensión de la salud como eje ambiental.

---

<sup>1</sup> Este artículo fue presentado y publicado en las Memorias del Grupo Temático 5 Comunicación y Salud del XIV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIC), San José-Costa Rica, 2018.

Adicionalmente, los trabajos de esta investigación pretenden abonar a los estudios del empoderamiento de grupos vulnerables, en lo referente a su participación en el desarrollo urbano y ambiental. Se hace énfasis en las condiciones de las mujeres latinoamericanas de zonas rurales y sus capacidades comunicativas, de enseñanza y de aprendizaje, sobre el padecimiento de la diabetes mellitus 2, capacidades que de ser optimizadas pueden representar una alternativa considerable para el combate del padecimiento de ésta y otras enfermedades crónicas degenerativas, las cuales por sus niveles de morbilidad y mortalidad son parte ya de una epidemia que impacta en los sectores más vulnerables de la población.

### **1.1.1 Objetivo central del estudio**

El objetivo general con el que partió el presente estudio es diagnosticar el nivel de conocimiento sobre la prevención y detección de la diabetes, e identificar los medios mediante los cuales se comunican y aprenden, en su caso, sobre el tema las mujeres mayores de 18 años en comunidades rurales del Estado de Michoacán. Todo lo anterior con la finalidad de integrar una estrategia educativa entre pares que permitiera abonar al control del padecimiento en las nuevas generaciones, posicionando la salud como un derecho humano y un elemento trascendental para el desarrollo urbano y ambiental.

En este orden de ideas, las preguntas centrales que orientan el trabajo de investigación son: ¿Qué criterios para la prevención y detección de la diabetes conocen las mujeres mayores de 18 años residentes en comunidades rurales de Michoacán y, en su caso, a través de qué práctica aprenden las condiciones de dicha enfermedad? Y ¿De qué manera los trabajos de comunicación y educación entre pares, a través de una comunidad de práctica orientada a la enseñanza sobre la prevención y detección de diabetes tipo 2 con mujeres de zonas rurales, puede contribuir al control de dicho padecimiento en este segmento poblacional altamente afectado?

Diferentes referentes apuntan hacia una relación entre la alta prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 en poblaciones rurales y/o indígenas del mundo, como ejemplo se tiene como el caso del profesor *Alex Brown*, con su trabajo *The impact of diabetes in indigenous people - putting an end to harm to harm* (Brown, 2013: 18,19) describe la alta vulnerabilidad de las comunidades indígenas en todo el mundo ante la prevalencia de la diabetes tipo 2, hace referencia de pueblos indígenas australianos que presentan un 30% de su población con el padecimiento de diabetes tipo 2. Además, señala casos de otras comunidades indígenas que han llegado a presentar el 50% de su población mayor a 50 años con prevalencia de diabetes tipo 2.

En su propio segmento de estudio, la doctora Marta Menjívar en sus reportes de investigación hace referencia a la Diabetes como principal causa de muerte en indígenas mexicanos, dichas afirmaciones son resultado de trabajos de campo, y de laboratorio, en los que se pone el énfasis en el aspecto genético y metabólico de la población indígena. Entre otras entregas, resalta el reporte de: *Evaluación molecular de dos diabetógenes (HNF-4a Y GCK) en una población indígena mexicana* (Menjívar et. al., 2011: 70), en el que se demuestra una alta frecuencia de la mutación del gen HNF-4a en la población Mazahua, por lo que se identifica la necesidad de estudios del fondo genético de dicho grupo étnico, y otros.

Beatriz Novak con Palloni *et. al.*, dan seguimiento a la prevalencia de la diabetes en la población mexicana, relacionada con el crecimiento de los índices de mortalidad y el deterioro de la calidad de vida adulta, así, en *Adult obesity, disease and longevity in Mexico* (2014: 522-530) se presenta un estudio sistémico de las condiciones de obesidad que inciden en el padecimiento de la diabetes tipo 2 en adultos mexicanos, en este proceso llegan a inferencias como la de la pérdida de 2 a 3 años de vida a la edad de 50 años en los sujetos que presentan características relacionadas.

A decir de Rosario Cárdenas, a través de documentos como los que expone en *El complejo y preocupante panorama de salud* (2012, 32-35), la mayoría de las defunciones ocurridas en México se deben a enfermedades no transmisibles, como el caso de la diabetes mellitus. Dicho panorama considera también la necesidad de algunos sectores de la población en su permanente exigencia del acceso efectivo a los servicios de salud, sectores reconocidos como vulnerables y, en su caso, objeto de discriminación.

El fenómeno de la prevalencia de diabetes tipo 2 en la población mexicana amerita la atención constante de académicos y autoridades debido a que, según los datos del Instituto Nacional de Salud Pública, de la Universidad Nacional Autónoma de México y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía la diabetes tipo 2 es la segunda causa de muerte en los mexicanos, y la primera en el segmento de 45 a 64 años.

La atención de diferentes estrategias para hacer frente a la morbilidad y mortalidad a causa de la diabetes tipo 2, cobra importancia prioritaria si se tienen en cuenta los siguientes datos: la incidencia del padecimiento oscila entre el 10 y 15 por ciento de la población; su prevalencia en el país aumentó 15 veces desde mediados del Siglo XX (UNAM, 2016: párr. 1); entre los años 1993 y 2015 la prevalencia de la diabetes tipo 2 en la población mexicana ha crecido de manera constante en 1.5% por año; y, en el año 2013 la diabetes fue la primera causa de muerte a nivel nacional (Secretaría de Salud, 2012: 15- 18).

Específicamente en el Estado de Michoacán se puede apreciar que el crecimiento de la prevalencia de la diabetes es igualmente crítico, como datos generales se tiene que en los últimos cinco años el crecimiento de la prevalencia se ha dado en 1% de manera constante en los registros 2011 y 2015, la tasa de morbilidad representa más del 10% del total de la población, además de que los sistemas de salud públicos, principalmente el Seguro Popular, reportan a la diabetes tipo 2 como el padecimiento con más crecimiento en su demanda de atención (INEGI, 2016). Aunado a lo anterior, se carece del dato específico que genere detalles sobre la prevalencia del padecimiento en zonas rurales, debido a que la concentración de pacientes se da en los grandes hospitales alojados en las ciudades principales.

Una vía mediante la cual el Estado Mexicano ha dado atención a la población en temas de salud pública han sido las campañas de promoción de la salud, las cuales principalmente se han enfocado a la planificación familiar, prevención de enfermedades de transmisión sexual, prevención de cáncer de mama y cervicouterino, y en los últimos años al cuidado cardiovascular. A pesar de que las alternativas de campañas se han desarrollado a través de diferentes medios y métodos de difusión, los resultados parecen no incidir de manera directa en el control de la prevalencia de los padecimientos, por lo menos no en el caso de las campañas de control cardiovascular relacionadas directamente con la diabetes tipo 2.

Otra vía de atención de padecimientos epidemiológicos en el nivel preventivo para la población mexicana, han sido los esfuerzos a través del sistema escolarizado en el que se han incorporado contenidos vigentes relacionados con la promoción de la salud, y sus amenazas en el Siglo XXI, así a través de su plan de estudios de la educación básica. Sin embargo, los resultados de la inserción de los contenidos para la prevención de la diabetes en el sistema de educación formal resultan difícil de medir en su eficacia, lo anterior debido a la cantidad de variables que el joven de la educación básica posteriormente incorpora a su estilo de vida. En el caso de la población con diabetes atendida a través del Seguro Popular en Michoacán, se tiene por ejemplo que un número importante de usuarios refieren contar solamente con educación básica, parcial o trunca.

### **1.1.2 Metodología planteada**

El planteamiento metodológico que desarrolla la presente investigación, se sustenta desde el enfoque cualitativo y con la inducción como método general para el seguimiento a las indagatorias centrales. La operación de la estrategia se diseñó para su aplicación en tres etapas: 1) diagnóstico sobre la prevalencia y el nivel de conocimiento en la población de

mujeres de las zonas rurales de Michoacán (diagnóstico cuantitativo); 2) articulación de una comunidad de práctica y aprendizaje entre pares con énfasis en la diabetes tipo 2; y, 3) etapa de evaluación y estimaciones, a través de un estudio etnográfico, de reproducción de la práctica de la enseñanza entre pares sobre la diabetes tipo 2.

Los resultados parciales de las etapas metodológicas que se comparten en el presente capítulo son la correspondiente a la etapa de diagnóstico sobre los saberes acerca de la diabetes tipo 2 y la correspondiente al diseño de la comunidad de práctica y aprendizaje entre mujeres mayores de 18 años residentes de zonas rurales de Michoacán.

El estudio diagnóstico comprendió 381 cuestionarios aplicados bajo una estrategia de muestreo de tipo aleatorio sistematizado, mediante la cual se distribuyó la cantidad proporcional de manera estratificada en 52 de los 113 municipios del estado de Michoacán. El cuestionario se aplicó a mujeres que presentaban las características del objetivo de investigación.

Por otro lado, la convocatoria, conformación y desarrollo de la comunidad de práctica y aprendizaje se dio bajo coordinación de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Se inició el trabajo en la localidad rural de Atécuaro Michoacán en donde se congregó una pequeña comunidad de práctica orientada al aprendizaje llamada “Aprender a enseñar la diabetes”, dicha comunidad integró de manera inicial a 20 participantes, sin embargo, pudo trabajar en continuidad solamente con 12 mujeres las cuales a la fecha de esta publicación siguen desarrollando las actividades programadas en la planeación.

### **1.1.3 Diagnóstico sobre saberes y referencias sobre la diabetes**

Referente a la etapa de diagnóstico sobre el conocimiento de la diabetes por parte de las mujeres mayores de edad de las comunidades rurales del estado de Michoacán seleccionadas, se tienen los siguientes datos:

El 97.1% de las mujeres participantes declaran saber que la diabetes es una enfermedad que se puede desarrollar en la vida adulta;

80.5% refiere conocer el caso de alguna persona a la que se la ha diagnosticado con diabetes;

81.3% relacionan la diabetes con la cantidad de azúcar, sin embargo, solamente un 13.6% saben explicar de manera general en qué consiste el padecimiento;

84.5% relaciona la diabetes con hábitos alimenticios, y el 51.9% considera que las mujeres son más propensas para padecerlo que los hombres;

68.2% manifiesta estar preocupada porque ella, o alguien de su familia, desarrolle el padecimiento; y,

Solamente el 11.0% manifiesta estar haciendo algo para la prevención de la diabetes, ya sea por diagnóstico, por recomendación o por preocupación personal.

En el segmento de diagnóstico relacionado con los canales de información y, en su caso, formación sobre el tema de la diabetes se destacan los siguientes resultados parciales que llaman la atención a esta investigación.

A pesar de que un 97% de las mujeres encuestadas reconocen la diabetes como una enfermedad a la que se encuentran predispuestas, solamente el 2.6% (10 participantes) recuerdan haber hablado del padecimiento en el espacio escolarizado sin poder identificar con precisión el tipo de instrucción o mención que recuerdan. Entre las opciones de primer contacto, o acercamiento, en el que recibieron información se encuentran las que se representan en la TABLA 1.

**Tabla 1. Opciones de acercamiento como primer contacto con el concepto de diabetes.**

OPCIÓN DE CONTACTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Escuela (Cualquier nivel)	10	2.6%
Centro Médico	102	26.7%
Familia	94	24.6%
Televisión	71	18.6%
Folletería (En espacio público)	46	12%
Otras	58	15%
<b>TOTAL</b>	<b>381</b>	<b>100%</b>

Adicional a este dato se tiene que algunos otros medios que se refirieron como opción para encontrar información por primera vez sobre el padecimiento, y marcado en la opción de respuesta “otras” fueron: en internet, en la radio y a través de un conocido.

A pesar de que en su mayoría las mujeres integrantes de la muestra se manifiestan en condiciones de vulnerabilidad respecto del padecimiento, muy pocas dan evidencia de conocer estrategias para su prevención y detección oportuna. En este apartado de recopilación, los reactivos fueron formateados para contestar “verdadero” o “falso” ante una serie de afirmaciones relacionadas. Algunos datos al respecto se presentan en la Tabla 2.

**Tabla 2. Evidencia del conocimiento para la prevención y detección oportuna del padecimiento.**

AFIRMACIÓN	VERDADERO	FALSO
Comer azúcar y dulce en exceso incrementa el riesgo de desarrollar diabetes.	97.6%	2.3%
La diabetes solamente se puede prevenir visitando al médico.	87.13%	12%
Hay diferentes tipos de diabetes	36.48%	63.5
Comer mucha grasa afecta para el corazón pero no para la diabetes.	63.5%	36.4
Hacer ejercicio ayuda para el corazón pero no para la diabetes	54.8%	45.14%
Hay mucha gente que padece diabetes tipo 2 en México	49.6%	50.3%

Llama la atención entre los datos presentados, la noción que tienen las mujeres participantes sobre la ingesta de grasas y el sedentarismo como problema para enfermedades cardiovasculares, pero no como una referencia plena para la afección en la prevalencia de la diabetes. De igual forma, otro dato llamativo es la incapacidad que se reconoce para prevenir la diabetes sin la ayuda del médico.

En el orden de ideas competentes a las opciones de atención del padecimiento, y sobre el conocimiento de los costos de tratamiento, los datos obtenidos apuntan también a un nivel preocupante de desconocimiento. Para la recopilación de esta información se brindaron opciones que se relacionaban con el saber de las participantes, y se tiene el siguiente reflejo de solamente algunos aspectos.

**Tabla 3. Conocimiento sobre atención y costos de tratamiento.**

En caso de padecimiento de diabetes ¿en dónde se atendería?	1 SEGURO POPULAR	2 IMSS	3 ISSSTE	4 MÉDICO PARTICULAR
	<b>51.9%</b>	<b>23.6%</b>	<b>14.1%</b>	<b>7.8%</b>
La atención y prevención de la diabetes es responsabilidad de:	1 INSTITUCIONES DE SALUD	2 INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN	3 CADA INDIVIDUO	5 OTRO
	<b>55.1%</b>	<b>23.6%</b>	<b>16%</b>	<b>5.2%</b>
Un tratamiento para el control de la diabetes de una persona en el sistema privado puede costar:	1 DE \$5000 A \$15000 AL AÑO	2 DE \$15000 A \$25000 AL AÑO	3 DE \$25000 A \$35000 AL AÑO	1 DE \$35000 O MÁS AL AÑO
	<b>26.7%</b>	<b>32.8%</b>	<b>28.8%</b>	<b>11.5%</b>
Un tratamiento para control de la diabetes en instituciones públicas lo paga:	1 AL GOBIERNO	2 AL ENFERMO QUE SE ATIENDE	3 AL HOSPITAL	5 A TODA LA CIUDADANÍA
	<b>32.2%</b>	<b>25.7%</b>	<b>24.9%</b>	<b>17%</b>

En este concentrado de referencias con costos y posibilidades de atención para la diabetes tipo 2, las mujeres residentes de zonas rurales de Michoacán muestran un desconocimiento sobre los costos verdaderos de la atención a la diabetes, el Seguro Popular sigue siendo la opción más presente a disposición y se señala al gobierno como principal responsable de la salud del ciudadano.

#### **1.1.4 La comunidad de práctica “aprender a enseñar la diabetes”**

Dentro del segmento de muestra aplicada en la Localidad de Atécuaro se hizo la invitación, a través de los representantes de tenencia y el párroco del pueblo, a participar en los trabajos de prevención de la diabetes enfocados a mujeres mayores de 18 años interesadas en el tema. El estímulo para incentivar la participación consistió en dotarles de material didáctico, material para el diagnóstico y supervisión de la diabetes en el hogar y la oferta de clases de cocina relacionadas con una dieta propicia para la salud preventiva.

Una vez conformada la comunidad se le dotó de un monitor, que tiene como objetivo dirigir las dinámicas y los objetivos de aprendizaje, sin embargo, se hizo énfasis en la necesidad de una participación constante en términos de comunicación horizontal y una dinámica

permanente del cuestionamiento de los saberes. La responsable de monitorear la actividad, una licenciada en nutrición de 34 años de edad y con destacadas habilidades de expresividad, canalizó desde el primer momento las empatías que permitieron dar continuidad a la dinámica de las 12 mujeres participantes.

Es pertinente mencionar que para este trabajo de investigación se considera a la comunidad de práctica desde el punto de vista de Wenger, como “[... ...] un conjunto de personas que comparten un interés en un dominio del conocimiento o de la actividad humana y que se comprometen en un proceso colectivo que crea vínculos fuertes entre ellos” (Wenger en Coll, 2008: 302)”. Como se aprecia en esta postura, se parte desde la noción de que las participantes conocen sobre el tema, sin embargo, interesa incentivar sus preocupaciones para canalizarlas en actividades de aprendizaje colectivo.

Al momento de la redacción del presente capítulo, la comunidad “Aprender a enseñar la diabetes” se encuentra en la etapa de planeación de los contenidos temáticos para orientar los intereses a desarrollar durante la dinámica de las sesiones; se ha consensado establecer sesiones semanales, evaluaciones periódicas en función de los objetivos cada tres meses y establecerse como un grupo abierto a todas las mujeres que cuenten con las características de ser mayores de 18 años y ser residentes de una localidad rural de Michoacán.

A pesar de que la comunidad lleva solamente un ciclo de trabajo, gracias al registro de las actividades se pueden ya anticipar las siguientes inferencias que surgen solamente de la observación y notas de campo, pero que permiten focalizar los aspectos relacionados con el objetivo de la investigación. Entre otras inferencias preliminares se tiene que: a) las participantes sí tienen interés por conocer aspectos relacionados con la salud preventiva; b) reconocen que muchos de los malos hábitos desarrollados se deben a la falta de información a la cual no tienen acceso; c) mujeres con diferentes niveles de conocimiento sobre el tema muestran la voluntad por participar activamente en la comunidad; y, d) las mujeres participantes dan muestra de habilidades para organizar actividades y para transmitir conocimientos sobre diferentes temas, principalmente los relacionados con la cocina.

### **1.1.5 Resultados preliminares sobre el seguimiento de la investigación**

Durante el seguimiento a las indagatorias de investigación en relación a las condiciones de diabetes y comunicación en México, se tiene que todavía es escasa la información que pueda dar evidencia de este tipo de temáticas en conjunto. Son pocas las investigaciones, en comparación con otras líneas de investigación, relacionadas con comunicación y salud, pero

todavía más escasas son aquellas que dan referencia de la condición de la población rural. Incluso en las instituciones de salud y de educación no se cuenta con el dato sistematizado para dar cuenta de las condiciones de este segmento poblacional, lo que genera preocupación debido a la centralización de los servicios de atención de la salud, los que a su vez fomentan discriminación a través de las estructuras del Estado sobre este segmento reconocido como altamente vulnerable.

La preocupación por la atención de la diabetes, considerada como un problema epidemiológico en México, se da tradicionalmente desde el área clínica de la salud, los estudios sociodemográficos y los estudios de salud pública, sin embargo, poco se ha discutido la diabetes desde el herramiental de la educación y la comunicación, y es que las aproximaciones desde lo educativo parecen limitarse a los contenidos de la educación básica en el espacio escolarizado, lo que de suyo excluye a todo aquel ciudadano que por diferentes causas no pertenece o abandonó desde muy temprano a dicho sistema como es el caso de todavía de muchas mujeres de las zonas rurales de México.

En los resultados de la etapa diagnóstica se da evidencia de que las mujeres integrantes de la muestra sí reconocen la diabetes como una amenaza latente para ellas y sus familias, sin embargo, también dan evidencia de la falta de información y contextualización del padecimiento. Como aspecto de indagatoria se apunta a la responsabilidad que las mujeres participantes en la muestra otorgan a las instituciones públicas, así como a los representantes del Ejecutivo por las condiciones de morbilidad y mortalidad del padecimiento, a su vez, se aprecia poca disposición para afrontar la atención de los tratamientos relacionados con cargo al propio gasto familiar.

El estudio de la diabetes desde las miradas interdisciplinarias es una necesidad que deberá de tomar forma desde las metodologías y epistemologías del aprendizaje y de la comunicación. En el caso específico de México y sus áreas rurales de atención a la población considerada como vulnerable, urge apropiar metodologías de implementación de programas no solamente paliativos o de características de atención en el primer nivel, sino, programas desarrollos para la intervención desde la temprana edad con agentes de la propia comunidad que permitan iniciar procesos de aprendizaje, los cuales puedan generar la apropiación de hábitos a favor de la prevención del padecimiento desde el hogar.

En términos de disposición de la información, de a poco se tendrá que incorporar el estudio de la diabetes como problema epidemiológico de México desde perspectivas sociales que abonen a la comprensión de su comportamiento. La disposición de los datos con diferentes niveles de detalle será un instrumental que los actores tomadores de decisiones tendrán que procurar para

propiciar los contrastes y análisis, lo que a su vez permitirá un eficiente seguimiento de la prevalencia en los diferentes segmentos poblacionales.

## REFERENCIAS

- Bustos, R., Barajas, A., López, G., Sánchez, E., Palomera, R., e Islas García, J. (2007). Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(3), 147-59.
- Cárdenas, R. (2012). El complejo y preocupante panorama de la salud. En *Los grandes problemas de México, Ordorica y Prud'homme* [Coord.]. Ciudad de México: El Colegio de México.
- Coll, C., y Monereo, F. (2008). *Psicología de la educación virtual: Aprender y enseñar con las tecnologías de la información y la comunicación*. Madrid: Morata.
- Gobierno de la República (2013). Plan Nacional de Desarrollo. México: Gobierno de la República.
- Gutierrez, R., Rodríguez, A., Canizales, S., Herrera, M., Granados, M. A., Montúfar, I., y Menjívar, M. (2011). LOC387761 polymorphism is associated with type 2 diabetes in the Mexican population. *Genetic testing and molecular biomarkers*, 15(1-2), 79-83.
- Lara, J. C., Ortiz, M. G., Peña, B. I., Montúfar, I., Peña, M. A., Sánchez, K., ... y Menjívar, M. (2015). Diabetes susceptibility in Mayas: evidence for the involvement of polymorphisms in HHEX, HNF4α, KCNJ11, PPARγ, CDKN2A/2B, SLC30A8, CDC123/CAMK1D, TCF7L2, ABCA1 and SLC16A11 genes. *Gene*, 565(1), 68-75.
- Millogo, G. R. C., Yaméogo, C., Samandoulougou, A., Yaméogo, N. V., Kologo, K. J., Toguyeni, J. Y., y Zabsonré, P. (2015). Diabète en milieu urbain de Ouagadougou au Burkina Faso: profil épidémiologique et niveau de perception de la population adulte. *The Pan African Medical Journal*, 20.
- Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

Pansier, B., y Schulz, P. J. (2015). School-based diabetes interventions and their outcomes: a systematic literature review. *Journal of public health research*, 4(1).

Secretaría de Salud (2012). Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia de la diabetes tipo 2. México DF: Secretarías de Salud.

UNESCO (2016). *La UNESCO y los objetivos de desarrollo sostenible*. UNESCO. Disponible en: <http://es.unesco.org/sdgs>

Villalobos A. (2014). Gasto por diabetes en el sistema público de salud en México. 2010-2030 (Tesis de doctorado). Ciudad de México: El Colegio de México.

## 1.2 Comunicación interna y promoción de salud en el personal de la red de salud de Tayacaja.<sup>2</sup>

**Miguel Ramón LLulluy**

Universidad Nacional del Centro del Perú  
Facultad de Ciencias de la Comunicación, Perú  
miki\_30\_ramon@hotmail.com

**Resumen.** Comunicación interna y promoción de salud en el personal de la Red de Salud de Tayacaja es un trabajo de investigación de tipo aplicada, enfoque cuantitativo, de nivel correlacional que plantea como objetivo determinar la relación existente entre la comunicación interna y promoción de salud en una muestra de 115 profesionales de salud distribuidos en seis Centros de Salud de la Red de Salud de Tayacaja, para ello se ha aplicado cuestionarios para medir ambas variables, cuya validez se sustentó en el juicio de seis expertos, además la validez de una prueba piloto a 30 trabajadores de salud, el mismo que fue validada con el coeficiente de correlación corregida de  $r$  de Pearson y la confiabilidad con el coeficiente interna de Alfa de Cronbach al 0,932 para comunicación interna y 0,914 para promoción de salud, la investigación concluye que existe relación directa entre la comunicación interna y la promoción de la salud en el personal de la Red de Salud de Tayacaja, además existe relación directa entre las dimensiones de comunicación interna y promoción de salud.

**Palabras clave:** comunicación interna; promoción; salud.

### Introducción

Entender que la promoción de la salud es un instrumento que está orientado a que los ciudadanos se preocupen por la prevención, control y cuidado de su salud de manera individual y de la población en su conjunto. Estos conceptos son parte de la Carta de Ottawa de 1986 y además propone áreas de acción como construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar acción comunitaria y reorientar los servicios de salud.

---

<sup>2</sup> Este artículo fue presentado y publicado en las Memorias del Grupo Temático 5 Comunicación y Salud del XIV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIC), San José-Costa Rica, 2018.

Nuestra población peruana tiene un concepto equivocado con respecto a la promoción de salud, muchos creen que es prevención de salud, por ello tenemos una población que tiene una cultura de la enfermedad antes de tener una cultura de promoción de salud, esto quiere decir que muchos pobladores de nuestro país y en especial en la provincia de Tayacaja de la región de Huancavelica, acuden a los establecimientos de salud cuando su estado está deteriorado. Son pocas las personas que estando en buen estado de salud acuden a los hospitales, centros de salud o puesto de salud a realizar su análisis respectivo.

Según Huidobro (2003), quien hace un recuento de la evolución y los ejes sobre promoción de salud en el Perú, en los últimos años se ha venido realizando esfuerzos de promoción de la salud en el país que responde a las necesidades de ir mejorando las condiciones de salud de la población. Para efectos didácticos, estas experiencias se han organizado a nivel de áreas de acción, teniendo como eje, las áreas de promoción de la salud delimitadas en la carta de Ottawa, observándose avances a nivel de la creación de entornos y ambientes saludables, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios de salud.

En el aspecto de la comunicación interna, debo manifestar que la comunicación es el instrumento principal a través del cual el hombre comunica a los demás sus ideas, pensamientos, necesidades, gustos, deseos y hasta sus caprichos, Mánica (2017).

La comunicación constituye un aspecto importante en el desarrollo de la persona humana, es una herramienta trascendental para la consecución de objetivos, metas y proyectos individuales y de manera colectiva. Nadie puede vivir incomunicado, aislado, todos los seres humanos tenemos la necesidad de relacionarnos de interactuar con otras personas y de formas grupos con la finalidad de vivir en comunidad. En el plano organizacional es imprescindible mantener informados a los trabajadores, y promover el desarrollo de las relaciones humanas para así optimizar las relaciones interpersonales en los distintos niveles en la estructura de la organización.

Es fundamental que en las organizaciones exista participación activa entre todos los miembros, a fin de intercambiar información, experiencias y procesos de mejorar el trabajo, además nos permite difundir las políticas y principios a los colaboradores que los conforman, sin embargo, en nuestro medio las organizaciones no han entendido la necesidad de la comunicación como una herramienta que le permita el logro de los objetivos organizacionales.

El presente estudio nace de la necesidad de conocer la práctica de la comunicación interna que se realiza en la Red de Salud de Tayacaja, al mismo tiempo conocer el grado de

identificación, información, integración e imagen que tienen el personal de salud de este establecimiento de salud.

Por eso, en el estudio se plantea como problema ¿Qué relación existe entre la comunicación interna y la promoción de la salud en el personal de la Red de Salud de Tayacaja?, investigación que toma como muestra a 115 profesionales de salud de un (total de 271) trabajadores de la Red de Salud de Tayacaja.

Se plantea como hipótesis que existe relación directa y significativa entre la comunicación interna y la promoción de la salud en el personal de la Red de Salud de Tayacaja, y se toma como dimensiones de análisis de la variable comunicación interna: identificación, integración, integración e imagen y las dimensiones de promoción de salud: autocuidado, ayuda mutua, organización – empoderamiento, mejoras a nivel de hogar, prácticas de estilos saludables y reorientación de los servicios.

El objetivo central de la investigación ha sido determinar la relación que existe entre la comunicación interna y la percepción de la promoción de salud del personal de salud de la Red de Salud de Tayacaja.

En tal sentido, la comunicación interna es fundamental para las organizaciones, así sostiene Andrade (2005), “es el conjunto de actividades efectuadas por la organización para la creación y mantenimiento de buenas relaciones con y entre sus miembros, a través del uso de diferentes medios de comunicación que los mantengan informados, integrados y motivados para contribuir con su trabajo al logro de objetivos organizacionales”.

Finalmente, el presente estudio está dividido en IV Capítulos. En el Capítulo I se desarrolla el planteamiento del estudio, es decir, la formulación del problema, objetivos, justificación, importancia y delimitación de la investigación. El Capítulo II se refiere al marco teórico, en la que se contempla los antecedentes (nacionales e internacionales), así también se considera las bases teóricas, la definición de términos básicos, hipótesis, variables y la operacionalización de las variables.

En el III Capítulo se aborda la metodología, en la que se hace referencia al tipo, nivel, método, enfoque, población, muestra y los instrumentos empleados, y por último el IV Capítulo se presentan los resultados de la investigación, en la que se exponen los cuadros estadísticos, contrastación de las hipótesis y discusión de los resultados.

## Material y Métodos

**Tipo:** Aplicada

**Nivel:** Descriptivo

**Método:** Descriptivo

**Diseño:** Descriptivo correlacional

Su esquema es el siguiente:

**Donde:**

$M \rightarrow 115$  trabajadores

$Ox \rightarrow$  Datos referentes a comunicación interna

$Oy \rightarrow$  Datos relacionados a promoción de salud

$r \rightarrow$  Relación

Por tanto:  $r_{xy}=0 \quad r_{xy} \neq 0$

## Población y muestra

### Población

La población a nivel de Centros de Salud de la Red de Salud de Tayacaja está compuesto por 271 profesionales de la salud, que incluyen médicos, enfermeros, técnicos en enfermería, odontólogos, técnicos informáticos, obstetras y otros profesionales, cuyas edades fluctúan entre 21 a 60 años de edad.

Esta población esta distribuida en 14 Centros de Salud que pertenecen a la Red de Salud de Tayacaja: Centro de Salud de Salcabamba (15), Centro de Salud de Quichuas (16), Centro de Salud de Tintaypunco (15), Centro de Salud de San Isidro de Acobamba (15), Centro de Salud de Daniel Hernández (30), Centro de Salud de Acraquia (19), Centro de Salud de Acostambo (18), Centro de Salud de Surcubamba (20), Centro de Salud de Huachocolpa (12), Centro de Salud de Pazos (33), Centro de Salud Huaribamba (17), Centro de Salud de Pichus (12), Centro de Salud de Andaymarca (11) y Centro de Salud Colcabamba (38).

### Muestra

Por criterio del investigador se ha seleccionado una muestra de 115 trabajadores que laboran en seis Centros de Salud. Los criterios que se han tenido en cuenta son los siguientes: Geográficos, tamaño, ubicación de centro laboral y sobre todo que los seis centros de salud son los más representativos. Adicionalmente debo mencionar que los C.S. Daniel Hernández,

C.S. de Acraquia y C.S. de Acostambo, se encuentran en zona urbana y los C.S. San Isidro de Acobamba, C.S. de Surcubamba y C.S. de Huachocolpa que están ubicados en zona rural.

### **Técnica de muestreo**

No probabilístico de acuerdo al criterio del investigador.

### **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **Técnicas:**

Para la recolección de datos de las variables se aplicó la técnica de la encuesta.

#### **Instrumentos:**

El instrumento utilizado fue un cuestionario de 42 reactivos para comunicación interna y un cuestionario de 31 reactivos para promoción de salud, el mismo que fue aplicado entre 15 de octubre al 10 de noviembre del 2017.

### **1.2.1 Presentación y análisis de los resultados análisis de la comunicación interna del personal**

**Tabla 1. Respuestas a los ítems de la comunicación interna del personal (n = 115).**

<b>Indicador / Item</b>	<b>Respuestas (%)</b>				
	<b>TD</b>	<b>ED</b>	<b>NA, ND</b>	<b>DA</b>	<b>TA</b>
<b>Identificación</b>					
Me siento miembro de mi organización, siento que pertenezco a ella	3,5	1,7	13,9	66,1	14,8
Me siento orgulloso de trabajar para mi organización		1,7	18,3	54,8	25,2
Deseo continuar siendo miembro de mi organización	1,7	2,6	14,8	64,3	16,5
El éxito de esta organización es mi éxito	1,7	1,7	25,2	56,5	14,8
Me siento identificado con promocionar la salud desde mi organización		1,7	12,2	69,6	16,5
Conozco y comparto la misión, la visión y los valores de mi organización	1,7	0,9	19,1	65,2	13,0
Me gusta la forma de ver y hacer las cosas dentro de mi organización		3,5	23,5	67,0	6,1
<b>Información</b>					
Le doy información a otros compañeros cuando lo		2,6	15,7	68,7	13,0

necesitan					
Le pido información a otros compañeros cuando la necesito		0,9	19,1	70,4	9,6
La mayoría de la información que me interesa la obtengo de mis compañeros de trabajo	1,7	3,5	28,7	60,9	5,2
Frecuentemente asisto a reuniones de trabajo para informarme de todas las actividades	1,7	9,6	27,8	54,8	6,1
La información que recibo es una comunicación formal (a través de documentos oficiales)	1,7	8,7	29,6	58,3	1,7
Recibo información de programas de comunicación y capacitación en promoción de salud	2,6	17,4	27,0	49,6	3,5
Recibo información a través de videos, documentales y folletería de promoción de salud	8,7	27,8	23,5	34,8	5,2
Me informo de todas las actividades a través del periódico mural, boletines y revistas	9,6	25,2	22,6	38,3	4,3
Recibo información de la forma correcta de realizar intervenciones	2,6	13,9	34,8	44,3	4,3
Los rumores, chismes y bola de noticias, “dimes y diretes” son modalidades comunes en mi organización	9,6	19,1	26,1	40,9	4,3
Me comunican a nivel interno a través de intranet (comunicación virtual)	6,1	21,7	31,3	36,5	4,3
Considero que la comunicación a través del correo electrónico en mi organización es efectiva	4,3	17,4	33,9	38,3	6,1
Existen impresos o manuales de protocolo de atención al usuario en mi organización		10,4	32,2	52,2	5,2
Existe buena comunicación con mis compañeros de trabajo que permite el desarrollo de buenas relaciones interpersonales	2,6	10,4	26,1	53,9	7,0
La información que recibo en mi organización es útil e importante para brindar un buen servicio a los usuarios		4,3	25,2	60,9	9,6
Recibo información sobre ofertas de capacitación por parte de mi organización en el desarrollo de habilidades de comunicación para el trabajo de promoción de la salud		17,4	31,3	45,2	6,1
Recibo información de trabajo en equipo	1,7	9,6	37,4	45,2	6,1
Considero que la comunicación interna se realiza en un marco de confianza	2,6	12,2	30,4	49,6	5,2
Recibo información de cómo podemos ser empáticos y asertivos con los pacientes	2,6	9,6	34,8	49,6	3,5
Recibo información en resolución de conflictos y negociación	2,6	17,4	46,1	31,3	2,6

Uso las tecnologías de información (redes sociales, internet, Facebook, y otros soportes) para mejorar la atención a los usuarios	6,1	13,0	32,2	43,5	5,2
<b>Integración</b>					
Hablo con algún compañero sobre aspectos laborales que puedan mejorar el funcionamiento de mi trabajo		5,2	30,4	54,8	9,6
Acudo a mis compañeros para que me ayuden en mis tareas cuando tengo excesiva carga de trabajo	2,6	11,3	37,4	44,3	4,3
Mis compañeros de trabajo acuden a mí para que les ayude en sus tareas cuando tienen excesiva carga de trabajo	1,7	6,1	38,3	48,7	5,2
Mis compañeros de trabajo siempre me están animando	5,2	12,2	25,2	51,3	6,1
Formo parte y estoy integrado en los procesos de promoción de la salud que desarrolla mi organización		4,3	35,7	53,9	6,1
Cuando los directivos de mi organización me informan algo, creo que lo que dicen es verdad	0,9	10,4	37,4	46,1	5,2
En mi organización tengo amplias oportunidades de opinar y dar mis sugerencias	1,7	8,7	38,3	42,6	8,7
En mi organización tengo amplias oportunidades de participar en las decisiones que se toman	3,5	7,8	31,3	53,0	4,3
Mis compañeros de trabajo están abiertos a las sugerencias que yo hago	2,6	10,4	27,8	53,9	5,2
<b>Imagen</b>					
Considero que los servicios que presta mi organización son importantes		3,5	19,1	67,8	9,5
Considero que el trabajo de promoción de la salud en mi organización es importante		1,7	20,0	63,5	14,8
Tengo una imagen positiva de mi organización		7,0	16,5	65,2	11,3
Considero que la imagen que tiene mi organización de cara a la opinión pública es favorable		6,1	27,8	58,3	7,8
Considero que el trabajo que realicé en favor de mis pacientes es reconocida positivamente		3,5	18,3	66,1	12,2

**Fuente: Base de datos.**

*TD: Totalmente en desacuerdo; ED: En desacuerdo; NA: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo; DA: De acuerdo; TA: Totalmente de acuerdo*

En la Tabla 1 se aprecia que la respuesta más frecuente a la mayoría de los ítems de la comunicación interna (41 ítems: 97,6%), salvo el ítem 27, es “de acuerdo”, fluctuando entre 34,8% (Recibo información a través de videos, documentales y folletería de promoción de salud) y 70,4% (Le pido información a otros compañeros cuando la necesito). La respuesta

“ni de acuerdo, ni en desacuerdo” oscila entre 12,2% (Me siento identificado con promocionar la salud desde mi organización) y 46,1% (Recibo información en resolución de conflictos y negociación); la respuesta “totalmente de acuerdo”, entre 1,7% (La información que recibo es una comunicación formal (a través de documentos oficiales)) y 25,2% (Me siento orgulloso de trabajar para mi organización); la respuesta “en desacuerdo”, entre 0,9% (ítems 6 y 9) y 27,8% (ítem 14). La respuesta “totalmente en desacuerdo” de 28 ítems fluctúa entre 0,9% (ítem 34) y 9,6% (ítems 15 y 17).

### 1.2.2 Análisis de la promoción de la salud del personal

En la tabla 3 se constata que la respuesta más frecuente a la mayoría de los ítems de la promoción de la salud (26 ítems: 83,9%), salvo los ítems 5, 10, 21, 23 y 29, es “a veces”, fluctuando entre 38,3% (familias con niños y niñas menores de 5 años cumplen con sus controles de CRED y vacunas completas según calendario) y 67,9% (Las familias son capaces de tomar otras medidas para asegurar que sus integrantes estén seguros). La respuesta “casi siempre” oscila entre 7,8% (Las familias realizan ejercicios corporales para mantenerse en forma) y 43,5% (Las familias reciben visitas domiciliarias del personal de salud); la respuesta “casi nunca”, entre 7,8% (Las familias con niños y niñas menores de 5 años cumplen con sus controles de CRED y vacunas completas según calendario) y 47% (Las familias realizan ejercicios corporales para mantenerse en forma). La respuesta “siempre” de 28 ítems fluctúa entre 0,9% (ítems 4, 13, 17 y 28) y 22,6% (ítem 29), y la respuesta “nunca” de 28 ítems, entre 0,9% (ítems 3, 8, 23, 25, 26, 27, 29 y 30) y 13% (ítem 20).

**Tabla 2. Respuestas a los ítems de la promoción de la salud del personal (n = 115)**

Indicador / Ítem	Respuestas (%)				
	NU	CN	AV	CS	SI
<b>Autocuidado</b>					
Las familias ponen en primer lugar su salud, antes que otras actividades	1,7	26,1	62,6	9,6	
Las familias buscan mejores formas de cuidar su salud		21,7	65,2	11,3	1,7
Las familias se mantienen limpias en el cuidado de salud	0,9	20,9	65,2	13,0	
Las familias se alimentan bien para cuidar su salud	1,7	25,2	63,5	8,7	0,9
Las familias realizan ejercicios corporales para mantenerse en forma	9,6	47,0	33,9	7,8	1,7
<b>Ayuda mutua</b>					

Las familias tienen muchos amigos a los que pueden recurrir si tienen problemas	3,5	26,1	53,9	16,5	
Las familias son capaces de tomar otras medidas para asegurar que sus integrantes estén seguros		19,1	67,0	12,2	1,7
Las familias son capaces de apoyarse económicamente por mantenerse con salud	0,9	23,5	61,7	12,2	1,7
<b>Organización y empoderamiento</b>					
Las familias tienen una noción de la familia saludable	2,6	14,8	54,8	25,2	2,6
Las familias reciben visitas domiciliarias del personal de salud		10,4	28,7	43,5	17,4
Las familias llevan un control de las visitas que realiza el personal de salud	2,6	14,8	50,4	20,9	11,3
Las familias elaboran y practican sus normas de convivencia familiar	2,6	23,5	58,3	13,9	1,7
<b>Mejoras a nivel de hogar</b>					
Los ambientes de la vivienda de las familias son limpios y ordenados	2,6	28,7	53,9	13,9	0,9
Las familias tienen viviendas con iluminación y ventilación adecuada	2,6	19,1	51,3	25,2	1,7
Las viviendas de las familias tienen espacios de aseo	4,3	13,9	59,1	20,9	1,7
Las viviendas de las familias cuentan con servicios higiénicos adecuados	4,3	27,0	47,8	19,1	1,7
Las viviendas de las familias cuentan con servicios de saneamiento y buen almacenamiento de agua	6,1	23,5	55,7	13,9	0,9
Las familias cuentan con micro rellenos sanitarios u otra medida de disposición final de desechos en forma adecuada	8,7	29,6	49,6	10,4	1,7
Las familias tienen cocina con chimenea o ventilación adecuada	2,6	22,6	55,7	16,5	2,6
Las familias cuentan con tachos adecuados para la eliminación de residuos sólidos (diferenciados orgánicos e inorgánicos)	13,0	29,6	46,1	8,7	2,6
<b>Prácticas de estilos saludable</b>					
Las gestantes acuden a sus controles prenatales	2,6	14,8	29,6	31,3	21,7
Las familias tienen prácticas en alimentación y nutrición saludables según etapas de vida	5,2	17,4	48,7	27,0	1,7
Las familias con integrantes adultos mayores concurren al control de atención integral	0,9	17,4	37,4	37,4	7,0
Las familias con integrantes adolescentes concurren al control de atención integral	3,5	14,8	40,9	36,5	4,3
Las familias con niños y niñas menores de 5 años cumplen con sus controles de CRED y vacunas	0,9	7,8	38,3	35,7	17,4

completas según calendario					
Los integrantes de la familia, se lavan las manos en los momentos claves (antes de comer y después de salir del baño)	0,9	20,0	55,7	21,7	1,7
Los integrantes de la familia, se lavan los dientes con la técnica adecuada por lo menos tres veces al día	0,9	25,2	59,1	12,2	2,6
<b>Reorientación de los servicios</b>					
Las viviendas de las familias cuentan con espacio adecuado y ordenado para el estudio	3,5	33,9	47,8	13,9	0,9
Las familias envían a sus hijos a la escuela	0,9	10,4	24,3	41,7	22,6
Los miembros de la familia participan de las actividades de la institución educativa (Escuela de padres, y otras actividades)	0,9	11,3	47,8	32,2	7,8
Las familias apoyan a sus hijos en las tareas educativas		13,0	67,0	17,4	2,6

Fuente: Base de datos.

NU: Nunca; CN: Casi nunca; AV: A veces; CS: Casi siempre; SI: Siempre

### 1.2.3 Análisis de la relación entre comunicación interna y promoción de la salud del personal

**Tabla 3. Coeficiente de correlación por rangos rho de Spearman entre la comunicación interna y la promoción de la salud del personal (n = 115).**

Comunicación interna	Promoción de la salud						Total
	AUT	AYU	ORG	MEJ	PRA	REO	
IDE	0,053	0,310**	0,396**	0,239* *	0,339**	0,212*	0,354**
INF	0,168*	0,171*	0,089	0,141	0,220**	0,157*	0,234**
INT	0,136	0,232**	0,174*	0,167*	0,262**	0,118	0,271**
IMA	0,158*	0,273**	0,257**	0,151	0,313**	0,189*	0,324**
Total	0,172*	0,235**	0,209*	0,188*	0,303**	0,189*	0,316**

Fuente: Base de datos

IDE: Identificación; INF: Información; INT: Integración; IMA: Imagen; AUT: Autocuidado; AYU: Ayuda mutua; ORG: Organización; MEJ: Mejoras a nivel de hogar; PRA: Prácticas de estilos saludables; REO: Reorientación de los servicios

(\*): Significativa al 5% (valor P < 0,05); (\*\*): Significativa al 1% (valor P < 0,01)

En la Tabla 3 se exhibe que el coeficiente de correlación por rangos rho de Spearman entre la comunicación interna y la promoción de la salud del personal de la Red de Salud de Tayacaja es de 0,316, el cual revela que la relación entre las variables es directa o positiva, baja (0,2 a 0,4) y altamente significativa (\*\*, valor  $P < 0,01$ ) (figura 3).

#### 1.2.4 Discusión

La problemática de la salud en el Perú es un problema endémico, puesto que los servicios de salud que ofrecen los hospitales, centros de salud o cualquier otro establecimiento de salud público no brindan una atención adecuada a los sufridos usuarios; este hecho se agudiza más aún en las zonas rurales o provincias alejadas a la capital de la región, por la falta de profesionales, vías de comunicación y acceso a la información.

Existen diversos estudios sobre comunicación y salud en diferentes países del mundo; sin embargo, el contexto y la realidad del Perú es distinto, por qué somos un país pluricultural, multiétnico que poseemos diferentes costumbres, manifestaciones y formas de entender las cosas, muestra de ello existe un sector de la población que no asiste a los establecimientos de salud por una cuestión cultural.

En la tabla 4 concerniente a la evaluación de la significación de la correlación entre la comunicación interna y promoción de salud se concluye al 95% de confianza estadística, que existe relación directa y significativa entre comunicación interna y promoción de salud en el personal de la Red de Salud de Tayacaja, de lo que podemos inferir que la comunicación interna es fundamental en el desarrollo organizacional. Estos resultados tienen alguna similitud con la investigación de Bustamante (2013) en su tesis Doctoral “Comunicación interna y promoción de salud, Caso en Madrid Salud. Confirma que la comunicación interna es clave en la formación de una nueva cultura sobre la salud en las organizaciones sanitarias y que por lo tanto el enfoque de comunicación interna debe llevar por esencia la promoción de la salud para lograr potenciar sus acciones en este sentido, además el estudio concluye que una estrategia de comunicación interna que busque potenciar el trabajo de promoción de la salud desde una organización. Finalmente, estos resultados quieren decir, si existe una buena práctica de comunicación interna, significa que la percepción de la promoción de salud en los trabajadores mejora sustancialmente.

La contrastación de la primera hipótesis secundaria consignada en la tabla 4 acepta la relación directa y significativa entre la comunicación interna y las dimensiones de la promoción de salud en la Red de Salud de Tayacaja, lo que nos permite inferir que la práctica de la

comunicación interna tiene relación directa con el autocuidado, ayuda mutua, organización – empoderamiento, mejoras a nivel de hogar, prácticas de estilo saludable y reorientación de los servicios. Estos resultados tienen alguna similitud con los estudios realizados por Beltrán (1998), que concluye que la comunicación para el desarrollo de la salud constituye una estrategia que, a través del mensaje, direcciona la acción tanto política e institucional como social, económica y cultural, en apoyo a la resolución de los problemas y la satisfacción de las necesidades de salud de las/os ciudadanos/as. Además, la comunicación aplicada a la promoción de la salud se define, también, como “el proceso de interacción social democrática, basado en el intercambio de símbolos, mediante el cual los seres humanos intercambian voluntariamente experiencias en condiciones de libre e igualitario acceso, diálogo y participación.

En lo concerniente a la evaluación de la significación de correlación entre promoción de salud y las dimensiones de la comunicación interna, al 95% de confianza estadística se acepta que existe relación directa y significativa entre la promoción de la salud y las dimensiones de la comunicación interna, de este resultado podemos inferir que la práctica de promoción de salud se relaciona con las dimensiones de identificación, integración, información e imagen; estos resultados tienen relación con los estudios de Medina (2012) sobre la comunicación interpersonal en el caso de hospitales europeos, resalta la motivación como uno de los objetivos centrales de la comunicación interna, para lo cual la comunicación interpersonal se presenta como herramienta más apropiada por su poder de establecer y desarrollar relaciones profesionales y humanas entre sus participantes. Textualmente el estudio sostiene “En el sector hospitalario, la motivación está relacionada con el deseo del personal médico y de enfermería de hacer bien su trabajo y así satisfacer plenamente al paciente – y a sus familiares-, lo cual a su vez está muy relacionado con el campo de la comunicación interpersonal, al ser ésta una herramienta que facilita el trabajo del personal hospitalario”.

Adicionalmente, se puede inferir que los profesionales de salud de Tayacaja, se identifican con los objetivos institucionales, mientras en su identificación con promoción de salud, aún se están redefiniendo los roles y funciones de los trabajadores en una nueva estructura organizacional, a pesar de ello muchos de los trabajadores actualmente participan en la implementación de la estrategia de promoción de salud, como la implementación de políticas públicas, desarrollo de entornos saludables y acciones comunitarias.

Es pertinente mencionar que se ha realizado entrevistas a los responsables de los Centros de Salud a fin de enriquecer la discusión y producto de ello son las afirmaciones que a continuación detallo.

Desde este estudio debemos plantear la necesidad de implementar estrategias de comunicación interna que deben contribuir directamente al fortalecimiento de las capacidades del personal de salud para las intervenciones de comunicación en salud en todos los establecimientos, puesto que están relacionadas y se complementan con las de promoción de salud, mientras la primera enfatiza más lo masivo; la de promoción enfatiza lo interpersonal de acuerdo a las actividades asignadas por escenarios.

Cabe mencionar que la ejecución de actividades de promoción de la salud, que tradicionalmente fueron el paradigma de intervención educativo comunicacional, ahora deben fortalecer los escenarios sociales como centro de intervenciones ya que esto representa el aspecto más importante del modelo de gestión de Promoción de Salud: la gestión territorial que aborda la salud, a través de la articulación intersectorial y la participación social.

Una de las debilidades que se pudo notar a través de las entrevistas a los responsables de comunicación de los centros de salud, es la designación de responsables de promoción de salud a trabajadores que no reúnen el perfil para desempeñar esas funciones, y existen debilidades en la programación de información de recursos logísticos financieros para la ejecución de actividades operativas en promoción de la salud, así como también se tiene carencias presupuestales y de funcionamiento.

Finalmente, la práctica adecuada de la comunicación interna en la Red de Salud de Tayacaja puede contribuir a la gestión del conocimiento y a la gestión del cambio, pilares impulsados también desde la promoción de salud en la gestión sanitaria.

### **1.2.5 Conclusiones**

-Existe relación directa y significativa al 95% de confianza estadística entre la comunicación interna y la promoción de la salud en el personal de la Red de Salud de Tayacaja, por lo que podemos inferir que, a mayor comunicación interna mayor práctica de la promoción de la salud en beneficio del éxito organizacional.

-Existe relación directa y significativa entre la comunicación interna y las dimensiones de la promoción de salud en el personal de la Red de Salud de Tayacaja, de lo que se desprende que la comunicación interna tiene relación directa con el autocuidado, ayuda mutua, organización–empoderamiento, mejoras a nivel de hogar, prácticas de estilo saludable y reorientación de los servicios.

-Existe relación directa y significativa entre la promoción de salud y las dimensiones de la comunicación interna en el personal de la Red de Salud de Tayacaja, lo que nos permite sostener que la promoción de salud está directamente relacionada con las dimensiones de identificación, información, integración e imagen.

-Existe relación directa y significativa entre las dimensiones de la comunicación interna y las dimensiones de promoción de salud en el personal de la Red de Salud de Tayacaja, de lo que inferimos que la identificación, información, integración e imagen del personal de salud, contribuyen a mejorar las dimensiones de autocuidado, ayuda mutua, organización – empoderamiento, mejoras a nivel de hogar, prácticas de estilo saludable y reorientación de los servicios.

## REFERENCIAS

- Alfaro, R. (2005). *La salud, un asunto público: experiencias universitarias de periodismo cívico*. Perú: Consorcio de Universidades de Lima.
- Almenara, J. (2005). *La comunicación organizacional*. En: Almenara, J. (coord). *Comunicación interna en la empresa*. Barcelona: Editorial UOC.
- Andrade, H. (2005). *Comunicación organizacional interna: proceso, disciplina y técnica*. España: Ediciones Netbiblo.
- Berceruelo, B. (2011). *Comunicación Interna en la Empresa: Claves y Desafíos*. España. Ediciones Wolters Kluwer.
- Bustamante, E. (2013). *La comunicación interna y la promoción de salud, Estudio de Caso en Madrid Salud*. Barcelona.
- Bustamante, G. (2007). *La comunicación interna en una organización escolar y sus implicancias en el proceso de gestión educativa*. Tesis de Maestría de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.
- Caballero, A. (2009). *Innovaciones en las guías metodológicas para los planes y tesis de maestría y doctorado*. Lima: Instituto Metodológico Alen Caro E.I.R.L.

Capriotti, P. (2009). *Brandig Corporativo*. Santiago de Chile, Colección Libros de la Empresa.

Carretón, C. (2007). *Las relaciones públicas en la comunicación interna de la Banca española*. España.

Cervera, Á. (2008). *Comunicación total*. España: ESIC.

Cléries, X. (2007). La comunicación, clave en la formación médica. *Diario Médico* (17).

Costa C. (2011). *La comunicación en el hospital: La gestión de la comunicación en el ámbito sanitario*. Sevilla, España: Comunicación Social, Ediciones y Publicaciones.

Chiavenato, I. (2009). *Administración de Recursos Humanos*. México: McGraw Hill.

Fernández, C. (2005). *La comunicación en las organizaciones*. México: Trillas.

Fernández del M, J. (1983). *Modelos de comunicación científica para una Información periodística especializada*. España: Editorial Dossat, S.A.

Flórez, J. (2006). Las habilidades de comunicación del médico en la praxis clínica actual. *Diario médico* (16).

Gonzalo, A. (2005). *Teoría general de la información*. España: Editorial Cátedra.

Hernández, R. y otros (2014). *Metodología de la investigación*. 6<sup>a</sup> Edición. México: Mc Graw Hill.

Huidobro, E. (2003). Políticas de promoción de salud en el Perú: Retos y perspectivas. *Cuaderno de Trabajo* (4). Lima, Perú: Forosalud.

Lalonde, M. (1974). *Informe Lalonde*. Fue publicado por el Gobierno de Canadá y el Ministerio de Salud y Bienestar Nacional de Canadá.

Lingán, J. (2003). *Implicaciones conceptuales y metodológicas de la comunicación estratégica en la gestión de la imagen corporativa interna de los servicios sanitarios. El caso del hospital Valle del Hebrón* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona.

Mánica, C. (2017). *Comunicación Corporativa*. México: Trillas.

Medina, P. (2012). *La comunicación interpersonal como fuente de motivación del personal hospitalario. El caso europeo*. En: Cuesta, U; Gaspar, S y Ugarte, A (Coord). *Comunicación y salud, estrategias y experiencias en prevención, promoción y educación para la salud*. Madrid: Fragua.

## **AGRADECIMIENTOS**

A todas las personas que colaboraron en el desarrollo de este trabajo. Asimismo, a mi esposa Rosario Sánchez y a mis dos tesoros Italo y Miguel Alessandro.

### **1.3. La implementación del test de VPH en la Argentina: impresiones de la primera campaña de comunicación de bien público.<sup>3</sup>**

**Milca Cuberli**

Instituto Nacional del Cáncer (INC), Universidad de Buenos Aires (UBA) y Universidad Nacional de Hurlingham (UNAHUR), Argentina  
milca.cuberli@gmail.com

**Silvina Arrossi**

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Argentina  
silviarrossi2020@gmail.com

**Resumen.** En el año 2011 en la Argentina se comenzó a desarrollar una Estrategia Integral para la prevención del cáncer de cuello de útero, contexto en el que el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC) implementa el test de VPH como método de tamizaje primario en mujeres de 30 años y más. Se presentan hallazgos acerca de las opiniones por parte de las mujeres destinatarias de la primera campaña de comunicación desarrollada para difundir la existencia de la prueba en el sistema público de salud. Como conclusión podemos aseverar que las mujeres prefieren mensajes cortos y directivos que anuncien la existencia del test de VPH. Al no tener conocimientos previos acerca del cáncer cervicouterino, ni niveles altos de lectocomprepción, se sugiere que información relacionada al significado de los resultados puedan acompañarse de estrategias de comunicación interpersonal entre el equipo de salud y las mujeres.

**Palabras clave:** neoplasias del cuello uterino; comunicación y salud; promoción de la salud.

#### **Introducción**

---

<sup>3</sup> Este artículo fue presentado y publicado en las Memorias del Grupo Temático 5 Comunicación y Salud del XIV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIC), San José-Costa Rica, 2018 y en Petracci M y Rodríguez Zoya P. 2017. *Comunicación y Salud: La investigación en el proceso de las políticas públicas*. Buenos Aires: TESEO.

En el año 2011 en Argentina con el propósito de reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello de útero, se implementó la estrategia integral para la prevención del cáncer de cuello de útero. En este contexto, el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (CC) dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, inició la implementación del Test de VPH (virus de papiloma humano) en el país<sup>4</sup>. Acompañando los objetivos programáticos, se desarrolló una campaña de comunicación acerca de la existencia de la prueba, teniendo como principales destinarias a mujeres de 30 años en adelante. Compuesta por diversos soportes de comunicación como radio, televisión y gráfica, tuvo como propósito sensibilizar acerca de la prevención del cáncer de cuello de útero e instalar en el espacio público y sanitario, la existencia del test de VPH para que las mujeres se acercaran a los servicios de salud y se realizaran el tamizaje mediante la nueva tecnología.

Pueden definirse a las campañas públicas como enunciados comunicacionales con determinado contenido temático, estilo, lenguaje, composición y estructuración en una cadena de sentidos que regulan efectos en las prácticas y representación sociales (Suarez, 2007). Díaz Bordenave (1992) sostiene que la campaña de difusión es un proceso concentrado de persuasión, direccionado a determinado sector de la población con el propósito de que incorporen ideas y/o comportamientos esperados. Sin embargo, estos propósitos no son causales, en el sentido de que la sola implementación de una estrategia de comunicación, no garantiza el cumplimiento de sus objetivos, ya que operan diferentes factores que pueden influir a favor -o no- de los mismos.

Para la elaboración de los contenidos a difundir en los diferentes soportes que integraron la campaña Test de VPH, se realizó una búsqueda bibliográfica que analizó conocimientos y actitudes que tienen las mujeres sobre el VPH, el impacto psicológico y social que puede presentarse ante un resultado positivo de la presencia del test de VPH y las demandas informacionales de las mujeres entre otros. De esta manera se obtuvo como resultados que el conocimiento público sobre la infección era precario, produciéndose confusiones con otros virus de transmisión sexual (Pitts; Clarke, 2002). Respecto a las consecuencias sociales y psicológicas que pueden tener las mujeres ante la entrega de un resultado positivo por el test de VPH, diferentes estudios presentaron como reacciones posibles y comunes: ansiedad, enojo, miedo al cáncer, preocupación por la pérdida de las funciones reproductivas, miedo a la discriminación y al rechazo por parte de la pareja sexual, familiares y amigos y preocupación por la infidelidad como un factor de contagio, entre otros (Anhangn et. al, 2004; Sharpe et. al, 2004, Kahn et al., 2005; Perrin et. al, 2006; McCaffery et. al, 2006; Fernández et. al, 2009 y Sousa, et al., 2008). Respecto a las demandas informacionales por parte de las mujeres, pudo

<sup>4</sup> Proceso que se dio a través del “Proyecto Demostración para la Introducción de la prueba de VPH como tamizaje primario en la Argentina en la provincia de Jujuy” (Boletín Oficial, 2011)

conocerse su sobreestimación del riesgo de contraer cáncer, inquietud con respecto a los resultados del tamizaje y preocupación por ser el virus una infección de transmisión sexual (Anhang, 2003).

Posteriormente a esta revisión<sup>5</sup> se consensuaron y establecieron como mensajes clave respecto al VPH a difundir en los materiales de la campaña: que es un virus muy común, que la mayoría de las personas lo tuvo o tendrá en su vidas, que el cáncer de cuello de útero puede prevenirse y como mensaje principal que tener una infección por VPH, no significa tener cáncer.

## Objetivos

Analizar la recepción de la campaña de implementación del TEST de VPH (Virus de Papiloma Humano) en la provincia de Jujuy a partir de describir las opiniones y percepciones de las mujeres acerca de la campaña “TEST de VPH” en relación a su contenido, lenguaje, estructura e imágenes.

### 1.3.1 Enfoque y/o metodología de abordaje

#### Materiales y métodos

La campaña estuvo compuesta por un set de piezas gráficas y audiovisuales que consideró la posibilidad de construir una estética en su comunicación visual que corresponda a ciertas características que serían propias de la provincia de Jujuy y las mujeres que la habitan. Por ejemplo, se eligió una mujer como modelo de la campaña que intentó ser representativa del estereotipo de una habitante de la provincia, una guarda de colores “tierra” (rojo, anaranjado, amarillo en sus diferentes variantes) que simula un “aguayo jujeño”<sup>6</sup> y el color de fondo violeta utilizado por el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino (PNPCC) que representa la lucha feminista a nivel internacional. El diseño de la campaña comenzó en el año 2011 y su

<sup>5</sup> Se revisaron, además, en el proceso de construcción de mensajes y soportes, materiales de comunicación (piezas gráficas específicamente) de otros países como Estados Unidos y Perú acerca de la promoción de la vacuna y hojas informativas y guías técnicas elaboradas por organismos y organizaciones no gubernamentales internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa para una Tecnología Adecuada en Salud (PATH), Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y la Organización Mundial para la Salud (OMS), entre otros. Cabe aclarar que los materiales no se usaron para realizar la campaña diseñada para Jujuy ya que no se encontró correspondencia a nivel estético ni de contenido con la identidad y propósitos de la estrategia de comunicación que proyecta el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino.

<sup>6</sup> Prenda textil de tamaño rectangular (a rayas, de colores contrastantes y muy coloridos) que se utiliza en países como Perú, Bolivia y Argentina.

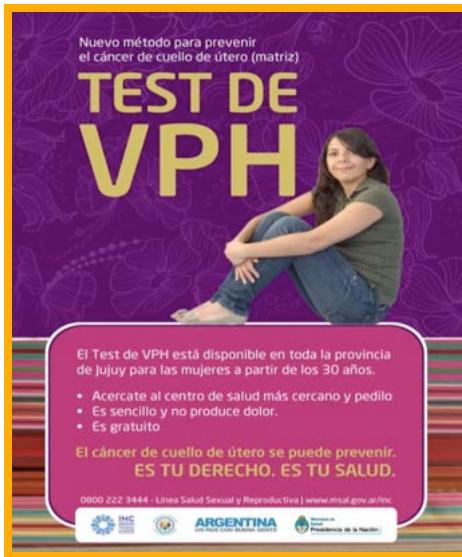
implementación se desarrolló durante el año 2012. Las piezas gráficas que compusieron la campaña fueron:

- a) un afiche sobre el VPH (características de la manifestación del virus) y la relación del VPH con el cáncer de cuello de útero (Figura 1).



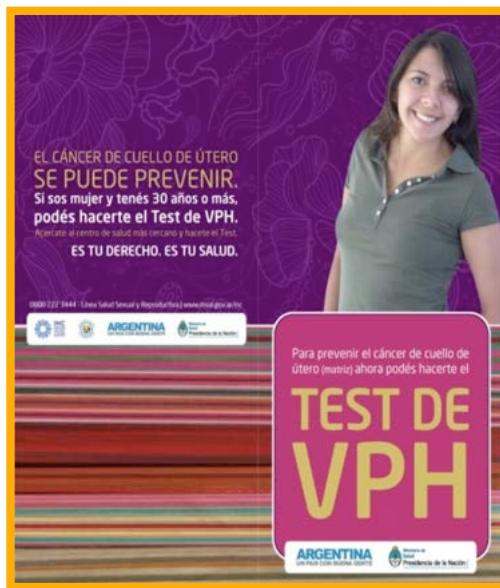
**Figura 1. Afiche informativo sobre el VPH.**

- b) Una aficheta que informaba acerca de la existencia de la prueba en la provincia y a sus destinatarias, su gratuidad y las instituciones donde realizarlo (centro de salud) (Figura 2).



**Figura 2. Aficheta sobre la disponibilidad del Test de VPH.**

- c) Un díptico que contenía información acerca del cáncer de cuello de útero, el test de VPH y el significado de los resultados del test de VPH y del PAP (Figura 3).



**Figura 3 Díptico sobre el VPH (características del virus) y el test de VPH (función, procedimiento y significado de los resultados).**

- d) Un flyer que da cuenta del significado de los resultados posibles en relación al PAP y al test de VPH y conocimientos básicos acerca del VPH (Figura 4).



**Figura 4. Información sobre el significado de resultados (PAP y Test de VPH).**

Todos estos materiales<sup>7</sup> tuvieron como lugares de distribución y exposición a hospitales y centros de salud principalmente. Completaron la campaña, un spot televisivo que informaba que en la provincia de Jujuy estaba disponible el test de VPH en el sistema de salud público y quienes eran las destinatarias. Además de un spot radial<sup>8</sup> con el mismo contenido acompañado de un segmento de música característica jujeña (melodía utilizando instrumentos de viento) (Figura 5).



**Figura 5. Spot televisivo sobre la disponibilidad del Test de VPH en la provincia.**

<sup>7</sup> Todos los materiales (gráficos y audiovisuales) finalizaban con un slogan que informaba la gratuidad de la prueba, su disponibilidad en los centros de salud de Jujuy, un teléfono de consulta gratuita y una página web a la que remitirse, además de los isólogos institucionales.

<sup>8</sup> Por razones de limitación del formato gráfico en el que se dinamiza la revista, no es posible adjuntar el material audiovisual y televisivo.

## Características del estudio

El estudio de características exploratorio y descriptivo se desarrolló en el año 2014 a través de un enfoque cualitativo. Se implementaron como técnica de relevamiento, grupos focales. El muestreo fue intencional, no se buscó representatividad estadística. Para la realización de los grupos focales (GF), se consideraron a mujeres de 30 años y más de la provincia de Jujuy que utilicen o hayan utilizado el sistema público de salud durante los últimos tres años. Participaron en total 25 mujeres<sup>9</sup>. Se programaron cuotas de variabilidad que reflejaron dos grupos de mujeres: 1) jóvenes (30-45 años) y 2) mujeres adultas (46-60 años). Las mujeres participantes de los grupos focales fueron en su mayoría mujeres de 30-45 años. En relación a su nivel educativo, el 40% tenía completa la escuela primaria e incompleto el nivel secundario.

El estudio realizado se enmarca en estudios de evaluación de piezas comunicacionales que se ubican en una perspectiva cognitivista (Cole, 1979; Griffin, *et al.*, 2000; Mant, 1998), donde se explora la univocidad y legibilidad de los materiales para que los usuarios del sistema de salud además de entender los contenidos, puedan interiorizarlos con miras a la producción de acciones en el marco de las prácticas de salud propuestas.

### 1.3.2 Principales resultados

La mujer/modelo fue aceptada con un gran consenso por parte de las mujeres participantes de los grupos focales, sintiéndose representadas. Les gustó que fuera una mujer “sencilla” (GF3) y que se alejara del estereotipo más acentuado de la persona jujeña ligada a un integrante de los pueblos originarios exclusivamente. En relación a la estética, aprobaron la tipografía, así como su diseño. Opinaron de forma satisfactoria acerca de los colores de las letras, por ser “vivos y alegres” (GF 3).

A continuación, se analizará de forma individual cada pieza comunicacional:  
Respecto al afiche (Figura 1), su contenido fue calificado como complejo. Algunas mujeres lo denominaron como poco claro y “confuso” (GF2). Respecto a la primera oración se asoció al VPH con una manifestación visible y exterior al cuello del útero, en el sentido que podía localizarse en los órganos sexuales externos de las personas. Respecto al significado del término “alto riesgo” usado para identificar cierto grupo de VPHs oncocáncer, las mujeres le

<sup>9</sup> Dos agentes sanitarios de sexo femenino de cada una de las localidades seleccionadas se encargaron de reclutarlas. Se realizaron cuatro grupos focales en dos localidades de la provincia, una urbana: Libertador General San Martín y otra rural, Humahuaca.

otorgaron una connotación negativa ligada al peligro: “VPH de alto riesgo. Que ya está la enfermedad» (GF2). Las mujeres no establecieron diferencia entre la infección que produce el virus y el desarrollo del cáncer de cuello de útero. Otro término que tuvo una recepción confusa en cuánto a su sentido fue el de “lesiones”, en referencia a las anomalías que se producen en las células: “Provocar lesiones, digo yo, entiendo yo que ya tendría dolor, como dice la señora, a lo mejor algún olor en la orina o también algunas manchas en el cuerpo” (GF2).

Respecto a la aficheta “Test de VPH” (Figura 2) cuyo propósito era anunciar la existencia de la nueva tecnología en los servicios de salud, la información fue entendida por todas las participantes con características de un mensaje directivo, orientador, pero a la vez prescriptivo: quién se lo podía hacer/ adónde y qué. Además, las mujeres recalcaron positivamente el aspecto relativo a considerar a la salud como un derecho. El material tuvo un importante nivel de aceptación, dado que fue comprendido en una primera lectura, no evidenciándose desde la observación hacia los grupos, ni desde la palabra explícita, indisposición alguna. La información fue calificada como “buena y clara”, además de interpelar e invitar a realizarse la prueba a toda aquella mujer que tuviera una predisposición al cuidado. Esto último fue resaltado en los diferentes GF, respecto a poder identificar por qué había ciertas mujeres que atendían su salud y otras no. En ese sentido, a veces la voluntad o a veces algo inherente al carácter de la mujer surgían como “protectores” de la promoción del cuidado y la atención.

Respecto al tríptico “Test de VPH” (Figura 3) y el flyer “Me hice el Test de VPH ¿y ahora?”, (Figura 4), les pareció un material completo, “un resumen” de todo lo referente al cáncer de cuello de útero. Si bien no hubo críticas respecto a la cantidad de palabras del material (por ser numerosas), llevó un tiempo considerable su lectura, intercambio y entendimiento. El flyer causó en una primera lectura confusión en cuánto el significado de los resultados porque daba cuenta de dos pruebas diferentes (Test de VPH y PAP). Excepto una mujer en uno de los grupos focales había participado en un proyecto de investigación en el que se ofreció la autotoma del test de VPH<sup>10</sup> en forma domiciliar, el resto desconocía la prueba del Test de VPH. Sin embargo, sin saberlo, se lo habían realizado ya que el test se implementa en la provincia desde el año 2011 bajo la modalidad de la “doble toma”<sup>11</sup>. Incluso dos mujeres referenciaron que se habían hecho el PAP en el “camión de la mujer” (móvil ambulante de

<sup>10</sup> Es una de las posibilidades que ofrece el Test de VPH, que la mujer pueda hacerse ella misma la prueba.

<sup>11</sup> Desde el año 2011, tanto en Jujuy como en las provincias argentinas donde actualmente se ofrece como método de tamizaje el test de VPH en el sistema público de salud, la mujer se hace al mismo tiempo el test de VPH y el Pap. Si el resultado del test de VPH da +, se hace una lectura del Pap para saber si el virus ha desarrollado una infección y si esa infección ha causado lesiones y de qué tipo en el cuello del útero de la mujer.

asistencia) y que luego cuándo les dieron el resultado les habían hecho el “VIH” también (refiriéndose al test de VIH) (en alusión a los resultados del test de VPH).

El spot radial y el televisivo (figura 5), fueron soportes y canales que las mujeres reconocieron no haber visto. Les gustó la música y estética de ambos, acordes con la identidad visual de las piezas gráficas que ya habían tenido su aprobación. Identificaron el mensaje como corto, claro, que invita e interpela.

### 1.3.3 Reflexiones y conclusiones

La mayoría de las participantes (60%) tenía el nivel secundario incompleto, cuestión que puede relacionarse con su falta de información acerca del CC: desconocimiento sobre el VPH en sí mismo y características como el tipo de infección y manifestación que desarrolla. Esto puede relacionarse con evidencia que sostiene que existe una proporción directa con el grado de desconocimiento que tienen las mujeres y sus familiares y la alta incidencia del cáncer cervicouterino (Llanes Castillo, 2011), configurándose la baja escolaridad (Griffin, et. al. 2000) como un factor de riesgo del cáncer cervicouterino (Corral et. al., 1996; Stark, et. al, 2008).

Exclusivamente en referencia al análisis de los materiales gráficos y audiovisuales que componen la campaña Test de VPH, cuestiones referentes a la estética y la atracción, redituaron en aceptación con algunas salvedades. Las dificultades mayores surgieron en torno a algunas piezas, respecto al contenido proyectado y el entendimiento del mismo por parte de las mujeres: resultando complejo, confuso y en dos de los materiales contradictorios (afiche, díptico). Fueron comprendidos en su totalidad, los mensajes que constaban en el formato radial y televisivo y parte del gráfico (aficheta). Estos materiales y sus contenidos fueron recibidos positivamente, otorgándoles características inductivas: que (existencia del test de VPH), para qué (previene el cáncer de cuello de útero), para quién (destinado a mujeres a partir de los 30 años), adónde (centro de salud).

La campaña “Test de VPH” llevada a cabo en Argentina, más precisamente en Jujuy, no tuvo un testeo previo de sus piezas comunicacionales. Tal vez si se hubiera realizado como sugiere la bibliografía (UNICEF, 2003; Chaile, 2012; Cevallos, 2008; Cabero y Duarte, 1999) habría habido una mayor comprensión al redactar contenidos exclusivamente destinados a las mujeres jujeñas usuarias del sistema público de salud. Los hallazgos de la investigación demuestran que se debieran haber explorado previamente al diseño de la misma, los conocimientos y demandas informacionales de las mujeres acerca del cáncer de cuello de útero -y específicamente del VPH. Ejemplo de ello es el contenido del afiche y del díptico,

que no posibilitó la comprensión del contenido por parte de las participantes, y generó confusión, ya que se puso en juego y en detalle información que de primera mano las participantes no tenían, como el término “alto riesgo”.

Para la comprensión del mensaje, el lector debe tener destrezas que le permitan percibir las diferentes organizaciones del texto que el enunciador utilizó como: la capacidad de identificar ideas principales, secuencia, contrastes, comparaciones y de seguimiento de indicaciones. Las destrezas deductivas remiten a la habilidad para alcanzar significados que no están manifiestos en el texto, pero que son necesarios para la comprensión total. La elaboración de inferencias como extracción de conclusiones, suponen el uso de conocimientos previos por parte del receptor para comprender en forma total el mensaje que se les está comunicando (Lampe, 1987).

A partir del análisis de la campaña, los materiales fueron modificados en el año 2015, simplificándose respecto a la cantidad de información, priorizando comunicar en primer lugar la novedad y disponibilidad del test de VPH y no tanto información acerca de las características del virus o respecto al cáncer de cuello de útero. Se tomó como ejemplo para el desarrollo de contenidos, el enunciado en la aficheta (Figura 2), de tipo directivo y que fue comprendido por todas las mujeres donde se les informa acerca de la nueva tecnología, para quiénes está destinada y dónde pueden demandarla.

La forma en que funciona el Test de VPH, el significado de los resultados, la relación causal del VPH con el cáncer de cuello de útero, así como la historia natural de la enfermedad requieren de otras estrategias de comunicación como talleres y consejerías que permitan un diálogo, intercambio verbal y que permitan explorar conocimientos previos y características de la comprensión de los contenidos por parte de las mujeres. Dado que el test de VPH es una tecnología nueva y que es posible que las mujeres no lo conozcan pero que además no tengan conocimientos previos acerca del VPH, es necesario fortalecer al equipo de salud (agentes sanitarios, médicos, enfermeros) en un rol de traductores de la información, para que puedan mediar entre el contenido que ofrecen las piezas sobre todo gráficas de comunicación y las necesidades comunicacionales de las mujeres.

## REFERENCIAS

Anhang, R., Wright, T. C., Smock, I., y Goldie, S.J. (2004). Women's desired information about human papillomavirus. *Cancer*, 100 (2): 315-20.

Anhang, R., Stryker, J., Wright, T., y Goldie, S. (2004). News Media Coverage of Human Papillomavirus. *Cancer*, 100(2), 308-314.

Cabrero, J. y Duarte A. (1999) Evaluación de medios y materiales de enseñanza en soporte multimedia. *Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación*, 13, 23-45.

Cevallos, M del C. (2008). Investigación de la comunicación para la salud: un reto pendiente. Ponencia presentada al Primer Diálogo Académico: Miradas desde las Ciencias Sociales a la Salud Pública. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Científica del Ecuador

Chaile, O. M. (abril de 2012). Proceso de validación de materiales multimedia para la enseñanza. La recurrencia a la Investigación-Acción. *Revista Contemporánea Educación y Tecnología. Revista Contemporánea de Educación y Tecnología*, 1(2). Universidad Nacional de Salta, Argentina.

Cole, R. (1979). The understanding of medical terminology used in printed health education materials. *Health Education Journal*.

Corral F., Cueva P., Yepez, J., y Montes E. (1996). La baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer de cuello de útero". *Bol Oficina Sanitaria Panamá*, 121(6). <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/155a65122fb67aa8>.

Díaz Bordenave, J. (1992) La campaña como intervención social. *Revista chasqui*, 41. Quito, Ecuador.

Fernández, M., Mccurdy, S., Arvey, S., Tyson, S., Morales-Campos, D., Flores, B., Useche, B., Mitchell-Bennett, I. y Sanderson, M. (2009). VPH knowledge, attitudes, and cultural beliefs among hispanic men and women living on the Texas-Mexico border. *Ethn Health*.

Griffin, J.P. y Griffin, J.R. (1996). Informing the patient. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 30(2), 107-111.

Kahn, J., Slap, G., Bernstein, D., Kollar, L., Tissot, A., Hillard, P., y Rosenthal, S. (2005). Psychological, Behavioral and Interpersonal Impact of Human Papillomavirus and Pap Test Results. *Journal of women health*, 14 (7): 650-659.

Lampe, A. (1987). La comprensión de la lectura: una variable cognoscitiva esencial en el aprendizaje a distancia.

Llanes, A., Fermán, I., Barrientos, C. y Lin, D. (2011). El cáncer cérvico uterino, enemigo número uno de la salud de la mujer. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 1(3). <http://cienciasdelasaluduv.com/revistas/index.php/mss/article/view/31>.

Mant, J., Carter, K. y Wade, D.T. (1998). The impact of an information pack on patients with stroke and their carers: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 12(6): 465-476.

McCaffery, K., Waller, J., Nazroo, J., Wardle, J. (2006). Social and psychological impact of HPV testing in cervical screening: a qualitative study. *Sex Transm Infect*, 82(2), 169-74.

Perrin, M., Daley, E., Naoom, S., Packing-Ebuen, R., Rayko, H., McFarlane, M. Y McDermott, R. (2006). Womens Reactions to HPV Diagnosis: Insights from In-Depth Interviews. *Women & Health*, 43(2), 93-110.

Pitts. M., y Clarke. T. (2002). Human papillomavirus infections and risks of cervical cancer: what do women know? *Health Education Research. Theory & Practice*, 17(6), 706-714.

Sharpe, P.; Brandt, H., McCree, D. (2005). Knowledge and Beliefs About Abnormal Pap Test Results and HPV Among Women with High-Risk HPV: Results from In-Depth Interviews. *Women & Health*, 42(2), 107-133.

Sousa, L., Pinheiro, A. y Barroso, M. (2008). Ser mujer portadora de VPH: enfoque cultural, *Revista de la escuela de enfermería de la USP*, 42(4), 733-738.

Stark. A., Gregoire. L., Pilarski. R., Zarbo. A., Lancaster. W. (2008). Human papillomavirus, cervical cancer and women's knowledge. *Cancer Detection and Prevention*, 32(1). 15-22.

Suarez, N., (2007). Comunicación y Salud. Las campañas de bien público referidas al VIH/SIDA en Entre Ríos. Memorias de las XI Jornadas Nacionales de Investigadores en Comunicación. UNCUYO. Mendoza.

<http://www.redcomunicacion.org/memorias/pdf/2007Nosuarez.pdf>

UNICEF (2003). Guía Metodológica y Video de Validación de Materiales IEC. Área de Comunicación. Lima, Perú: UNICEF.

## **1.4. Comunicación y salud pública. Un estudio cualitativo sobre las opiniones de tomadores de decisión.<sup>12</sup>**

**Mónica Petracci**

Universidad de Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Argentina  
mnpetracci@gmail.com

**Paula Rodríguez Zoya**

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Universidad de Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Argentina  
paula.rzoya@gmail.com

**Resumen.** La literatura coincide en señalar la presencia de la dimensión comunicacional en todas las fases de las políticas por las cuales el Estado se expresa en el espacio público (Petracci y Rodríguez Zoya 2017). De esta manera, en el proceso político de una política pública, la comunicación se despliega en una discursividad social que comprende declaraciones y discursos formales de funcionarios en medios de comunicación y redes sociales; el diseño de campañas de prevención; el contenido de los sitios web ministeriales; las comunicaciones internas; los modos de atención a la ciudadanía ya sea de modo presencial o por formularios. El estudio es cualitativo con entrevistas a tomadores de decisión del Ministerio de Salud, Argentina. Los hallazgos convocan a fortalecer la complejidad, la integralidad y el enfoque estratégico.

**Palabras clave:** comunicación y salud; políticas públicas; tomadores de decisión.

---

<sup>12</sup> Este artículo fue presentado y publicado en las Memorias del Grupo Temático 5 Comunicación y Salud del XIV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIC), San José-Costa Rica, 2018. La investigación y la comunicación de las políticas públicas de salud es un ámbito del campo Comunicación y Salud sobre el cual las autoras vienen reflexionando a partir de proyectos de investigación previos –“La salud en la trama comunicacional contemporánea” (UBACyT 2011-2014) y “Comunicar salud: investigación, planificación y evaluación” (UBACyT 2014-2017) dirigidos por la Dra. Petracci y apoyados por la Secretaría de Ciencia y Técnica (SECyT) de la Universidad de Buenos Aires– y publicaciones –Petracci, M. y Rodríguez Zoya, P. (2018). *Comunicación y Salud: la investigación en el proceso de las políticas públicas*. Buenos Aires: Teseo y Petracci, M. y Rodríguez Zoya, P. (2019). “Los tomadores de decisión como actores clave en la investigación sobre comunicación de políticas públicas de salud”. En: D. Catalán, C. Peñafiel y J.L. Terrón (2019). *¿Por qué la comunicación en salud es importante? Avances e investigación* (pp. 193-205). España: Thomson Reuters Aranzadi.

### 1.4.1. La comunicación de una política pública

De acuerdo a la clásica definición de Oszlak y O'Donnell (1976: 21), la política estatal es definida como “[...] el conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores de la sociedad civil”. Cuando comunica una política pública, el Estado –a través de las agencias gubernamentales– combina tomas de posición (políticas, científicas, etcétera), contenidos producidos y peculiaridades de cada política (no es lo mismo, por ejemplo, comunicar la política de vivienda que la de salud, así como tampoco es lo mismo –en el propio campo de la salud– la comunicación de la política de vacunación que la de controles prenatales).

La literatura coincide en señalar la presencia de la dimensión comunicacional en todas las fases de las políticas por las cuales el Estado se expresa en el espacio público (Petracci y Rodríguez Zoya 2017). Uranga (2012) refiere a la comunicación como proceso de intercambio y diálogo entre los actores que conforman la escena pública, como un necesario instrumento de difusión de información, y como estrategia para la implementación. Para Bruno (2012: 17) –en línea con el modelo de Jaramillo López sobre la comunicación pública (2004)–, lo comunicacional opera en tres niveles diferenciados pero interconectados: en el nivel de la política (negociación de contenidos, recursos y el sentido general de la iniciativa); en el nivel organizativo (mediante la construcción de espacios de encuentro y concertación, con la participación de formadores de opinión, comunidad universitaria, gremios, sindicatos, organizaciones sociales, etcétera) y en el nivel comunitario o social, donde se ubican las acciones comunicativas que interpelan a la sociedad en general o grupos específicos, con el fin de instalar temas y enfoques en la agenda mediática y promover el diálogo y la coordinación multiactoral/multisectorial.

De esta manera, en el proceso político de una política pública, la comunicación se despliega en una discursividad social que comprende declaraciones y discursos formales de funcionarios en medios de comunicación y redes sociales; el diseño de campañas de prevención; el contenido de los sitios web ministeriales; las comunicaciones internas; los modos de atención a la ciudadanía ya sea de modo presencial o por formularios. Todo ello es comunicación y, visto desde su pragmática, exhibe las particularidades que reviste el proceso comunicativo emanado de las agencias gubernamentales respecto de una política pública específica. Los ejemplos enumerados no buscan exhaustividad sino visibilizar pliegos, remisiones y prácticas individuales y colectivas que, a su vez, evidencian la complejidad del entramado comunicacional.

### 1.4.2 La comunicación de la política pública de salud: debate, práctica, lugar institucional

El abordaje disciplinar de la relación entre comunicación y política pública proviene del interés de funcionarios, dirigentes políticos e investigadores académicos por conocer y transformar los modos en que las agencias gubernamentales y/o sus representantes comunican las políticas a la sociedad.

Respecto de los fundamentos, posiciones en pugna sobre la Comunicación para el Desarrollo han estado en la base de las conceptualizaciones de la Comunicación y Salud y sus derivas teóricas "difusionistas" versus "procesuales" (Bruno *et al.* 2011; Cardoso e Araujo 2009; Cuberli 2008; Jait 2015; Petracci *et al.* 2010; Petracci 2012; Uranga 2012). Esa distinción, si bien valiosa, requiere ser debatida dados los cambios comunicacionales contemporáneos y la necesidad de repensar las matrices desde las cuales es concebido lo comunicacional<sup>13</sup>. En esa dirección, Waisbord (2015: 144) señala:

Lo que está en juego aquí no son las cuestiones informativas de la comunicación o cambios de actitudes y conocimientos sobre formas de transmisión o prevención de enfermedades, sino esencialmente la disputa por el poder –quién participa en debates, define problemas y opciones, y decide acciones y asignación de recursos. [...] El análisis comunicacional es fundamental para entender cómo desafíos particulares se convierten en temas públicos en la política, los medios y la conversación cotidiana.

En nuestro país, si bien existen antecedentes como las dependencias de Educación para la Salud en las décadas de 1970 y 1980, ubicamos el inicio del interés –que aún perdura– por pensar la salud desde lo comunicacional en los años ochenta ante la recuperación de la democracia. Este interés se manifestó en debates teóricos y prácticas sobre cómo pensar estrategias comunicacionales desde el Estado. Si bien el desarrollo de ese proceso excede el alcance de este artículo, no queremos dejar de señalar la creación de la Coordinación General de Información Pública y Comunicación (CGIPyC) del Ministerio de Salud de la Nación en 2009 que, desde lo institucional, incorporó tanto una concepción comunicacional cuanto una concepción para la gestión pública. La CGIPyC fue creada con una misión rectora en temas de comunicación e información pública sanitaria para todo el país y, al año siguiente, inició un proceso de fortalecimiento institucional con apoyo del Proyecto Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). En el momento de su creación, un problema sanitario requería, entre

<sup>13</sup> Consideramos que este planteo sobrepasa los límites de este artículo por lo que no nos es posible abordarlo aquí en profundidad. Una aproximación al tema de las matrices epistémicas en comunicación puede consultarse en Rodríguez Zoya (2017), donde se realiza una lectura del campo de Comunicación y Salud a partir de los principios de la Complejidad.

otras, una respuesta comunicacional: la Gripe A (H1N1), declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en junio de 2009 (Jait 2011; Waisbord 2011). Ante ese hecho sanitario, las acciones de la CGIPyC estuvieron centradas en la producción de contenidos (soportes gráficos, radiales y audiovisuales). Pero esa campaña no fue meramente el resultado del diseño de un grupo de expertos sino, sobre todo, el logro de un reconocimiento institucional de esa área ministerial a través de la participación en el Comité de Crisis. Dicho en otros términos: la CGIPyC dio un paso no sólo en la formulación sino en la implementación desde un lugar nuevo, para que la dimensión comunicacional se fortalezca como dimensión constitutiva de una política pública<sup>14</sup>.

Dicho organismo elaboró, entre otros, dos documentos básicos –Funciones Básicas de Información y Comunicación (MSAL 2011) y Guía para Planes Estratégicos de Comunicación (MSAL 2010)–, artículos académicos, mapeos nacionales de capacidades y necesidades en comunicación y salud (Bruno *et al.* 2011), en los cuales se expresan enfoques y estrategias, obstáculos y potencialidades institucionales. Un señalamiento en el primero de los documentos mencionados (MSAL 2011:3) pone en juego una pista consustancial a las reflexiones de este artículo:

Creemos que un escollo fundamental para este reposicionamiento estratégico es que la comunicación ha sido tradicionalmente concebida (incluso por algunos de nuestros colegas comunicadores/as) estrictamente como el manejo de los medios y el cuidado de la imagen pública de la autoridad sanitaria. Por supuesto que también es habitual que los y las comunicadores/as seamos reconocidos por ese don, arte u oficio para 'traducir' el saber biomédico en mensajes 'culturalmente adecuados' que colaboren en la prevención de enfermedades, la promoción de hábitos saludables o el compromiso de la población con el logro de metas previamente establecidas por los decisores de la política sanitaria. Pero difícilmente se dimensiona la potencia de la comunicación para transformar la cultura organizacional, crear y recrear otros sentidos posibles y mejorar las interacciones con interlocutores, públicos de interés y ciudadanos.

El pasaje previo por debates teórico conceptuales, diseños de estrategias comunicacionales vinculados a prácticas y posicionamientos en estructuras burocráticas nos condujo a explorar los puntos de vista sobre comunicación de quienes toman decisiones en política pública. Consideramos que los hallazgos de esa indagación son un aporte a la producción académica

<sup>14</sup> Un artículo escrito por integrantes del Área relata ese inicio: "La participación de la CGIPyC en el Comité de Crisis, responsable del monitoreo de la evolución de la pandemia y de las consecuentes respuestas sanitarias, fue decisiva para superar la crisis y posicionar estratégicamente al área. La atención sostenida de la demanda informativa de los medios masivos, la decisión de evitar la difusión diaria de cifras de fallecidos y la conformación de nuevos partes informativos fueron algunos de los principales aciertos" (Bruno *et al.* 2013: 56).

sobre Comunicación y Salud, en primer lugar porque aborda un actor social poco estudiado en el campo en comparación con el análisis comunicacional de planes y programas (de Francisco 2017; del Pozo-Cruz 2015; Obregón y Waisbord 2012; Petracci 2015; Petracci y Waisbord 2011). En segundo lugar, porque los funcionarios encargados de tomar decisiones en planes y programas en materia comunicacional, lidian entre sus saberes disciplinares (los que muchas veces no provienen ni siquiera del ámbito de las ciencias sociales), la política y la gestión.

### **1.4.3 Objetivos**

El objetivo general del proyecto de investigación, en cuyos resultados se basa este artículo, fue explorar las opiniones y las experiencias sobre comunicación de los tomadores de decisión de los Programas y Planes del Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2011-2014.

### **1.4.4 Metodología de abordaje**

Se realizó un estudio exploratorio, cualitativo. Siguiendo a Kornblit (2004: 10):

Se trata de un trabajo intensivo más que extensivo, con lo que se pierde la posibilidad de generalizar. [...]. Al establecer la significación que determinados contenidos o prácticas tienen para los actores, se muestra simultáneamente algo sobre la sociedad a la que ellos pertenecen y es posible que eso pueda extenderse a contextos más amplios.

Se empleó una Guía de pautas semiestructurada con pautas de profundización. Fueron entrevistados, de manera presencial, diecisiete tomadores de decisión. Las entrevistas fueron realizadas por dos comunicadoras sociales que se desempeñaban en el Ministerio de Salud de la Nación, en virtud de que cumplían la doble condición de poseer formación comunicacional y experiencia en la gestión pública. Una vez sorteado el principal obstáculo –el contacto del entrevistado/a–, las entrevistas se desenvolvieron con fluidez y su duración promedio fue de una hora.

En relación con la composición de la muestra destacamos que todos los entrevistados tienen nivel educativo universitario o mayor. Respecto de la profesión, doce son médicos y los cinco restantes proceden de ciencias sociales. La antigüedad mínima en el cargo (un año) y la máxima (cuatro años).

El análisis estuvo guiado por dos criterios (Kornblit 2004): argumentativo (a partir de la búsqueda de consensos, disensos y aperturas temáticas) e ilustrativo (a partir de verbatim). La elección de estos criterios respondió al interés por visibilizar las expresiones de un actor poco explorado en el campo Comunicación y Salud: los tomadores de decisión<sup>15</sup>.

#### **1.4.5 Principales resultados, reflexiones y conclusiones**

El desarrollo de la investigación nos permitió arribar, como resultado, a dos aspectos sobresalientes: la comunicación es aceptada como dimensión fundamental de las políticas públicas en salud y las acciones comunicacionales fueron planificadas e implementadas. A continuación, nos referimos a cada uno de estos dos aspectos.

La comunicación es aceptada. Con independencia de las disciplinas de procedencia, los entrevistados reconocen el aporte positivo de la comunicación y la necesidad de incorporar una perspectiva comunicacional a las decisiones en salud pública. La manifestación de esa aceptación no estuvo acompañada por una argumentación en clave comunicacional. Si bien es cierto que un funcionario puede desconocer los debates en materia comunicacional, el hallazgo refuerza la idea interdisciplinaria de reforzar la formación en salud de los comunicadores y la formación en comunicación de los tomadores de decisión.

A nuestro entender, en ese proceso de aceptación de lo comunicacional registrado en las entrevistas –impensable en otras épocas– intervinieron, al menos, cuatro motivos: la profesionalización (resultado del egreso de comunicadores, especialmente de las universidades nacionales); el interés de los comunicadores en cruces disciplinarios como el de la comunicación y la salud (Balaguer 2015); la expansión institucional de la actividad más allá de las tradicionales oficinas de prensa; y el impacto de las nuevas tecnologías (NTICs).

Las acciones comunicacionales fueron planificadas e implementadas. Los tomadores de decisión ejemplificaron acerca de los materiales y las piezas comunicacionales implementados en sus Programas. También ven con agrado la incorporación de comunicadores para realizar dicha tarea. Si bien las estrategias comunicacionales no fueron evaluadas, los tomadores de decisión entrevistados reconocen la necesidad de la instancia de evaluación.

---

<sup>15</sup> En la lectura inicial de las entrevistas trabajaron: J. Brown, L. Carral, M. Cuberli, M. Mattioli, A. Palópoli, C. Pardo, P. Rodríguez Zoya y C. Straw. El análisis definitivo estuvo a cargo de P. Rodríguez Zoya.

Observamos que tanto la aceptación de la comunicación cuanto las acciones mismas en esa materia descansan más en el tecnicismo correspondiente a la estrategia comunicacional que a un criterio político, base de la salud pública, o a un criterio teórico, base del abordaje comunicacional.

Para concluir, no escapa a las autoras la necesidad de actualizar el estudio profundizando en los cambios comunicacionales que se han incorporado con más fuerza desde la realización de esta investigación como la incorporación del eHealth y las redes sociales, entre otras. Por otro lado, tampoco escapa que la articulación entre comunicación y salud desde el Estado varía conforme las ideologías y programas de gobierno en cada período.

No obstante, la relevancia de lo comunicacional en la sociedad contemporánea, unida a su aceptación en salud pública por los tomadores de decisión analizados, convocan a fortalecer una comunicación sobre temas de salud basada teórica y operativamente en la complejidad, la integralidad y el enfoque estratégico.

## REFERENCIAS

Balaguer, E. (2015). Investigaciones en Comunicación y Salud. Relevamiento y Análisis de las Tesinas de Licenciatura de la Carrera de Comunicación de la Facultad de Ciencias Sociales (Tesina de licenciatura nº 3838). Universidad de Buenos Aires.

Bruno, D., Zapesochny, V., Jait, A., Tufro, L., Casullo, C. y Deguer, C. (2011). Mapeo nacional de capacidades en comunicación y salud pública en Argentina. *Revista de Comunicación y Salud*, 1(2), 5-18.

Bruno, D. (2012). Comunicación y políticas públicas en la Argentina posneoliberal. Propuestas para una práctica profesional políticamente situada. *Revista Question*, 1(34), 14-22.

Bruno, D., Zapesochny, V., Huarte, C., Jait, A., Tufró, L., Sandomirsky, M., y Aragues, A. (2013). El desafío de hacer de la comunicación un componente estratégico de las políticas públicas en salud. *Revista de Comunicación y Salud*, 3(1), 51-65.

Cardoso, J. y Araujo, I. S. (2009). Comunicação e Saúde. En: Pereira, I. B. e Lima, J.C.F. (Eds.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2da. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Cuberli, M. (2008). Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción. *Question*, 8(18). [www.perio.unlp.edu.ar/question](http://www.perio.unlp.edu.ar/question)

De Francisco, F. (2017). Biopolítica de la salud: un avance desde el Plan Nacional de Vida Saludable (2007-2010). En Costa, F. y Rodríguez, P. (Comps.). *La salud inalcanzable. Biopolítica molecular y medicalización de la vida cotidiana*. Buenos Aires: EUDEBA.

Del Pozo, J. T., Román, A., Alcántara, R., y Domínguez, M.R. (Coord.). *Medios de comunicación y salud*. Sevilla: Astigi.

Jait, A. (2011). Los 100 días que vivimos en peligro: la construcción del nuevo virus de la influenza (H1N1) en Clarín. En: Petracci, M. y Waisbord, S. (Comp.).

Jait, A. (2015). Cáncer y comunicación social: aportes a la prevención y detección temprana a partir del análisis de la construcción mediática (Tesis de maestría). Argentina.

Jaramillo, J. C. (2004). *Modelo de Comunicación Pública Organizacional e Informativa para Entidades del Estado MCPOI*, Informe Final. SAID/Casals & Associates Inc. Bogotá.

Kornblit, A. (2004). *Metodologías cualitativas: modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2010). *Guía para Planes Estratégicos de Comunicación*.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2011). *Funciones Básicas de Información y Comunicación*.

Obregón, R. y Waisbord, S. (2012). *The Handbook of Global Health Communication*. Hoboken. NJ: Wiley-Blackwell.

Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1976). Estado y Políticas Públicas en América Latina: hacia una estrategia de investigación, CEDES / CLACSO, Working Paper N° 4. Buenos Aires.

Petracci, M. 2012. Comunicación y salud: un campo diverso y pujante. *Organicom, Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas*, 16/17, 40-49.

Petracci, M. (Coord.). (2015). *La salud en la trama comunicacional contemporánea*. Buenos Aires: Prometeo.

Petracci, M., Cuberli, M. y Palópoli, A. (2010). *Comunicar salud: una propuesta teórica y práctica*. Buenos Aires: Comité Argentino de Educación para la salud CAESPO.

Petracci, M. y Rodríguez Zoya, P. (2017). *Comunicación y Salud desde el Estado. Opiniones de tomadores de decisión en salud pública, Argentina, 2011-2014*. Ponencia presentada en el 3er. Congreso Internacional de Comunicación y Salud, 19-20. Madrid, España.

Petracci, M. y Waisbord, S. (Comp.). (2011). *Comunicación y salud en la Argentina*. Buenos Aires: La Crujía Ediciones.

Rodríguez, P. (2017). Notas para pensar la complejidad del campo de Comunicación y Salud. En: Petracci, M., Schwarz, P. y Rodríguez Zoya, P. *Comunicación y salud. Las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía*. Buenos Aires: Teseo.

Uranga, W. (2012). *Sin comunicación no hay políticas públicas democráticas*. En: Rinaldi, L. (Comp.). *En el cruce de la política y la comunicación*, 114-134. Buenos Aires: La Crujía.

Waisbord, S. (2011). *Cuando la salud es titular: dengue, gripe A, ciclos "mediáticos-epidémicos"*. En: Petracci, M. y Waisbord, S. (Comp.), 185-200.

Waisbord, S. (2015). *Epílogo: perspectivas críticas en comunicación y salud: ideas para investigaciones futuras*. En: Petracci, M. (Coord), 141-151.

## 1.5. Associações e dissociações dos públicos na controvérsia da pílula do câncer.<sup>16</sup>

**Aline Bastos**

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

aline.bastos@gmail.com

**Resumo.** Este artigo é parte de pesquisa de doutorado em andamento, que busca analisar as possibilidades de engajamento público em Ciência e Tecnologia em situações controversas. A partir das interações dos atores no espaço público, busca-se analisar a polêmica em torno da pílula do câncer, desenvolvida por pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP). Para isso, a análise parte da proposta de Bruno Latour (2008, 2011) de seguir a ciência em ação – e não a ciência pronta e acabada – a fim de buscar compreender como ocorrem e se mantêm as controvérsias científicas. A proposta aqui é mapear as associações e dissociações entre os principais atores envolvidos na controvérsia da pílula do câncer, a partir da cartografia da controvérsia.

**Palavras-chave:** controvérsia científica; cartografia da controvérsia; pílula do câncer; fosfoetalonamina sintética.

### Introdução

Uma nova substância desenvolvida por uma universidade pública brasileira e voltada para o tratamento de tumores cancerígeno, provocou uma das maiores controvérsias científicas no Brasil nos últimos anos. Foi no Instituto de Química de São Carlos da Universidade de São Paulo (IQSC/USP) que o professor Gilberto Chierice e sua equipe realizaram os primeiros estudos com a fosfoetalonamina sintética há cerca de 20 anos. Mais tarde, começou a produção em escala laboratorial para testes *in vitro* (em laboratório) e *in vivo* (com cobaias e humanos), sendo iniciada a sua distribuição gratuita de forma experimental, a partir de um convênio firmado com o Hospital Amaro Cavalcanti de Jaú, SP. A partir de inúmeros relatos de melhora, muitos pacientes passaram a pegar gratuitamente a popularmente chamada

<sup>16</sup> Este artigo foi apresentado e publicado nos Anais do Grupo Temático 5 Comunicação e Saúde do XIV Congresso da Associação LatinoAmericana de Pesquisadores em Comunicação (ALAIC), San José-Costa Rica, 2018.

“pílula do câncer” diretamente do laboratório da USP em São Carlos, SP. Com a negativa da Universidade em continuar a distribuição da substância aos pacientes, após a aposentadoria do professor Chierice em 2014, o caso foi parar na esfera judicial, chegando à mídia, ao Congresso Nacional, ao Supremo Tribunal Federal (STF), entre outras instâncias.

A partir de então, a opinião pública, por um lado, começou a pressionar os governantes por celeridade na liberação da substância, já que o câncer é uma doença grave, que pode levar rapidamente ao óbito. Por outro lado, as instâncias regulatórias, cientistas e médicos alertavam sobre o potencial risco para a população quanto ao uso dessa substância, sem os devidos estudos para comprovação de sua qualidade, segurança e eficácia. O ápice dessa controvérsia ocorreu com a promulgação de uma lei nacional em março de 2016, que autorizou o uso da substância por pacientes com câncer, sem qualquer comprovação científica de sua eficácia e sem a devida autorização da vigilância sanitária. Dois meses depois, de forma liminar, o Supremo Tribunal Federal (STF) suspendeu a lei, e ainda não julgou a matéria de forma definitiva.

Diante desse cenário, esse artigo busca compreender a dinâmica da controvérsia científica da popularmente conhecida “pílula do câncer” na sociedade brasileira, especialmente a partir das interações dos principais atores envolvidos. Partimos da proposta de Bruno Latour (2011) de “seguir a ciência em ação” - e não a ciência pronta e acabada – a fim de buscar compreender como ocorrem as controvérsias científicas. Em lugar de estudar as ciências sancionadas e fechadas, buscamos entender o fazer científico nas ciências abertas e incertas, seguindo os atores humanos e não-humanos. As controvérsias são temas em debates, que ainda não foram estabilizados por soluções amplamente aceitas científicamente, conhecidas como “caixa-preta”.

Para isso, vamos utilizar parte do método da cartografia das controvérsias de Callon, Law e Latour (2008). A proposta aqui é mapear as principais associações e dissociações dos atores envolvidos na controvérsia da pílula do câncer.

### 1.5.1 Teoria ator-rede: uma sociologia das associações

A obra e pensamento de Bruno Latour podem ser sintetizados pela Teoria Ator-Rede (TAR), desenvolvido na década de 1980 com seus colegas John Law, Michel Callon, entre outros, do Centro da Sociologia e da Inovação, um laboratório de sociologia da École des Mines,

França<sup>17</sup>. Em última instância, a TAR busca identificar as mediações que se estabelecem na associação entre atores humanos e não-humanos.

Para a TAR, o social é o que resulta destas associações. Trata-se, portanto, de uma sociologia das associações, que pretende modificar todo o repertório da sociologia crítica, principalmente os conceitos de fato, poder e discurso; ao mesmo tempo que abandona a ideia da natureza e da sociedade como entidades estáticas. Ao contrário dos estudos sociais tradicionais, não toma como base o contexto social e os interesses do poder, mas sim o aspecto relacional dos grupos (ou coletivos) e objetos agenciados. Parte da noção de translação ou de rede; “mais flexível que a noção de sistema, mais histórica que a noção de estrutura, mais empírica que a de complexidade” (Latour, 2008, p. 5).

Interessa-nos essa abordagem, porque a Teoria Ator-rede (TAR) apresenta-se como uma ferramenta conveniente para uma cartografia no espaço público, especialmente para o rastreamento das associações entre atores. A TAR deixa visível os vínculos entre os atores, as fronteiras dos grupos, enfim clarifica a movimentação social e revela os vínculos instáveis e em constante mudança. Portanto, esse tipo de observação do mundo da vida não tenta interromper o fluxo das controvérsias presentes naturalmente nas relações, nem homogeneizar ou estabilizar o social. A preferência pelas controvérsias se dá porque provêm ao pesquisador um recurso essencial para rastrear e deixar visíveis as conexões sociais. As formações de grupos em situações controversas deixam muito mais vestígios que as conexões já estabelecidas.

Para rastrear um ator-rede, é preciso adicionar a forma textual, através da qual os traços estão geralmente presentes, sempre que algo acontece nele. A tarefa final consiste na implantação de atores como redes de mediações, e realizar uma descrição. Latour ensina que: “Basta descrever o estado das coisas em questão (...) e para mim isso é incrivelmente difícil” (Latour, 2008, p. 197). A noção de “descrição densa” (Geertz, 1995) oferece um ponto de partida, mas não necessariamente no estilo; já que a TAR sempre acrescenta uma outra camada de interpretação, uma perspectiva. “[...] nosso trabalho são as descrições (...) construir a experiência artificial - um relatório, uma história, uma narrativa, uma descrição - onde esta diversidade pode ser totalmente implantada (Latour, 2008, p. 265).

---

<sup>17</sup> A TAR tem sua origem no campo dos Estudos de Ciência e Tecnologia (*Science and Technology Studies – STS*), para analisar a forma como o conhecimento científico é produzido, distribuído e utilizado em diferentes contextos sociais. É uma abordagem que nasceu para estudar a Ciência, especialmente as questões controversas, e que no Brasil enveredou principalmente para conflitos e ações públicas baseados na internet.

### 1.5.2 A cartografia da controvérsia da pílula do câncer

Ao mapearmos controvérsias, podemos ver o social se formando em suas mais diversas associações e redes. A cartografia de controvérsias permite visualizar a experiência social, o movimento dos atores-rede e colocar os aportes metodológicos da Teoria Ator-Rede em prática.

Começaremos, então, seguindo a fosfoetanolamina sintética, popularmente conhecida como pílula do câncer. Em seguida, vamos abordar outros arranjos institucionais em relação a ela, em processos de judicialização, politização e midiatisação<sup>18</sup>. Isso vai exigir, fundamentalmente, identificar e relacionar atores humanos e não humanos, rastreando e interpretando os seus movimentos. É certo que cada um dos atores possui uma história e uma trajetória complexa. O desafio, então, é identificar seus rastros e lastros, as pistas deixadas pelo caminho. Para isso, a cartografia da controvérsia, baseada na Teoria Ator-Rede (TAR), propõe que se faça um rol de episódios que compõem a história de vida dos artefatos se quisermos compreender como eles chegaram lá. Desse modo, é necessário fazer com que o artefato “fale”, enfim nos conte a sua história, para que se possa fazer uma descrição de forma detalhada e crítica. Isso significa apresentar as relações que se constroem em torno dele e as negociações que o promoveram, a fim de evidenciar as relações que colaboraram para a construção do artefato. Muitos elementos são mobilizados para que o artefato mantenha o seu lugar. É o resultado de um conjunto de associações; portanto, é preciso olhar ao redor, atrás e até dentro dele para poder mapear a trajetória que o promoveu como um artefato, para mapear seu “modo de existência” (Latour, 2014).

A busca é pela compreensão do papel e de como esse artefato (a pílula do câncer) se tornou importante e como ganhou repercussão e expressão na cena pública. Além da questão puramente técnica, é fundamental desvelar que associações foram realizadas e que suportes e acessórios foram mobilizados para que se tornasse aceito, útil e conhecido.

### 1.5.3 A pílula do câncer: entre o tribunal, a mídia e a política

A fosfoetanolamina é uma substância presente em todos os tecidos e órgãos do corpo humano. Começou a ser estudada no Brasil por um grupo de pesquisadores do Instituto de Química de São Carlos, da Universidade de São Paulo (USP) e outras instituições parceiras nos anos 1990, com resultados preliminares promissores para a cura e o tratamento de câncer.

---

<sup>18</sup> Aqui entendidos como atores-rede e não como estrutura ou instituição social.

A partir de um convênio estabelecido entre a USP e o Hospital Amara Cavalcanti, em Jaú, SP, para estudos clínico<sup>19</sup>, cápsulas contendo a fosfoetanolamina sintética foram distribuídas gratuitamente aos pacientes com câncer por quase duas décadas pelo professor Gilberto Orivaldo Chierice, até sua aposentadoria em 2014, quando foi suspensa por uma portaria do Instituto de Química da USP de São Carlos.

Esse foi o estopim para que centenas de pacientes recorressem à via judicial para obrigar a USP a produzir e fornecer a substância em questão. As ações se iniciaram nos Juizados de primeira instância da cidade de São Carlos, no interior de São Paulo; porém, devido à grande repercussão na mídia e de relatos de melhoria do quadro clínico por pacientes com câncer, essas ações chegaram à Justiça de vários estados do país.

Isso motivou a primeira notícia sobre o assunto, que foi veiculada pela EPTV, emissora de TV filiada à Rede Globo em São Carlos, SP, em 17 de agosto de 2015, posteriormente ampliada em reportagem para o Portal de Notícias G1. A matéria informava que os pacientes recorriam à Justiça para ter acesso à pílula do câncer, após a expedição da portaria da USP, que impedia o acesso. Também apresentou casos de cura de pacientes, inclusive com apresentação de laudos médicos. Meses mais tarde, o assunto foi parar em programas populares do SBT TV e da TV Record.

A recuperação da mãe do advogado Dennis Cincinatus foi noticiada pelo Programa Domingo Espetacular da TV Record em reportagem conduzida por um renomado jornalista brasileiro, o Roberto Cabrini. A primeira gravação realizada em 19 de outubro de 2015 apresenta a paciente acadamada e muito debilitada e, semanas mais tarde, após tomar a substância, retrata Alcilena Cincinatus surpreendentemente em pé, descendo a escada, com ótima aparência.

Ao açãoar a Justiça solicitando acesso à pílula do câncer à sua mãe, o advogado Dennis Cincinatus não imaginava a repercussão desse ato. Alcilena Cincinatus, de 68 anos, possuía tumores no fígado e no pâncreas e estava em fase terminal. Quando saiu a liminar do Supremo Tribunal Federal (STF), em decisão assinada pelo ministro Edson Fachin, com a autorização para a obtenção das cápsulas de fosfoetanolamina sintética com a USP, desencadeou um efeito cascata na esfera judicial. Essa decisão gerou inclusive a reconsideração do Presidente do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, que voltou a obrigar a Universidade a fornecer a pílula do câncer aos pacientes. A essa altura já estava instalada uma verdadeira batalha judicial entre juizados de primeira instância, Tribunais

---

<sup>19</sup> Estudos não comprovados de forma documental e negados pelo Hospital, sendo apenas relatado pelo pesquisador Gilberto Chierice.

Superiores e Supremo Tribunal Federal, contra a decisão da USP em suspender a distribuição da pílula do câncer.

Por outro lado, as menções na mídia não foram totalmente favoráveis. No mês de outubro de 2015, o programa dominical Fantástico, da TV Globo, colocou no ar uma extensa reportagem sobre a pílula do câncer, como um alerta feito pelo médico Dráuzio Varella contra o uso da fosfoetanolamina sintética. Outras iniciativas independentes de divulgação científica também se posicionaram de forma desfavorável, como o projeto Canal do Pirula, que publicou na rede social Youtube, 4 vídeos sobre a polêmica da fosfoetanolamina que, juntos, já somavam quase um milhão de visualizações até setembro de 2017. Análise midiática realizada com os dois maiores jornais nacionais (O Globo e Folha de S. Paulo) no período de maio a julho de 2015<sup>20</sup> também indicou que o discurso das autoridades (médicos, cientistas, vigilância sanitária e agentes governamentais) sobre a falta de comprovação científica, de segurança e eficácia se sobrepõem fortemente a do pesquisador Gilberto Chierice e a dos pacientes, que clamam pela possível cura ou melhora na qualidade de vida, e que praticamente não são ouvidos pelos maiores veículos de comunicação do país (Bastos, Soares, 2017).

Por outro lado, esse burburinho na mídia, mesmo que contrário à liberação da pílula, contribuiu para que a questão se tornasse conhecida nacionalmente, conquistando aliados. O defensor público federal, Daniel de Macedo, do 2º Ofício de Direitos Humanos e Tutela Coletiva no Rio de Janeiro relatou, em entrevista pessoal<sup>21</sup>, que assistiu a reportagem do Programa Fantástico com o médico Dráuzio Varella e estranhou o tom enfático da crítica ao suposto medicamento para o câncer. A partir de inúmeras investigações e contatos pessoais, verificou que a situação era crítica para a Justiça, que já se sobrecarregava com centenas de ações em andamento; mas, principalmente, para os pacientes atuais e futuros, mediante a negação de acesso a uma possível cura ou sobrevida. Em 21 de outubro de 2015, o defensor ajuizou uma ação civil pública com requerimento de concretização do direito coletivo à saúde, solicitando o início dos testes clínicos e a garantia de fornecimento da fosfoetanolamina sintética aos pacientes em uso da substância – que àquela época estavam impedidos devido a portaria emitida pela USP.

Em atendimento à demanda da Defensoria Pública da União, no dia 30 de outubro de 2015, o Ministério da Saúde instituiu um grupo de trabalho (GT) para apoiar as etapas necessárias ao desenvolvimento clínico da fosfoetanolamina sintética e conduzir a aprovação do uso da substância como medicamento. As ações do GT desencadearam, em 16 de novembro de 2015,

<sup>20</sup> A cobertura jornalística nesse período seguiu dois temas preponderantes: a aprovação e suspensão da lei que autorizava o acesso à fosfoetanolamina sintética por pacientes com câncer e os resultados dos primeiros testes pré-clínicos com cobaias.

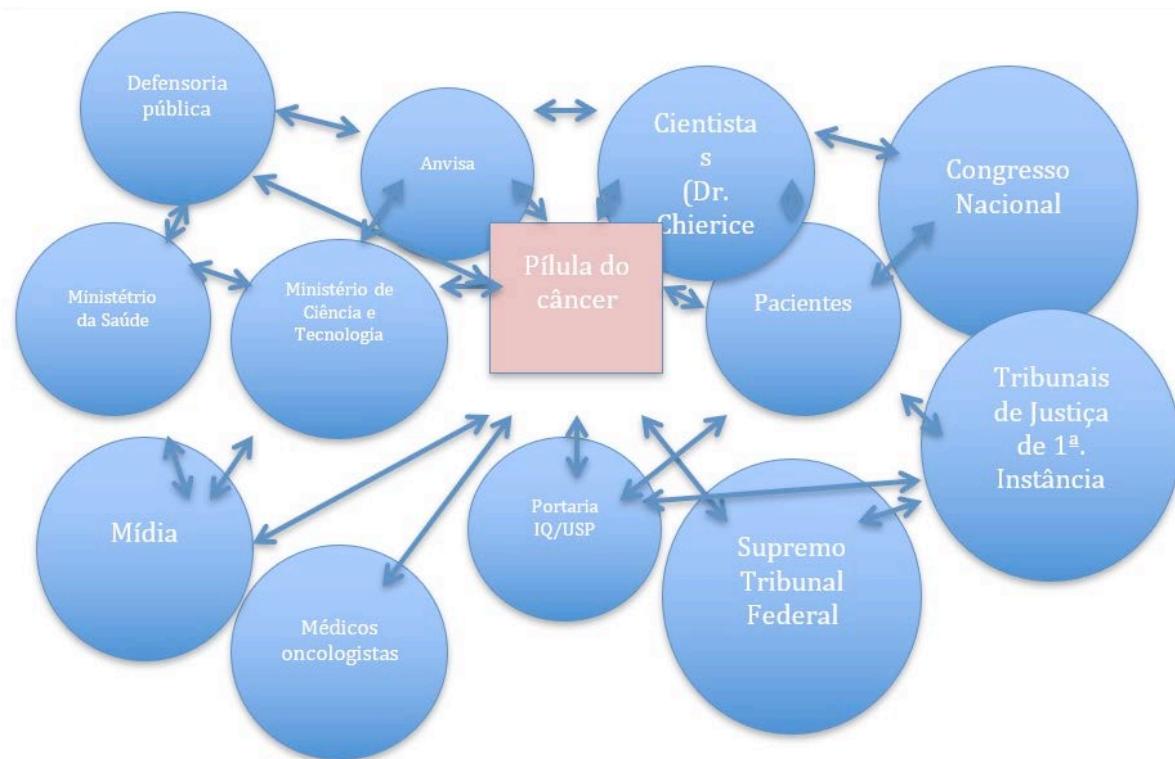
<sup>21</sup> Entrevista pessoal realizada em 14 de agosto de 2017 na Sede Defensoria Pública Federal, no Rio de Janeiro, RJ.

uma reunião conjunta do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e do Ministério da Saúde (MS), em que o então Ministro Celso Pansera anunciou a liberação de R\$ 10 milhões para o financiamento das etapas iniciais das pesquisas com a fosfo, disponibilizados ao longo de três anos (Ministério da Saúde, 2015, p. 15).

Paralelamente, nesse mesmo período (último trimestre de 2015), as discussões chegaram à Câmara dos Deputados e ao Senado, onde Chierice e outros pesquisadores de seu grupo foram defender o uso do composto em audiências públicas no Senado Federal e na Câmara dos Deputados. Em março de 2016, a Câmara aprovou um projeto de lei que liberava o uso da pílula em pacientes diagnosticados com tumores malignos. No final do mês de março, o projeto foi aprovado também pelo Senado e encaminhado para a sanção da Presidente Dilma Rousseff.

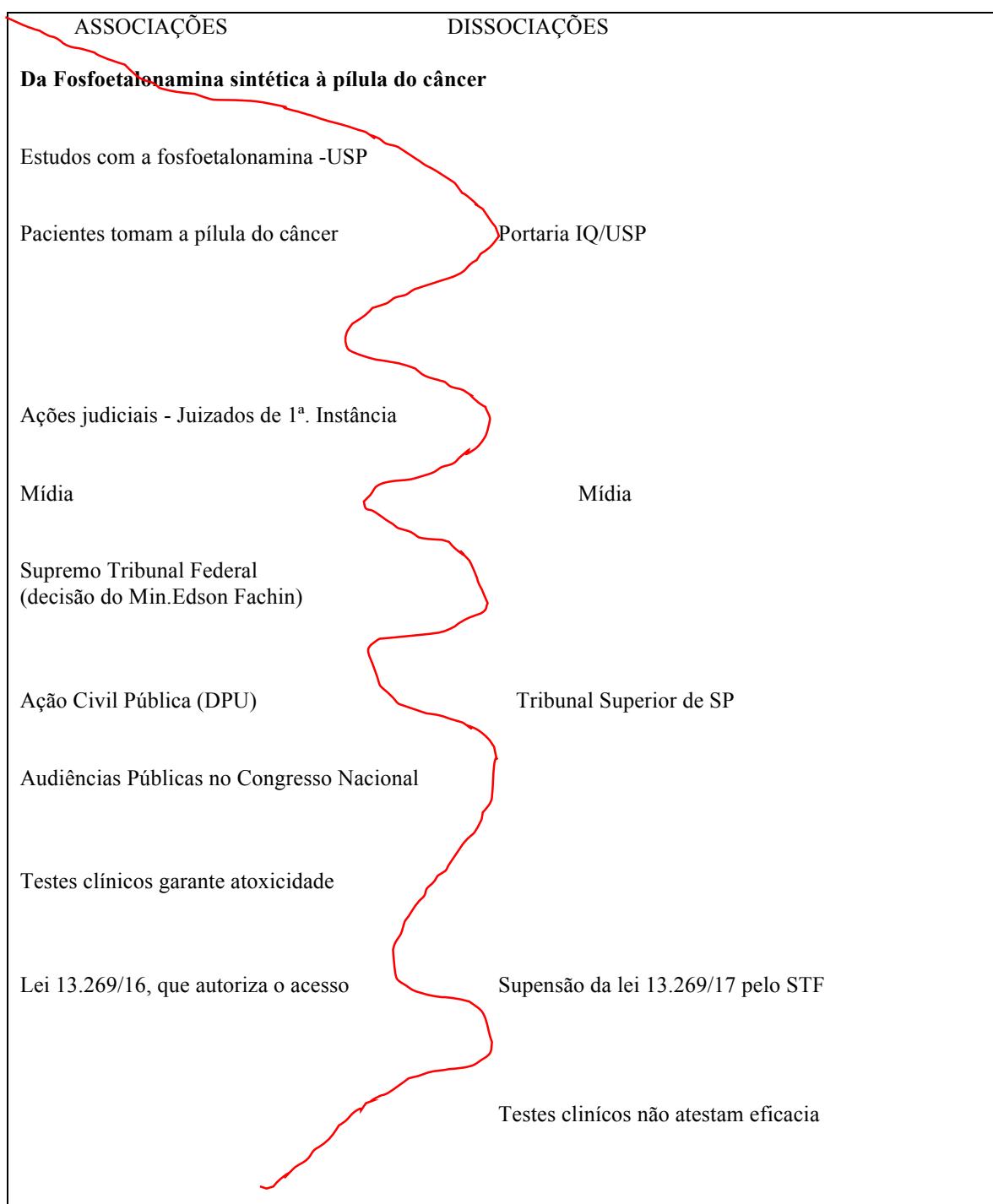
A Lei no. 13.269, sancionada em 13 de abril de 2016, autorizou o uso da substância fosfoetanolamina sintética por pacientes diagnosticados com câncer, sendo que só poderiam fazer uso da substância, por livre escolha, os pacientes que apresentassem laudo médico comprovando o diagnóstico e a assinatura de termo de consentimento e responsabilidade pelo paciente ou seu representante legal. A comunidade científica logo repudiou a medida em manifestos e declarações na mídia, que atropelou todos os protocolos científicos e de segurança. Cerca de um mês depois, em decisão liminar, o Supremo Tribunal Federal (STF) suspendeu a lei que liberava a “pílula do câncer”, aceitando uma ação protocolada pela Associação Médica Brasileira (AMB). Até o presente momento, não há previsão de data para o julgamento definitivo da questão pelo STF.

**Figura 1. Diagrama ator-rede, que mostra os principais atores humanos e não-humanos em relação ao artefato na controvérsia da pílula do câncer.**



Abaixo a Figura 2 demonstra os desvios e a coalisões, enfim os movimentos realizados pelos atores humanos e não-humanos para que a substância fosfoetalonamina sintética se tornasse a “pílula do câncer”. Assim, o lado esquerdo representa os apoiadores da pílula, enquanto o lado direito os oponentes e os problemas a serem superados. A linha vermelha marca o trabalho de translação de interesses, a partir das associações e dissociações. Quanto mais a linha se aproxima do lado direito, maior o número de associações, maior a rede de apoio e alistamentos.

**Figura 2. Movimentos de translação de interesse da pílula do câncer, numa linha histórica apresentada em termos de associações e dissociações, a partir do levantamento de informações disponíveis sobre as conexões entre os atores.**



### 1.5.4 Considerações finais

O método da cartografia das controvérsias, aqui parcialmente aplicado, conseguiu revelar como atores humanos e não-humanos estabeleceram seus vínculos e relações na controvérsia da pílula do câncer.

A tentativa aqui foi ir além das poderosas explicações da sociologia crítica de viés estruturalista, buscando maneiras de registrar algumas associações dessa complexa dinâmica social e explorá-las. Contudo, descrever as conexões de forma detalhada e completa seria uma tarefa impossível. Pretendemos aqui apenas nos aproximar um pouco mais da questão ao olhar alguns processos de translação de interesse envolvendo atores, que influenciaram a dinâmica da controvérsia da pílula do câncer. As estratégias de persuasão utilizados pelos atores e de sentidos discursivos revelados em suas ações podem ser entendidos como uma ação política no espaço público, em sentido amplo.

Por fim, recomendamos outras análises, mais aprofundadas, para uma melhor compreensão das dinâmicas dessa controvérsia científica e das possibilidades de influência dos públicos em processos científicos.

## REFERENCIAS

- Bastos, A., Costa, V. S. (2017). *Midiatização na ciência: a controvérsia da “pílula do câncer”*. Editora UFMG: Belo Horizonte.
- Callon, M., Law, J. (1998). *Mapping the dynamics of science and technology*. British Library: London.
- Geertz, C. A. (2008). *Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Editora LTC.
- Latour, B. (2011). *Ciência em Ação. Como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora Unesp.
- Law, J. (1992). Notas sobre a teoria do ator-rede: ordenamento, estratégia e heterogeneidade. Trad., Fernando Manso. <http://www.necso.ufrj.br>
- Lei nº 13.269 (13 de abril de 2016). Autoriza o uso da fosfoetanolamina sintética por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna.
- Ministério da saúde. (2015). Relatório de atividades do grupo de trabalho sobre a fosfoetanolamina. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Departamento de ciência e tecnologia. Brasília. <http://www.mcti.gov.br>

Venturini, T. (2010). Diving in magma: how to explore controversies with actor-network theory. *Public Understanding of Science, Londres*, 19(3), 258-273.

\_\_\_\_\_ (2008). Reensamblar lo social: una introducción a la teoría del actor-red. 1<sup>a</sup> Ed. Buenos Aires: Manantial.

## 1.6. El cáncer, un desafío común. De la percepción pública a la responsabilidad social.<sup>22</sup>

**Sonia Ponce de León Villafuerte**  
Centro de Inmunología Molecular, Cuba  
sonia@cim.sld.cu

**Yamilé Ferrán Fernández**  
Facultad de Comunicación, Universidad de La Habana, Cuba  
yferran@fcom.uh.cu

**Resumen.** El presente trabajo se basó en un estudio de percepción pública sobre el fenómeno del cáncer en Cuba, que se interesó por develar el nivel reflexivo sobre esta temática desde la mirada de actores involucrados, tomando al Centro de Inmunología Molecular (CIM) como institución medular para este abordaje. En la pesquisa quedan expuestas las relaciones y responsabilidades correspondientes de sectores, instituciones e individuos, del ámbito científico, de la salud y la comunicación. De igual modo, en la voz de los actores pulsados prevaleció la legitimidad de fomentar una percepción pública a partir de una promoción, educación y prevención de salud coherente, y sistemática que trascienda, más allá de los saberes que acompañan al reconocimiento sobre la enfermedad, al cambio actitudinal de los sujetos involucrados y sus familias.

**Palabras clave:** comunicación y salud; percepción pública; responsabilidad social, cáncer.

### Introducción

La ponencia toma aliento de una pesquisa cualitativa y empírica realizada en el año 2013-14, cuyos objetivos básicos se remitieron a diagnosticar el estado de la percepción pública sobre la temática del cáncer en públicos estratégicos como médicos-especialistas en oncología, pacientes director y familiares, desde la instancia interesada de una institución de tercer nivel como el Centro de Inmunología Molecular de Cuba, entidad de ciclo cerrado (investigación-desarrollo, producción y comercialización), así como a suscitar una reflexión crítica sobre la temática y sus vacíos sociales en la comunidad científica de investigadores.

<sup>22</sup>. Este artículo fue presentado y publicado en las Memorias del Grupo Temático 5 Comunicación y Salud del XIV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIC), San José-Costa Rica, 2018.

### **1.6.1 Marco teórico**

Como enfoque novedoso al interior de las prácticas investigativas que distinguen esta producción científica, se buscó poner en diálogo los procesos de percepción pública con los de responsabilidad institucional, otorgándole a partir de los resultados del estudio y la triangulación propuesta, una visión crítico reflexiva a la actuación del Centro de Inmunología Molecular que le permita dimensionar, robustecer y comprometer con mayor profundidad su misión de proveedores de conocimientos, de saberes y de opinión pública hacia la sociedad, la comunidad y la ciudadanía, desde un enfoque holístico del tema cáncer y en compromiso deliberado con una efectiva educación, promoción y prevención de salud.

Desde el asiento teórico, el estudio sistematizó los enfoques conceptuales más actualizados, a partir de autores latinoamericanos en torno a la percepción pública de las ciencias, de la salud, la responsabilidad social, en deliberado desplazamiento desde las visiones corporativas hacia lo público- institucional, al tiempo de ponderar las nociones de prevención, educación y promoción de salud como lógicas transversalidades y mediaciones.

### **1.6.2 Metodología**

La pesquisa se concibió con un hábito exploratorio, como un estudio de caso único global, otorgando valía en el orden empírico a técnicas como la encuesta (a pacientes y familiares); el análisis documental cualitativo; análisis mediático (contenidos de programas televisivos y radiales sobre cáncer); la observación de las dinámicas de diagnósticos y terapias postoperatorias en centros asistenciales especializados y el focal group. En el caso de la entrevista en profundidad, asumida intencionalmente como la técnica central de recogida de información, que permitiría pulsar la interpretación de los sujetos, se abrió hacia distintos grupos de actores, todos con alta incidencia en la configuración de la opinión pública (especialistas de primer y segundo grado de los centros al tiempo que profesores e investigadores): Hospital Hermanos Ameijeiras, Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ) e Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR, quien funge como centro rector o de referencia del Programa Nacional de Oncología del Sistema Nacional de Salud Pública en Cuba), son además entidades cuyos staff especializados acumulan años de experiencia y trabajo conjunto con el CIM, tanto en las fases de ensayos clínicos como en los tratamientos que incluyen la aplicación de anticuerpos monoclonales y vacunas

producidas por la institución (CIMAher y CIMAvax) así como a directivos institucionales del CIM (5 entrevistados).

En cuanto a la encuesta y conversatorio con los pacientes y familiares, se le aplicó a 50 sujetos, durante los procesos de atención médica.

### **1.6.3 Análisis y discusión**

Del 100 % de los pacientes de cáncer encuestados, el 25 % refirieron poseer un conocimiento amplio y profundo de la enfermedad antes de serle detectada, mientras que el 40 % se describió más o menos actualizado, en tanto un 35 % adujo que no conocía absolutamente nada del tema. Sin embargo es apreciable y cabe destacar que se identificaron en estos sujetos como un elemento común y mayoritario, el hecho de que las formas por las cuales obtuvieron conocimiento sobre la enfermedad, estuvieron dadas por experiencias de familiares cercanos que padecieron de cáncer y solo apenas unos pocos por sus profesiones; llama poderosamente la atención que de la totalidad de los pacientes encuestados, ninguno identificó a los medios masivos de comunicación, ni ninguna otra vía o canal público como fuente de información primaria.

### **1.6.4 La atención médica (primaria, secundaria y terciaria) como centro del análisis**

El instrumento aplicado se interesaba por identificar en el Sistema Nacional de Salud, cuál era la instancia que estos pacientes asumían como más cercana, efectiva y cuál no, partiendo de la racionalidad de que es el escalón de atención primaria el encargado de promover el diagnóstico y redirigir al paciente a partir de una consulta general. En tal sentido de un 100 % de pacientes solamente el 10 % tuvo su primer vínculo con la enfermedad con la atención médica primaria (Médico de familia y Policlínico), un 40 % con la atención secundaria (Hospitales Generales) y un 50 % con la atención terciaria (Instituciones especializadas). Estos datos evidencian como la población se dirige directamente a hospitales generales o instituciones especializadas, en busca de un diagnóstico más rápido y efectivo, lo que demuestra como la labor de la atención primaria, aun cuando es extensiva en todo el país y se ramifica hacia la totalidad de las localidades por más apartadas que estén de los centros urbanos, no funge con la debida efectividad porque no siempre existen las condiciones materiales para ello, y median otros factores como la estabilidad del recurso humano, la

superación necesaria del personal para que ese proceso tan decisivo del primer vínculo se produzca desde esta instancia.

A juicio de los profesionales expertos adquiere especial valía la preparación de los profesionales de la salud, su actualización, así como la sistematicidad y profundidad tanto de la promoción de salud como de la fase de prevención de una enfermedad. En el caso de la lucha contra la neoplasia se trataría de una detección temprana o en el mejor de los casos, de estudios y autochequeos frecuentes por parte del propio paciente (prueba citológica, autoexamen de mama, como los más recurrentes).

Una voz autorizada, como la Dra Martha Osorio, del INOR, pone el acento en la urgencia de una mayor vinculación entre centros de atención terciaria y los niveles primarios y secundarios, al tiempo de exigir la actualización permanente de aquellos profesionales que colocados en los primeros eslabones de la detección temprana de la enfermedad, redirigen en forma acertada y sin dilación al paciente hacia instituciones como el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, con todos los recursos y disponibilidades para cubrir eficientemente cualquier tipo de exigencia.

### **1.6.5 De la atención a la promoción de salud, un camino de ida y vuelta**

Sobre las competencias atribuidas a los diferentes niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria) en la Promoción de Salud, saltan a la vista insuficiencias que conviven con otros muchos elementos de carácter positivo, pero que al cabo no allanan de forma lineal, efectiva y expedita el camino hacia prestaciones de servicios asistenciales verdaderamente de calidad y oportunidad en el tiempo. Según la Dra. Tania Crombet inciden: poco dominio del tema de los profesionales de la salud; pobre conocimiento en la población de los hábitos de vida con impacto en la reducción de mortalidad; poco conocimiento en programas de pesquisa activa de PSA tales como mamografía, serología, sangre oculta en heces fecales; insuficiente control de la implementación de los programas de pesquisa, así como la prevalencia de un sistema de salud no preparado para garantizar las pruebas confirmatorias de cáncer, dada la positividad de la pesquisa activa.

Asimismo la experta apunta fortalezas que a modo de generalidades respaldan ciertos atributos intrínsecos del Sistema de Salud cubano: gran cantidad de profesionales trabajando en la atención primaria, secundaria y terciaria del cáncer, que como norma tributa a una relación en extremo favorable de personal de salud por habitante; de igual forma la disponibilidad de pruebas para el diagnóstico temprano de la enfermedad de algunas

neoplasias, así como una población globalmente instruida, capaz de comprender y sensibilizarse con las campañas de promoción de salud.

Según refiere el investigador y Director de Calidad del CIM, Antonio Vallín García: “las mayores fortalezas (mejor expresadas en oportunidades) están en el sistema primario, aunque se usa de manera insuficiente, en tanto las mayores debilidades están en la combinación multifactorial dada por la poca accesibilidad a la información por parte de la población, una infraestructura asistencial depauperada y fraccionada, unido a la poca preparación y diseminación de la información entre el sector profesional a nivel nacional, en coincidencia con afectaciones en términos presupuestarios del sistema que permitan revertir esta situación”.

De tal suerte, coinciden expertos médicos y científicos, en que la información es la punta del iceberg, en la medida en que no fluya como corresponde la información científica, médica y especializada entre el sector profesional se afectará inexorablemente y en efecto cadena, la información pública.

### **1.6.6 Expectativas/valoraciones sobre la promoción de salud**

Se constató una sensibilidad común en torno a vacíos, discontinuidades, acciones de bajo impacto y débiles articulaciones; todo lo cual favorece la reproducción de posturas de fragmentación, que tienden a alimentar presunciones limitadas y no siempre certeras sobre la enfermedad en la población, a falta de una estructuración sólida, sistémica, sostenida en el tiempo tanto de información massmediática como de promoción enfocada a la prevención y a más largo plazo a la educación para una salud más plena, basada en un cambio actitudinal y una visión compartida entre todos los agentes concurrentes.

En el criterio generalizado de científicas y médicas, los Programas nacionales (como lo es el Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba) que son definitivamente una apuesta coherente por la eficiencia médica, la detección temprana de determinadas enfermedades y en sí mismos presuponen la interrelación de agentes decisionales, políticas y pacientes, desde su propia concepción están sesgados por un enfoque demasiado sectorial y curativo, en esta medida necesitados de ser repensados bajo una filosofía más participativa, educativa y de promoción de salud, o de lo contrario, habilitar otros programas que en cascada permitan cubrir tales vacíos.

Desde el orden conceptual, es impensable una coherente promoción de salud, al margen de una educación por y para la salud, que no descance en roles sectoriales e institucionales acotados, sino que sea pensada e implementada desde las propias racionalidades y encargos de la familia y de la escuela.

Bajo estos derroteros, la prevención de salud no sería entendida como el “arte de corregir” en tanto medio de “buen encauzamiento”, y que mal aplicado pudiera tomarse por peligroso, suscribiría sospechosamente un Foucault. Amén de lo fecundo de una discusión en torno a los límites y raseros que ha impuesto la realidad clasista eurocéntrica y occidental al término, el buen encauzamiento de una prevención efectiva pasaría indefectiblemente por sustentar políticas de salud basadas en buenas prácticas de prevención desde la participación real de todos los sujetos sociales, con alcance a estilos de vida saludables y equitativos socialmente, a generar comunidades y prácticas locales de abajo hacia arriba que permitan descolocar el esquema “bancario” y paternalista en torno a un Estado benefactor y omnisciente, y propiciar esfuerzos de sostenibilidad/sustentabilidad endógena.

### **1.6.7 Tratamiento mediático/organizacional**

En cuanto al tratamiento massmediático se soslaya el valor del abordaje testimonial de la información, lo que en materia de promoción de salud históricamente ha demostrado ser en extremo viable para persuadir y sensibilizar a sectores vulnerables y potenciales ante una determinada enfermedad, así como espacios públicos de debate.

### **1.6.8 Articulaciones estratégicas**

El CIM en su interior cuenta con un alto nivel de actividad científica y diseminación de la información, de igual forma se proyecta hacia afuera para la comunidad médica y científica, no siendo así para la comunidad o la sociedad en general. Aun cuando es una organización suficientemente sensibilizada por sus trabajadores en cuanto a misión y visión, en ellos no queda del todo explicitado su responsabilidad para con la sociedad, desde el concepto de proveedores de conocimiento.

El estudio permitió constatar, asimismo, que los directivos y especialistas de CIM, sustentan una visión orgánica, sistémica, veraz y crítica que los convierte en agentes con formidables potencialidades para hacer transceder esa Responsabilidad Social Institucional con mucho mayor fuerza sobre la ciudadanía en su conjunto, sobre la comunidad más inmediata al centro

y sobre el propio campo científico y asistencial al cual se vincula por su objeto social, su misión y su visión.

### **1.6.9 Conclusiones**

El cáncer adquiere por su impacto en la población mundial niveles inusitados, más allá de demarcaciones etarias, raciales, culturales o de cualquier otro tipo. En Cuba, se expresa estadísticamente, desde hace dos años, como la primera causa de muerte, desplazando a las enfermedades tradicionales.

La investigación permitió constatar una sensibilidad común en torno a vacíos, discontinuidades, acciones de bajo impacto y débiles articulaciones; todo lo cual favorece la reproducción de posturas de fragmentación, que tienden a alimentar presunciones limitadas y no siempre certeras sobre la enfermedad en la población, a falta de una estructuración sólida, sistémica, sostenida en el tiempo tanto de información mass mediática como de promoción enfocada a la prevención y a más largo plazo a la educación para una salud más plena, basada en un cambio actitudinal y una visión compartida entre todos los agentes concurrentes.

Asimismo, compromete entre los actores pulsados el consenso en torno a una Promoción de salud deficitaria, la cual a pesar de estar incluida y establecida en el Programa Integral para el Control del Cáncer, a nivel de país, adolece de una estrategia integral de tratamiento, de una infraestructura que la soporte coherentemente, así como de una divulgación constante y de gran alcance; desde canales y medios que se activen en aras de lograr una mayor participación de la sociedad en su conjunto, que conllevaría a incidir no solo sobre el paciente real sino sobre el potencial.

En el plano de la divulgación mediática y pública de factores de riesgos más frecuentes en la sociedad cubana, puede con certeza afirmarse, que ha sido fundamentalmente enfocada a sensibilizar a la población respecto a enfermedades de trasmisión sexual; otras patologías como el cáncer han sido objeto menos abordados por estas políticas y prácticas. En consonancia con esta situación, es usual que los ciudadanos no dominen los llamados “síntomas de alerta de cáncer”, lo que ciertamente ha estado mediado también por la limitada accesibilidad a la información y a su vez condicionado no solo en el conocimiento que puedan adquirir en el tiempo, sino, en el cambio de actitud que esto pueda conllevar en tanto alimentación e higiene saludables, disposición ante las pesquisas que se realicen en el nivel primario de atención de salud y rapidez para asistir al médico frente a la presencia de una señal atípica.

El nivel de atención de salud (tanto primaria, secundaria, como terciaria), es una fortaleza potencial para el Sistema Nacional de Salud (SNS) de Cuba, pero a la vez se torna débil ante el contexto económico actual del país, especialmente en relación al tratamiento del cáncer, donde los productos y terapéuticas disponibles son cada vez más costosos. Pueden señalarse igualmente, debilidades en el dominio y conocimiento del tema cáncer en los profesionales de la salud que laboran en los distintos niveles de atención, relevándose de forma marcada las insuficiencias del subsistema primario de salud, en tanto se refiere a oportunidades de servicios expeditos y efectivos.

El tratamiento mediático y público en términos de salud, ha sido persistentemente fidedigno y respetuoso para con la sociedad. En temas como el cáncer, donde aún en las propias instituciones hospitalarias es un tema tabú, este abordaje se proyecta en extremo conservador al tiempo que centralizado, con un lenguaje que no es todo lo directo que debiera ser, donde no se explotan los materiales testimoniales e historias de vida, lo que dificulta comprender por parte de los sujetos la dimensión de tal enfermedad y se dificulta la asunción de un cambio de actitud ante la misma.

El Centro de Inmunología Molecular en su interior cuenta con un alto nivel de actividad científica y diseminación de la información, de igual forma se proyecta hacia afuera para la comunidad médica y científica, no siendo así para la comunidad o la sociedad en general. Aun cuando es una organización suficientemente sensibilizada por sus trabajadores en cuanto a misión y visión, en estas no queda del todo explicitado su responsabilidad para con la sociedad, desde el concepto de proveedores de conocimiento.

El estudio permitió constatar, asimismo, que los directivos y especialistas de CIM, sustentan una visión orgánica, sistémica, veraz y crítica que los convierte en agentes con formidables potencialidades para hacer transceder esa Responsabilidad Social Institucional con mucho mayor fuerza sobre la ciudadanía en su conjunto, sobre la comunidad más inmediata al centro y sobre el propio campo científico y asistencial al cual se vincula por su objeto social, su misión y su visión.

Se trata de una percepción pública compleja y diversa, hasta hoy estratificada y sectorializada; en formación, es decir no completamente configurada, en este sentido no es unívoca ni homogénea en torno a los actores concurrentes, en este punto por obvias razones la población, los pacientes, familiares y enfermos potenciales son los más vulnerables. Pese a ello esta percepción en las condiciones actuales de la sociedad cubana sí es susceptible de ser pulsada y cubierta desde bases científicas, asistenciales y comunicativas, tomando a la comunicación

para la salud, con sus múltiples herramientas y articulaciones posibles (información pública, promoción de salud, prevención, educación, responsabilidad social institucional), como plataforma de actuación para el cambio.

## REFERENCIAS

- Anaya, B. y Martín, M. (s.f). *Biología en Cuba: origen y resultados alcanzados*. Centro de Estudios de la Economía Cubana, Universidad de La Habana.
- Bastidas, N. (2012-2013). La mala práctica médica y los derechos humanos. *Razón y Palabra, Primera Revista Electrónica en América Latina Especializada en Comunicación, Comunicación y Derechos Humanos*, (81).
- Bourdieu, P. (s.f). *Algunas propiedades de los campos. Sociología y cultura*. Editorial Grijalbo.
- Cardoso, M. y Pereira, J. (2004). *Comunicación, desarrollo y promoción de la salud. Enfoques, balances y desafíos*. Argentina. VIII Congreso Iberoamericano de la Comunicación y en VII Congreso Latinoamericano de Investigadores de la Comunicación, Universidad Nacional de la Plata.
- Carullo, J. (2001). *La percepción social de la ciencia y la tecnología: conceptos, metodologías de medición y ejemplos significativos*. Argentina: Universidad Nacional de Quilmes.
- Cavalli, F. (2012). *Cáncer: El gran desafío*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Chirinos, M., Fernández, L. y Sánchez, G. (2012-2013). *Responsabilidad empresarial o empresas socialmente responsables*. *Razón y Palabra, Primera Revista Electrónica en América Latina Especializada en Comunicación, Comunicación y Derechos Humanos*, (81).
- Coe, G. *Comunicación en Salud. Revista Chasqui*, 63. <http://chasqui.comunica.org/coe.htm>
- Crombet, T. (2013) Entrevista inédita. La Habana. Centro de Inmunología Molecular.

Del Pino, T. (2010) *La comunicación educativa para la salud en la atención primaria. Un estudio de casos en Ciudad de La Habana*. Tesis de maestría en Ciencias de la Comunicación, Facultad de Comunicación, Universidad de la Habana. La Habana.

Díaz, H. (2012). La comunicación en todas las políticas de salud. *Revista de Comunicación y Salud*, 2(2), 45-46.

Ferrer, A. y León, G (2013). *Cultura científica y comunicación de la ciencia. Razón y Palabra*, (65).

García, A. *La ética y la profesionalización en educación para la salud. Revista Interuniversitaria Pedagogía Social*, 12-13, 33-42, Segunda época. ECSA NAULLIBRES.

García, E. (2011). Revolución y ciencia en Cuba: La Academia de Ciencia en Cuba 1962-1972. *Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 1(2).

Guerra, R., González, B., Valdés, D. y Lage, A. (2012). *Manual de organización y funciones del Centro de Inmunología Molecular*. Documento de política institucional del Centro de Inmunología Molecular. La Habana.

Jara, S. y Torres, J. (2011). Percepción social de la ciencia: ¿utopía o distopía? *Revista Iberoamericana de Ciencia Tecnología y Sociedad*, 6(7). Argentina.

Lage, A. (2007). *Biotecnología en Cuba*.

[http://www.profesionalespcm.org/\\_php/MuestraArticulo2.php?id=7932](http://www.profesionalespcm.org/_php/MuestraArticulo2.php?id=7932)

Lage, A. (2013). Entrevista inédita. Centro de Inmunología Molecular. La Habana.

Montes de Oca, J. L. (2011). La política científica y tecnológica de Cuba: Su impacto en el Sistema Nacional de Salud. Contribuciones a las Ciencias Sociales (Conferencia).

Osorio, M. (2013). Entrevista inédita. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana.

Ríos, I. (2011). Comunicación en salud: conceptos y modelos teóricos. *Perspectivas de la Comunicación*, 4(1). Chile: Universidad de la Frontera.

Vallin, A. (2013). Entrevista inédita. Centro de Inmunología Molecular. La Habana.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos al Centro de Inmunología Molecular y a los integrantes del Consejo de Dirección que formaron parte de la pesquisa.

A las instancias hospitalarias y médicos involucrados, por la colaboración ofrecida en el proceso de investigación: Hospital Hermanos Ameijeiras (HHAA); Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR), y Hospital Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ).

A los pacientes y familiares, que aún en las condiciones más difíciles brindaron total disposición y confianza para con el estudio.

## 1.7. População de rua e visibilidade: sentidos em conflito.<sup>23</sup>

**Nadja Maria Souza Araújo**

Doutoranda do Programa de Pós-graduação  
em Informação e Comunicação em Saúde da Fiocruz  
nadja.piauitinga@gmail.com

**Inesita Soares de Araujo**

Fundação Oswaldo Cruz - Instituto de  
Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
inesita.araujo@icict.fiocruz.br

**Resumo.** Este paper inscreve-se numa pesquisa de doutorado que enfoca as pessoas em situação de rua em sua relação com as políticas de saúde e suas mediações comunicativas, considerados seus direitos a cidadania e necessidades. Seu objetivo específico é analisar discursivamente uma matéria da Revista Vogue sobre um projeto social que tem como objetivo explícito dar visibilidade a pessoas em situação de rua e mostrar que “todos somos iguais”. A análise apoia-se nas referências da pesquisa supracitada, que dá relevo aos conceitos de território (Milton Santos), lógicas abissais (Boaventura Santos), estigma (Irving Goffman) e corpo social (Pierre Bourdieu). Este último, no qual o corpo que é apreendido pela sociedade nem sempre é condizente com o vivido pessoalmente. O corpus de análise são fotografias utilizadas na matéria da Vogue e a principal conclusão é que a abordagem apaga a identidade das pessoas em situação de rua transformando-as em meros objetos de consumo.

**Palavras-chave:** população em situação de rua; visibilidade; corpo social.

### 1.7.1 Abeiramentos

Há dez anos o Brasil vinha desenvolvendo políticas públicas no intuito de acabar ou, ao menos, diminuir a miséria e a fome. Dentre estas políticas está a Política Nacional para População em Situação de Rua, organizada a partir de uma união entre vários Ministérios –

---

<sup>23</sup> Este artigo foi apresentado e publicado nos Anais do Grupo Temático 5 Comunicação e Saúde do XIV Congresso da Associação LatinoAmericana de Pesquisadores em Comunicação (ALAIC), San José-Costa Rica, 2018.

todos do campo da segurança social. As ações tímidas tomadas neste sentido vêm sofrendo um processo de descontinuidade desde que se instaurou a crise política no Brasil com a instalação, em 2016, de um governo decorrente de um processo de impeachment, considerado ilegal por muitos, que interrompeu a gestão de uma presidente eleita democraticamente.

Aquela política, no seu pouco tempo de aplicação, não alterou muito a vida das pessoas em situação de iniquidade e não foi suficiente para tirá-los da invisibilidade institucional e midiática. Os sistemas de informação existentes na área da saúde, por exemplo, não consideram essa população como um extrato específico e a encaixam nas estatísticas gerais até mesmo quando o assunto é uso e abuso de álcool e outras drogas, um dos problemas de saúde que mais afligem as pessoas que vivem nas ruas.

Os movimentos organizados dessa população procuram sair da invisibilidade e amplificar as suas vozes através de várias iniciativas de comunicação que vão desde site e perfis nas redes sociais, passando por jornais impressos e programas de rádio e TV Web. Além disso, vários perfis jornalísticos nas chamadas novas mídias e considerados mais democráticos, como, por exemplo, o Mídia Ninja, têm aberto espaços no intuito de dar outros e novos sentidos a essa população por meio da escuta de suas trajetórias e reivindicações. Entretanto, na mídia tradicional, que ainda concentra grande parte da atenção dos leitores e da audiência, essa população aparece apenas de forma relacionada a conflitos por ocupações/desocupações de áreas nas grandes cidades, atos de violência e crimes ou, excepcionalmente, algum fato inusitado.

Considerando esse cenário e como forma de evidenciar alguns elementos de sua exacerbão, analisamos uma reportagem da Revista Vogue Brasil sobre um projeto social voltado para essa população, tendo como perspectiva analítica a teoria do corpo social de Pierre Bourdieu.

Nosso objetivo foi identificar e caracterizar alguns elementos discursivos presentes nas narrativas da imprensa brasileira sobre as pessoas em situação de rua, tomando como corpus de análise fotografias que integraram essa reportagem, que teve como objetivo explícito dar visibilidade a essas pessoas e mostrar que “todos somos iguais”. Contemplamos especificamente dois ângulos pelos quais se pode observar essas narrativas: o modo como a mídia arranja os significados através de uma estratégia textual (Silverstone, 2002) e as estratégias de silenciamento das narrativas específicas dos moradores de rua sobre si mesmos.

A expressão “moradores de rua” equivale a “pessoas em situação de rua”, sendo que essa última resultou de um movimento de auto nomeação por parte dos sujeitos interessados, que argumentam ser “morador” uma situação estabilizada, enquanto “em situação de” indica que

é, para a maioria, um estado transitivo. Utilizamos aqui propositalmente as duas, para trazer à tona esse dado, que evidencia o quanto este tema é objeto de grandes embates discursivos, que disputam a produção dos sentidos sobre esse grupo de pessoas e de sujeitos sociais e dos quais fazem parte tanto a reportagem analisada quanto nosso estudo e, de forma mais ampla, nossa pesquisa de doutorado.<sup>24</sup>

### 1.7.2 Contextos

O Brasil desconhece o número total da população em situação de rua porque até o momento ela não é considerada pelo Censo Demográfico realizado a cada dez anos pelo IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, situação que deve ser revista em 2020 com a inclusão da PSR no levantamento. Em 2007, um censo realizado pelo MDS - Ministério do Desenvolvimento Social em 71 cidades brasileiras apontou 31.922 pessoas vivendo nessa situação. Um levantamento mais recente do IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (2016) em pouco mais de 1.900 cidades<sup>25</sup>, contabiliza cerca de 101 mil pessoas vivendo nas ruas no país.

Para além da territorialização precária, estas pessoas são caracterizadas, de acordo com Castel (1997), através da “desfiliação”, um processo que faz com que as pessoas adotem as ruas. Já o MDS, no relatório publicado em 2009, ao analisar a população em situação de rua fez a seguinte definição: “*grupo populacional heterogêneo constituído por pessoas que possuem em comum a garantia da sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e não referência de moradia regular*” (BRASIL, 2009). De acordo com esse relatório, no Brasil a população em situação de rua é, essencialmente, masculina (82%), jovem (53% tem entre 25 e 44 anos), negra (69% se declaram afrodescendentes), 74% sabem ler e escrever, o principal motivo pelos quais as pessoas passaram a viver na rua se referem a problemas como alcoolismo e/ou drogas (35,5%) e a maioria declara não ter complicações de saúde (62%).

Os dados mais recentes do IPEA procuraram levantar o número de pessoas vivendo nas ruas em todo o país, mesmo nos municípios de médio e pequeno porte sem ações de assistência social e de inclusão desta população, articulando-os a um conjunto de outras variáveis. Apesar dos números serem mais recentes e mais que triplicarem em relação à pesquisa de 2007 do

<sup>24</sup> A pesquisa está em andamento no Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, no Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. Com previsão de defesa em 2020, intitula-se “Se essa rua fosse minha, se esse corpo fosse meu – A população em situação de rua, seus modos de visibilidade e as políticas públicas de saúde”.

<sup>25</sup> O Brasil tem 5570 municípios.

MDS, as políticas públicas para a população que foram elaboradas no país, inclusive a política de saúde, tomaram por base os dados da primeira pesquisa, já desatualizados.

Trata-se de uma população invisibilizada, que não aparece nos vários sistemas de informação existentes do Brasil, portanto não passível de inclusão através das políticas de segurança social que buscam garantir o mínimo de direitos. No campo da saúde, o atendimento desse contingente está garantido através da estratégia consultórios na rua (eCnaR) inserida dentro da Política de Atenção Básica e articulada com a Política de Atenção Psicossocial. A articulação entre as duas políticas se deve ao fato dos problemas com o uso de álcool e outras drogas serem os mais frequentes entre a população.

Desde o início dos anos 2000, em todo o Brasil, as pessoas em população de rua vêm se organizando em movimentos sociais reivindicando desde o direito a terem um lar, como o Movimento dos Trabalhadores Sem Teto, até os que exigem respeito e direitos a partir do espaço onde vivem (nas ruas), em várias das capitais brasileiras.

Essas representações têm realizado encontros para discutirem suas condições e as formas de serem vistos dentro e fora das instâncias de gestão pública. O Movimento Nacional da População de Rua tem representação no Conselho Nacional de Saúde, por exemplo. Neste sentido, eles também produzem materiais de comunicação como jornais e revistas impressas, programas de rádio, TV e páginas na web etc. Já na considerada grande mídia, essa população é quase invisível e, quando visível, refém de uma discursividade que aumenta o preconceito e o estigma contra suas formas de vida e seus corpos.

### 1.7.3 Abordagens

Adotando como conceito central para nosso estudo o de corpo social, pela perspectiva de Pierre Bourdieu (2014), entendemos o corpo como um produto social possibilitado pelas condições sociais de produção e que é visto a partir das classificações que lhes são impostas. Neste sentido e ainda seguindo com o sociólogo, compreendemos que as pessoas em situação de rua passam pela experiência do “corpo alienado”, alienação que, nesse caso, é fortemente pautada pelo sentimento da vergonha. Para Bourdieu “sob o signo do mal-estar, da vergonha, da timidez”, o indivíduo vê seu corpo como se estivesse fora dele, o tempo inteiro se corrigindo e se recuperando para os olhos de outro, naquilo que ele é para o outro.

A ideia do corpo legítimo é objeto da luta de classes, que legitima as categorias que distinguem as pessoas das outras, não apenas pelo que elas representam, mas pelo grupo ou grupos que representa. Ter o corpo de uma forma ou de outra significa que se teve os meios para realizá-lo e quem está na rua não tem meio algum ou tem meios bastante precários; a pessoa em situação de rua encarna o corpo que lhe é possível – o corpo alienado, causador de vergonha porque sujo, porque quase sempre magro, porque estragado pela doença, porque danificado pela droga, porque desprovido de vestimentas apresentáveis. O corpo ou a imagem do corpo de uma pessoa “sem teto” é a exacerbação e em certa medida a estereotipação da imagem que as classes dominantes – cujos recursos lhes garantem um corpo mais forte, bem tratado, ou um perfil mais delicado – têm dos setores destituídos de suas boas condições de vida. (Bourdieu, 2014, p.253). Ainda com Bourdieu.

Essa relação com o corpo, que é progressivamente incorporada e que dá ao corpo sua fisionomia propriamente social, é uma maneira global de exportar seu corpo, de o apresentar aos outros, e exprime, entre outras coisas, uma relação particular – de concordância ou de discordância – entre o corpo real e o corpo legítimo (tal como ele se define por uma classe particular de esquemas de percepção) ou, se preferimos, uma antecipação inconsciente das chances de sucesso da interação que contribui para definir essas chances (pelos traços comumente descritos como segurança, confiança em si, etc.) (2014, p. 255)

É com esta compreensão do corpo social que observamos o modo como a mídia se move discursivamente em relação à população em situação de rua. Pelas lentes da mídia tradicional, ela é invisível e, coerentemente, silenciada. São poucas as reportagens sobre ela e sua voz é ouvida apenas quando serve de argumento de legitimação da verdade daquele jornal, revista ou programa de TV.

Esta situação apenas confirma, empiricamente, as análises de estudiosos dos procedimentos midiáticos (Thompson, 1988; Fausto Neto, 2008), como expressam bem as palavras de Silverstone sobre que na mídia os significados são arranjados, de modo plausível e agradável, além de persuasivo. Analisá-la:

“é explorar a relação entre o familiar e o novo; decifrar a estratégia textual. Mas é também investigar a audiência: encontrar onde e como é colocado o texto; compreender como os lugares comuns se relacionam com o senso comum; como a novidade é construída sobre uma base familiar; e como os truques são criados e os clichês mobilizados em mudanças de gosto e estilo” (Silverstone, 2002, p.76).

Esses truques colaboram para constituir a mídia como “uma referência engendradora no modo de ser da própria sociedade, e nos processos e interação entre as instituições e os atores sociais” (Fausto Neto, 2008).

Um levantamento em andamento aponta para alguns enquadramentos que atuam vigorosamente na produção de sentidos sobre essas pessoas e sujeitos sociais: eles só se tornam notícia quando envolvidos em fatos dramáticos e/ou tragédias, como a expulsão da área conhecida como Cracolândia em São Paulo, após o início da gestão do Prefeito João Dória (janeiro de 2016); por atos violentos, sejam eles protagonistas ou vítimas, como episódios de mendigos incendiados em praça pública; muito raramente, quando um de seus membros foge ao padrão no qual são encaixados socialmente, como o episódio do “mendigo galã” (um morador de rua branco, atlético e de olhos verdes que chamou a atenção da imprensa). Os motivos que os levaram as ruas, a escassez de políticas públicas de resgate da autonomia destas pessoas e suas percepções sobre sua condições não são objeto de interesse da grande mídia. As exceções correm por conta da mídia alternativa e em páginas e perfis na rede mundial de computadores, como o perfil SP Invisível<sup>26</sup>, no qual as trajetórias de vida são contadas pelas próprias pessoas em situação de rua. Mesmo assim, não são um tema recorrente nem de grande visibilidade nas redes sociais e outros ambientes da mídia eletrônica.

Escolhemos como objeto particular de análise um caso ilustrativo do tratamento midiático conferido a estes cidadãos, que observamos sob a perspectiva do corpo social. No início do mês de setembro de 2017 a revista Vogue Brasil on line divulgou uma reportagem da campanha *Nós*, realizada pela ARCAH – Associação de Resgate à Cidadania por Amor a Humanidade, na qual artistas famosos posaram abraçados com pessoas em situação de rua e vulnerabilidade social para o que viria a ser, futuramente, uma exposição fotográfica. Nossa proposta foi identificar ressonâncias semiológicas dessa matéria, particularmente das fotografias e refletir sobre possíveis implicações para as lutas identitárias e por direitos dessa população.

Recorremos, para tanto, a uma premissa metodológica da Análise Social de Discursos (Verón, 1980; Pinto, 1994) a de que texto e contextos são inseparáveis como objetos discursivos. Não se pode entender os sentidos possíveis de qualquer material simbólico se ele não for examinado à luz das suas condições de produção e de circulação. Neste caso, a matéria e as fotos em particular produzem sentido em relação com os discursos – midiáticos ou não - que lhe precedem e com as percepções circulantes sobre o tema em questão.

---

<sup>26</sup> Esse perfil se repete em outras capitais brasileiras como Rio de Janeiro (Rio Invisível) e Recife (Recife Invisível)

#### 1.7.4 Aprofundamentos

A Revista Vogue é considerada a mais importante revista especializada em moda do mundo, circulando nos Estados Unidos desde 1892 e no Brasil desde 1975, sendo hoje editada em 22 países. No Brasil, a Revista faz parte do Grupo Globo e sua versão on-line está hospedada no Portal G1<sup>27</sup>.

A matéria de que trata essa análise foi veiculada em setembro de 2017 na versão on line da Vogue Brasil e tinha como objetivo divulgar uma iniciativa da ONG ARCAH – Associação para o Resgate a Cidadania por Amor a Humanidade. Trata-se de um texto curto, como é comum nos textos para internet e não fornece qualquer informação sobre a ONG, além do nome e das personalidades que a lideram – modelos, proprietárias de grifes e DJs – que foram referidas como “embaixadoras”. A ARCAH foi fundada por três jovens herdeiros paulistanos em 2016 e tem uma atuação específica com moradores de rua em São Paulo a partir de quatro projetos sociais. As embaixadoras são pessoas com boa inserção nas mídias e escolhidas por marcas e/ou instituições para representá-las.

O objetivo explicitado da ONG com o projeto “Nós”, que incentivou abraços entre celebridades e pessoas em situação de rua, era mostrar que, independentemente das condições sociais, identidade, cor ou raça e credo “somos todos iguais”. As fotos além de divulgadas na mídia, fariam parte de uma exposição em uma galeria de São Paulo, seriam usadas em camisetas vendidas numa grande loja de departamentos e pela internet e o valor arrecadado seria usado em benefício da ONG.

De acordo com a matéria, o projeto ainda mostrou o que havia em comum nas histórias de vida dos moradores de rua e das celebridades fotografadas: sonhos, esperanças e hobbies. Entretanto, a matéria não dá qualquer exemplo dessas semelhanças entre as celebridades e os moradores de rua fotografados, sendo que sequer nomeia as pessoas e/ou conta as suas histórias.

As pessoas em situação de rua fotografadas para o projeto foram banhadas, maquiadas e levadas para posar em estúdio. A condição social na qual estão inseridas foi totalmente apagada, foram despojados dos pertences que carregam, muitas vezes pendurados pelo corpo, foram tirados do território onde vivem – as praças, calçadas, viadutos que se tornaram suas

---

<sup>27</sup> Dados do Wikipédia. [https://pt.wikipedia.org/wiki/Vogue\\_\(revista\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Vogue_(revista)) em 18/02/2018.

moradias, e colocados despidos e maquiados em um estúdio. Seus corpos e as marcas inscritas neles, que fazem eles serem o que são para o olho do outro, ou seja, as marcas da rua e do tempo tatuadas nos corpos, foram apagadas. Maquiados, iluminados, desterritorializados, descaracterizados poderiam facilmente passarem por modelos passíveis de abraços. O olhar da matéria não era para eles, não houve uma concessão, nem para seus nomes, muito menos para suas vestes ou seus corpos como vividos por eles: machucados, sujos, envergonhados.

**Fotos Arcah: Alinne Moraes (Foto: Gabriel Wickbold / Divulgação)<sup>28</sup>**



<sup>28</sup> Revista Vogue. <https://vogue.globo.com/lifestyle/noticia/2017/09/alinne-moraes-bruno-gagliasso-e-mais-abracam-moradores-de-rua-em-campanha.html>

As redes sociais reagiram prontamente, as críticas foram inúmeras, apenas no site da revista foram mais de 400 comentários, a maioria deles negativos, criticando principalmente o interesse comercial do Projeto e o fato das pessoas não terem sido identificadas e todos os artistas e fotógrafos sim. Em menos de 48 horas a revista cancelou a possibilidade de as pessoas comentarem no site, o que não impediu a repercussão nas redes sociais como *Facebook* e *Twitter*.

Nesta situação há o que as imagens nos falam: de pessoas enquadradas num padrão, desfiguradas das suas situações, retiradas do seu território, despidas não apenas de suas roupas, mas ideologicamente de seus signos – completamente “domesticadas”, “canibalizadas” simbolicamente. Há ainda o que a matéria não fala: quem são aquelas pessoas? Quais as suas histórias? Por que não foram nomeadas? Como chegaram até ali? De onde vieram?

A linguagem do corpo vem da identidade social legitimada; o corpo, em sua aparência, é um produto social, portanto fruto de disputas (Bourdieu, 2014). Na matéria, apesar de postular retratar essas pessoas numa situação incomum, os corpos foram corrigidos para caberem no olhar desse outro, produtor e consumidor da Revista. Eram pessoas da rua, mas não cabiam como se apresentam na rua, suas aparências seriam agressivas em excesso, assim foram “corrigidos”.

### 1.7.5 Inconclusão

As tímidas iniciativas de políticas públicas voltadas para a população em situação de rua no Brasil, por mais que já garantam a inclusão dessa população no cuidado em saúde, por exemplo, através dos consultórios na rua, ainda estão longe de garantir uma vida mais cidadã. Para além das políticas desenvolvidas, a própria população tem se organizado em movimento reivindicatórios por mais saúde e demais direitos sociais, além de ocuparem espaços na mídia não tradicional e redes sociais com suas vozes e histórias pessoais, na busca por evitar intermediários.

As poucas aparições dessa população na mídia são em situações de conflito por ocupação de espaço, e de violência, o que corrobora na construção de sentidos sobre seus corpos, vistos como doentes e sujos e sua índole, presumindo-os violentos, desonestos. O caso analisado aqui, de uma mídia específica e que circulou em ambientes digitais não trata de nenhuma dessas situações, ao contrário, procura revestir-los com os signos da elite do país, pela ação

metonímica de um abraço produzido em um estúdio fotográfico. Mas, ao negar-lhes a possibilidade de um reconhecimento identitário, seja por seu reconhecimento como indivíduos ou como cidadãos que vivem nas ruas e que enfrentam situação de iniquidade social, apenas reforçam os estereótipos e os usam como argumento para o elogio aos membros da elite – celebridades – que se apresentam assim como seres solidários e humanos.

O que vimos não foi um episódio isolado. Tínhamos uma Revista voltada para as elites, apoiando um projeto de uma organização benéfica de pessoas do mesmo mundo social da Revista, que envolvia pessoas bem-sucedidas no meio artístico, brancas, ricas, belas e admiradas. Não era, evidentemente uma ação em prol da cidadania de nenhum segmento despossuído desses atributos. Mas tentou se fazer passar por isso. O sucedido também foi um bom exemplo da possibilidade que hoje temos, pelos recursos trazidos pela Internet, de identificar e reagir a esse tipo de manipulação.

## REFERÊNCIAS

- Bastos, C. M. y otros (s/f). *Pastoral do Povo na Rua: vida e missão*. São Paulo: Loyola.
- Bourdieu, P. (2014). Notas provisórias sobre a percepção social do corpo. *Proposições*, 25, (1/73), 247-256.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2008). *Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. [http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario\\_executivo\\_pop\\_rua.pdf](http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf)
- Ministério da Saúde (2012). *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (2016). *Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil*. Brasília: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=29303](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29303)
- Castel, R. (1997). As dinâmicas do processo de marginalização: da vulnerabilidade e desfiliação. *Cadernos CRH*, (26/27), 19-40.

Pinto, M. J. (1999). *Comunicação e Discurso*. Introdução à Análise dos Discursos. São Paulo: Hacker.

Silverstone, R. (2002). *Por que estudar a mídia*. São Paulo: Loyola.

Thompson, J. B (1998). *A mídia e a modernidade: uma teoria social da mídia*. Tradução de Wagner de Oliveira Brandão. Petropólis, Vozes.

Verón, E. (1980). *A produção do sentido*. São Paulo: Cultrix\USP.

Vogue. (s.f). *Alinne Moraes, Bruno Gagliasso e mais abraçam pessoas em situação de rua e vulnerabilidade social*. Confira as celebridades em cliques para a ARCAH – Associação de Resgate à Cidadania por Amor a Humanidade. <https://vogue.globo.com/lifestyle/noticia/2017/09/alinne-moraes-bruno-gagliasso-e-mais-abracam-moradores-de-rua-em-campanha.html>

## 1.8. Indicadores qualitativos de comunicação para a pesquisa em saúde.<sup>29</sup>

**Silvia Bezerra Santos**

Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Aggeu Magalhães  
sbsantos@cpqam.fiocruz.br

**Inesita Soares de Araujo**

Fundação Oswaldo Cruz –  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
inesita.araujo@icict.fiocruz.br

**Resumo.** Este trabalho apresenta a proposta de um conjunto de indicadores que possibilitam dimensionar qualitativamente a comunicação nos projetos de pesquisa em saúde que apresentem relação direta com grupos sociais. O argumento central da proposta baseia-se numa abordagem que discute o cenário da pesquisa em saúde no Brasil e a comunicação. São propostos dois grupos de indicadores: um referente à análise da dimensão da comunicação na estruturação do projeto de pesquisa e o outro a análise das práticas desenvolvidas para sua implantação.

**Palavras-chave:** comunicação e saúde; Comunicação e pesquisa em saúde; indicadores de comunicação.

### Introdução

No contexto de uma pesquisa de mestrado<sup>30</sup> elaboramos uma proposta de indicadores de comunicação para os projetos de pesquisa que incluem relação direta com populações locais, tomando como objeto empírico projetos desenvolvidos num instituto público de pesquisa em saúde, o Instituto Aggeu Magalhães, unidade da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no Recife, Pernambuco, Nordeste do Brasil.

<sup>29</sup> Este artigo foi apresentado e publicado nos Anais do Grupo Temático 5 Comunicação e Saúde do X Congresso da Associação LatinoAmericana de Pesquisadores em Comunicação (ALAIC), Bogotá-Colombia, 2010.

<sup>30</sup> A pesquisa foi desenvolvida no curso de Mestrado em Saúde Pública, no então Centro de Pesquisas (hoje Instituto) Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE, Brasil), concluída em 2007.

A proposta está alicerçada nas áreas de Comunicação, Ciência e Saúde, cada uma com suas especificidades, limites e fronteiras. São justamente os espaços fronteiriços, pontos de encontros, que delimitam o território onde foi desenvolvido o conjunto de indicadores que ora apresentamos. O primeiro ponto de encontro, intersecção da Ciência e da Saúde, é a Pesquisa em Saúde. O segundo é a Comunicação e Saúde. A reflexão sobre a rede de relações estabelecida entre esses pontos, tendo como cenário a gestão em instituições de ciência e tecnologia em saúde, nos levou a questionamentos sobre a inexistência de indicadores de comunicação nos projetos de pesquisa.

Em uma instituição de pesquisa em saúde são realizados estudos, muitos deles desenvolvidos em parceria com os serviços de saúde diversos municípios envolvendo, de uma forma ou de outra, relação com as comunidades locais. Neste sentido, têm um forte componente de comunicação, por dependerem de práticas de comunicação com a população. Entretanto, os projetos de pesquisa não consideram explicitamente a dimensão da comunicação no seu planejamento e na sua avaliação. E assim agem não por uma decisão objetiva e clara, mas por efeito naturalizante do modelo comunicacional hegemônico da comunicação nas instituições de saúde, que nega à comunicação um papel além do disseminador de conhecimentos, ou seja, privilegia exclusivamente seu caráter instrumental e, sobretudo, auxiliar, no interior de programas, projetos e ações específicas de saúde. Neste sentido, a comunicação – quando considerada – aparece como algo naturalmente incorporado às práticas de pesquisa, não havendo necessidade de seu planejamento ou avaliação. Esta situação de naturalização e invisibilidade acarreta, como consequência de sua ausência no planejamento das pesquisas, seu subdimensionamento e, quando ocorre, condução meramente instrumental e circunstancial.

No entanto, a qualidade (e o sucesso) de qualquer ação das instituições de saúde que incluem a relação com algum segmento da população é variável dependente da natureza e qualidade da comunicação praticada. Por outro lado, o avanço já ocorrido na saúde quanto às dimensões teórico-metodológicas e políticas da comunicação tornam irreversível a compreensão de sua natureza de processo social de produção dos sentidos e seu papel estruturante das relações de poder na sociedade. Em decorrência, toda prática técnico-científica do campo da saúde que inclui a relação com a sociedade implica em comunicação, que necessita ser planejada e avaliada, da mesma forma que todos os outros componentes dessas práticas. Essa discussão ainda não está sendo feita, nem mesmo a questão é considerada, apesar do crescimento da importância da comunicação nos fóruns científicos e acadêmicos da saúde.

Este era o cenário no período de 2005-2007, quando concluímos a pesquisa e continua sendo nos tempos atuais, já terminando a segunda década do século XXI. A dimensão instrumental da comunicação acentua-se e as instituições científicas cada vez menos operam com abordagens da comunicação como processo social. No contraponto, investem cada vez mais na prática da divulgação científica, em sua maioria apoiadas na pressuposição de um déficit de conhecimento sobre ciência por parte da população, decorrendo daí a promoção de processos de “tradução” desses conhecimentos em linguagem mais acessível.

Num outro ângulo da questão, podemos afirmar que as instituições não podem mais eximir-se da discussão sobre a implantação de um novo modelo de gestão científica e tecnológica, principalmente as instituições públicas de pesquisa. Diversos fatores têm levado à necessidade de uma reorganização das instituições pesquisa no Brasil. Entre eles, a mudança no papel do Estado, os novos padrões de concorrência e a globalização dos mercados, a emergência das tecnologias digitais e a configuração de novas linhas de pesquisas, além das mudanças na relação entre os participantes do processo de pesquisa como, por exemplo, as redes de pesquisa e o trabalho compartilhado (Sales Filho Paulino; Carvalho, 2001).

Da combinação dessas reflexões, surge a proposição de um conjunto de indicadores que permita avaliar a dimensão e a qualidade da comunicação no planejamento dos projetos de pesquisa desenvolvidos por instituições de saúde, que apresentem relação direta com grupos sociais.

A concepção de comunicação que sustenta a proposta aponta para um processo baseado na interlocução e na negociação de sentidos. Supõe um fluxo contínuo de informação e saberes entre pessoas e comunidades discursivas (Maingueneau, 1993; Araujo, 2003), desta forma reconfigurando o tradicional entendimento da prática comunicativa como uma ação bipolar entre um polo emissor e um receptor, filiada aos modelos informacionais. Operando sempre em contextos específicos, os quais a ajudam a configurar ao mesmo tempo em que são configurados, os fluxos são multidirecionais e percorrem redes materiais e virtuais. Os interlocutores deslocam-se por essa rede, ocupando lugares mais ao centro, ou mais à periferia, de acordo com sua possibilidade maior ou menor de serem ouvidos e levados em consideração (Araujo, 2003).

### **1.8.1. A pesquisa em saúde e a comunicação**

Em todo o mundo, o setor Saúde vem tendo uma crescente importância econômica e social, além de estar passando por um grande processo de tecnificação e implantação de estruturas de

pesquisa cada vez mais complexas para enfrentar os desafios sanitários do mundo contemporâneo. Desde a década de 1980, como revela documento do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2005), passou a existir uma forte articulação entre os países em torno da ideia de que a Pesquisa em Saúde é uma ferramenta importante para a melhoria da situação de saúde das populações e para a tomada de decisões na definição de políticas e no planejamento em saúde.

Toda uma movimentação internacional pro pesquisa em saúde produz reflexos no Brasil, onde se verificou, nas duas últimas décadas, um amplo processo de discussão para prover o setor de uma retaguarda científica e tecnológica de acordo com as especificidades e necessidades regionais e locais. No Brasil, o setor Saúde representa o maior componente de toda a produção científica e tecnológica. De acordo com Guimarães (2006), as atividades de pesquisa em saúde representam cerca de um terço de toda a atividade de pesquisa no país, excluindo-se as realizadas no setor privado<sup>31</sup>.

Apesar disto e do artigo 200, inciso V, da Constituição Federal, que estabelece como competência do Sistema Único de Saúde (SUS) determinar o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, há um consenso que a pesquisa não tem tido a devida atenção nas políticas de saúde. Em anos mais recentes (particularmente a partir de 2003), porém, foram empreendidas importantes iniciativas para a estruturação de uma política para o setor, como a realização de quatro Conferências Nacionais de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde e a publicação da “Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde” e da “Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde”.

A comunicação ainda ocupa um tímido papel nesse cenário. Sendo tradicionalmente percebida por uma ótica que apenas contempla sua dimensão instrumental, tem tido historicamente grande dificuldade para se impor como lócus de produção de um saber científico, do âmbito das ciências sociais em saúde. Um primeiro movimento foi feito neste sentido, ao ser incluída em 2005 na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, possibilitando assim a abertura de editais específicos de financiamento. Antes, o então Programa Nacional de Aids já havia acolhido em seus editais projetos de pesquisa na interface desse agravo com a comunicação. Por sua vez, a Fundação Oswaldo Cruz tem ampliado essa possibilidade, incluindo – ainda que timidamente – a comunicação entre suas áreas de

---

<sup>31</sup> Dados de censo do CNPq (2016) indicam que foram registradas 147.392 linhas de pesquisa, assim distribuídas: 18% nas Ciências Humanas, 16% nas Engenharias e nas Ciências da Computação, 15% nas Ciências da Saúde, 12% nas Biológicas, 12% nas Agrárias, 11% nas Ciências Exatas, 11% nas Sociais Aplicadas e 5% em Linguística, Letras e Artes. Individualmente, as áreas de Educação, Medicina e Agronomia são as três maiores em número de linhas de pesquisa (CNPq, 2019)

fomento à pesquisa. Então, podemos dizer que já existe em formação, ainda que em espaços restritos, a ideia da comunicação como ciência.

Em contrapartida, ainda temos muito que avançar para que se perceba a prática da comunicação como uma dimensão constitutiva dos processos sociais, a ponto de incluí-la entre os indicadores de saúde. A comunicação está ausente de todos eles, tanto em projetos de pesquisa, como apontados neste texto, como nos indicadores de desigualdades sociais em saúde. Ainda há um longo caminho a percorrer.

Neste sentido, vale o alerta de Pellegrini Filho quanto à importância fundamental da comunicação para que de fato as políticas de saúde e de pesquisa em saúde se integrem e se consolidem como políticas públicas direcionadas ao interesse público e à promoção da equidade, dependendo para isto de que, no processo de definição das mesmas, haja participação de um maior número de atores, espaços e oportunidades de interação entre eles, além de acesso equitativo a informações e conhecimentos científicos pertinentes que permitam a defesa fundamentada dos interesses específicos (Pellegrini Filho, 2004).

### **1.8.2 Comunicação e saúde e indicadores**

Chegamos aqui ao segundo ponto de encontro, o da Comunicação e Saúde. Estudos revelam que historicamente as políticas e práticas de saúde sempre contaram com a contribuição da comunicação, com fins bem específicos: difundir para a população as concepções médicas-científicas hegemônicas e implantar as normas, condutas e valores estabelecidos pelas autoridades sanitárias (Cardoso, 2001). Quando isto se transpõe para o campo científico estrito, mantém-se o caráter da comunicação como um conjunto de procedimentos destinados a fazer circular o conhecimento produzido pelas instâncias produtoras de conhecimento científico. A comunicação continua como um lugar definido principalmente pelo seu papel de transferência de uma informação para a sociedade dos resultados alcançados no desenvolvimento das atividades da área, lugar que corresponde à visão instrumental da comunicação, ainda dominante nas instituições de saúde.

Apesar dos avanços teóricos no campo comunicacional, observa-se que a comunidade científica cada vez mais percebe a comunicação como modo de informar a seus pares e à sociedade sobre suas pesquisas. As denominações divulgação científica e comunicação pública da ciência traduzem esse tipo de investimento. A divulgação científica já conseguiu espaço na agenda política, tendo inclusive um departamento no Ministério da Ciência e Tecnologia (Departamento de Popularização e Difusão de C&T).

Há, porém, alguns sinais de novos enfoques neste quadro, entre os quais é possível apontar os relativos às discussões teóricas e metodológicas. Algumas instituições de pesquisa e ensino em Saúde se empenham em pesquisas de comunicação que contemplem o desenvolvimento metodológico e a dimensão estruturante dos processos sociais, que consideram inerente à prática comunicativa<sup>32</sup>.

Esses estudos procuram incorporar e desenvolver novas abordagens teóricas da comunicação. Uma dessas, que vem orientando estudos pós-graduados sobre comunicação na saúde, é o modelo teórico-metodológico da Comunicação como Mercado Simbólico (Araujo, 2002), que pensa a comunicação como um processo de produção, circulação e apropriação, caracterizando-se assim um mercado de bens simbólicos. Como todo mercado, é dinamizado por dois elementos, a negociação e a concorrência. Nesse caso, a concorrência que se estabelece é entre perspectivas possíveis sobre os fatos sociais e os agentes, perspectivas que resultarão em modos diferentes de agir sobre a realidade.

A perspectiva do mercado simbólico considera, entre outros elementos, que os processos sociais – incluindo-se aqui os processos de produção do conhecimento científico – dependem dos sentidos que são produzidos nas práticas comunicativas, sentidos que são múltiplos, operam em rede e são contextuais. Por este prisma, a possibilidade de comunicar pode ser vinculada à capacidade de contextualizar (Pinto, 1999). Esta afirmação tem consequências importantes para a pesquisa em saúde, especificamente aquela que envolve uma relação direta com segmentos da população, como muitas que são desenvolvidas nos institutos de pesquisa em saúde no Brasil. A proposta de indicadores que trazemos considera esse pressuposto e procura suprir lacunas produzidas pelo seu desconhecimento.

Segundo dados do Relatório de Atividades da Fiocruz Pernambuco (Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 2005) na época em que esta proposta foi desenvolvida, mais de 90 pesquisas estavam em andamento<sup>33</sup>, sendo que muitas delas envolviam uma relação direta com a população, embora, reiterando o já comentado, a comunicação existisse porque era necessária, mas não por ser considerada parte da atividade científica, apenas um acessório instrumental complementar a essa atividade.

<sup>32</sup> Citamos como exemplo dessas instituições o Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde da Fiocruz (Laces/Icict/Fiocruz), os cursos de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/ USP), o de Saúde Coletiva na Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e, mais recentemente, na Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (FS/UnB).

<sup>33</sup> Atualizando os dados, de acordo com o último Relatório de Atividades divulgado pelo Instituto, referente ao período 2015-2016, haveria um total de 190 projetos de pesquisa em desenvolvimento no IAM/Fiocruz (Instituto Aggeu Magalhães, 2016).

No contraponto (e diríamos que contraditoriamente), a Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em C&T e Saúde (2005b) incluiu a Comunicação entre suas preocupações e recomendou, na sub agenda de Comunicação e Informação em Saúde – a realização de estudos relacionados ao tema (Ministério da Saúde, 2005). Além disto, o relatório da II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, 2005) apontou sete eixos condutores de uma política para o setor. Um deles é o mérito relativo à qualidade dos projetos, sendo que esta qualificação envolve questões de planejamento, de avaliação e de indicadores.

Os méritos científico, tecnológico e ético são requisitos fundamentais para garantir a alta qualidade das ações de P&D (*Pesquisa e Desenvolvimento*) em CT&I/S (*Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde*) financiadas pela sociedade, devendo ser avaliados por critérios e indicadores definidos de forma transparente (Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, 2005).

Se no âmbito da saúde pública a construção de indicadores tem sido já há algum tempo objeto de investimento por parte de pesquisadores e profissionais da área – nos aspectos epidemiológicos e no planejamento e avaliação dos serviços de saúde – no âmbito da comunicação eles praticamente inexistem. A prática tradicional de avaliação da comunicação – e aqui não estamos falando de pesquisa, mas de atividades de intervenção – tem se valido de indicadores quantitativos, que correspondem certamente ao modelo transferencial, que preconiza como resultado a mudança de hábitos da população. O principal indicador, então, é o número de pessoas que adotou determinado procedimento sanitário.

Quando desejamos pensar os indicadores qualitativos de comunicação, em termos de pesquisa, mais precisamente em termos de planejamento de atividades de pesquisa, a partir de um enfoque teórico que abandona a perspectiva instrumental e transferencial, deparamo-nos com uma lacuna no conhecimento disponível. Na área da Comunicação, como disciplina das Ciências Sociais Aplicadas, a discussão em relação aos indicadores qualitativos é recente. Em artigo sobre necessidade de pensar e construir indicadores qualitativos no âmbito das tecnologias da Informação e da Comunicação, Honorato revela que a construção desses indicadores tem sido objeto de vários debates internacionais nos meios acadêmicos e institucionais. É preciso reunir, segundo ele, estudiosos de várias áreas para um debate mais rigoroso para a construção dos mesmos (Honorato, 2003). As dificuldades na elaboração dos indicadores não deveriam ser vistas como um obstáculo, mas como um desafio, onde o fundamental é ter bem definido o modelo de comunicação correspondente.

### 1.8.3 Matriz de análise

Para constituir o conjunto de indicadores, construímos – a partir de projetos de pesquisa vigentes em 2006 na Fiocruz em Pernambuco – uma matriz de análise com duas finalidades: analisar a dimensão estrutural da comunicação no projeto, isto é, identificar se a comunicação está ou não contemplada em sua estrutura; e analisar as relações comunicativas previstas entre os principais atores que participam dos projetos de pesquisa em saúde. Sendo assim, a matriz analítica apresenta dois eixos. Um refere-se à análise da dimensão da comunicação na estrutura do projeto e o outro às práticas de comunicação previstas para o seu desenvolvimento. Cada eixo é constituído pelos seus principais elementos formadores e cada elemento compreende um conjunto de critérios identificadores.

Os elementos do Eixo 1 - que avalia a estrutura dos projetos - foram baseados no formulário para a solicitação de financiamento de projetos de pesquisa do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde. Os elementos do Eixo 2 vieram de cada um dos três momentos que compõem o ciclo produtivo da comunicação, formado pela produção-circulação-apropriação dos sentidos sociais (Véron, 1981).

Este processo não deve desvincular seus componentes e sim ser planejado por inteiro. Se, por um lado, teoricamente na produção já estão definidas as condições de circulação e apropriação, por outro, a fragmentação impede a participação efetiva dos grupos sociais na geração do conhecimento.

Na matriz de análise, no elemento produção, a questão central é avaliar os procedimentos relativos ao planejamento que visam dar materialidade a uma prática comunicativa. No elemento circulação, é analisar os processos pelos quais a informação será disseminada, ou seja, os fluxos da comunicação. A forma como as pessoas se apropriam dos procedimentos das pesquisas, secundada pela sustentabilidade dos processos e o uso que fazem do que foi vivenciado é o centro da análise do elemento apropriação dos sentidos sociais.

O instrumento de análise foi construído a partir da análise dos projetos selecionados e entrevistas semiestruturadas com os pesquisadores e técnicos de tais projetos e tem como base teórica as premissas conceituais do modelo da comunicação como um mercado simbólico. A seguir apresentamos o desenho da matriz:

**Eixo 1. Dimensão da comunicação na estrutura dos projetos de pesquisa.**

**Tabela 1. Eixo 1 da Matriz de Análise.**

Elementos de análise	Critérios
Objetivos e metas	Estratégias de comunicação são incluídas nos objetivos específicos Indicação de desenvolvimento de ações integradas de comunicação como meio para atingir os objetivos da pesquisa
Metodologia/Estratégias de ação	Inclui a comunicação como elemento de mediação nos processos e práticas da pesquisa contempladas nos objetivos Aponta para o desenvolvimento de ações de comunicação como forma de otimizar a obtenção de dados para o estudo
Equipe	Equipe conta com participação de profissional de comunicação. Indicação da participação do profissional de comunicação em todas as fases do projeto: planejamento/execução/avaliação do projeto
Resultados desejados	Indicativo de resultado referente à participação da comunidade na execução do projeto a partir das estratégias de comunicação planejadas. Indicativo de resultado relativo ao envolvimento da comunidade no controle do agravo estudado a partir das estratégias de comunicação planejadas.
Investimentos estimados	Previsão de investimento, no cronograma financeiro, para as atividades e ações de comunicação. Proporcionalidade dos investimentos previstos para comunicação, em relação aos demais itens necessários para a realização do estudo.

**Eixo 2. Avaliação das práticas de comunicação previstas nos projetos de pesquisa.**

**Tabela 2. Eixo 2 da Matriz de Análise.**

Elementos de análise	Critérios
Produção	Planejamento de estratégias de produção de mensagens Integração da equipe responsável pela comunicação com todos os membros da equipe do projeto envolvidos no trabalho de campo Participação da comunidade na produção de mensagens
Circulação	Parcerias com organizações da comunidade para promover a circulação de informações sobre a pesquisa. Apenas com a escola Com outras organizações Aproveitamento de canais de comunicação existentes na comunidade para fazer circular a informação e obter participação. Agentes de saúde Outros canais Previsão de espaços e atividades de comunicação durante o período da pesquisa Apenas palestras para a comunidade Outros espaços e atividades
Apropriação	Previsão de canais de expressão para a população envolvida na pesquisa Previsão de monitoramento e avaliação da pesquisa, sob o aspecto da participação da população. Previsão de instrumentos de registro das práticas e da fala da população, acerca da pesquisa.

**1.8.4 Os indicadores: uma proposta**

A dimensão da comunicação dos projetos de pesquisa deverá ser avaliada por meio de dois grupos de indicadores. O primeiro grupo é formado por indicadores relativos à análise da dimensão da comunicação na estrutura dos projetos. Tem como base o Eixo 1 da matriz de

análise. O segundo grupo é composto por indicadores relativos às práticas de comunicação dos projetos, que na matriz de análise referem-se ao Eixo 2.

O conjunto dos indicadores está estruturado num formato de escala gradativa que permite avaliar o estágio de cada elemento constitutivo, no qual a coluna à direita corresponde à situação mais desejada.

### **1.8.5 Procedimento de avaliação**

A primeira coluna não recebe pontuação;  
para cada opção assinalada na segunda coluna, somar um ponto;  
para cada opção assinalada na terceira coluna, somar dois pontos.

A pontuação final ficará em uma escala de 0 a 10, assim interpretada:

0 a 3 pontos = Projeto não reconhece a importância da comunicação para o estudo, nem aponta em sua estrutura ações de comunicação para seu desenvolvimento.

4 a 7 pontos = Projeto reconhece a importância da comunicação para atingir os seus objetivos mas não explicita de forma satisfatória em sua estrutura.

8 a 10 pontos = Projeto reconhece a importância da comunicação para atingir os seus objetivos e contempla ações de comunicação em sua estrutura.

Para os indicadores do Grupo 2, a avaliação deverá ser feita pelo somatório de cada um dos três momentos que compõem o ciclo produtivo simbólico da comunicação. Cada momento tem a pontuação máxima de 6 pontos. A escala final de pontuação vai de 0 a 18, que deverá assim ser interpretada:

0 a 6 pontos = As práticas de comunicação do projeto devem ser revistas. Não contemplam todo o ciclo simbólico da comunicação.

7 a 13 pontos = As práticas de comunicação do projeto podem ser otimizadas. Não contemplam satisfatoriamente todo o ciclo simbólico da comunicação.

14 a 18 pontos = As práticas de comunicação do projeto estão em equilíbrio. Contemplam adequadamente todo o ciclo simbólico da comunicação.

**Enunciado geral:** Considerando a necessidade de interagir com determinados grupos populacionais, o projeto de pesquisa, em relação a:

### Grupo 1

Indicadores relativos à dimensão da comunicação na estrutura dos projetos de pesquisa.

**Tabela 3. Grupo 1 de indicadores.**

<b>Meta(s)</b>	<b>Não reconhece a importância da comunicação para atingir os objetivos da pesquisa e para interação e participação da população no estudo.</b>	<b>Reconhece a importância da comunicação para atingir os objetivos da pesquisa, mas não faz nenhuma referência a sua inserção.</b>	<b>Reconhece e indica o desenvolvimento de ações integradas de comunicação para atingir os objetivos do estudo para interação e participação da população no estudo.</b>
	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Metodologia</b>	<b>Não há indicação de ações de comunicação como forma de otimizar a obtenção de dados para a pesquisa, nem inclui a comunicação como mediador nos processos e práticas da pesquisa.</b>	<b>Há indicação de ações de comunicação apenas para obtenção de dados para a pesquisa.</b>	<b>Há indicação de ações de comunicação como forma de otimizar a obtenção de dados para a pesquisa, e inclui a comunicação como elemento mediador nos processos e práticas da pesquisa.</b>
	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Equipe</b>	<b>Na equipe do projeto não há indicação de participação de profissional de comunicação.</b>	<b>Na equipe do projeto não há indicação de profissional de comunicação. Há previsão apenas que organização parceira se encarregará das ações de comunicação.</b>	<b>Na equipe de participantes está prevista a participação profissional de comunicação nas fases de planejamento, execução e avaliação.</b>
	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Resultado</b>	<b>Entre os resultados esperados não há indicativos sobre a participação da comunidade no projeto a partir das estratégias de comunicação planejadas.</b>	<b>Há indicativo de resultado sobre a participação da comunidade na execução do projeto a partir das estratégias de comunicação planejadas.</b>	<b>Há indicativo de resultado sobre a participação da comunidade na execução e no controle do agravio estudado a partir das estratégias de comunicação planejadas.</b>
	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Investimento</b>	<b>Não há nenhuma referência a cronograma financeiro de investimentos nas ações de comunicação.</b>	<b>Indicação de investimentos para as ações de comunicação, mas sem possibilidade de dimensionar a sua proporcionalidade em relação aos demais itens do projeto.</b>	<b>Há previsão de investimento cronograma financeiro para as ações e atividades de comunicação, sendo proporcional aos demais itens necessários para a realização do estudo.</b>
	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**PONTUAÇÃO FINAL:** 0

## Grupo 2

Indicadores relativos às práticas de comunicação dos projetos de pesquisa

**Tabela 4. Grupo 2 de indicadores**

INDICADORES DE PRODUÇÃO		
As estratégias de comunicação não são planejadas pela coordenação do projeto.	As estratégias de comunicação são planejadas pela coordenação do projeto e informadas às equipes envolvidas no trabalho de campo.	Há encontros para planejamento das estratégias de comunicação pela coordenação do projeto com a participação de membros da equipe envolvidos no trabalho de campo.
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
As ações de comunicação são pensadas apenas pela coordenação do projeto.	A equipe responsável pela comunicação interage apenas com a coordenação do projeto.	A equipe responsável pela comunicação trabalha de forma integrada com a coordenação do projeto e membros da equipe do trabalho de campo.
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
A comunidade não participa do processo de produção das mensagens.	A participação da comunidade ocorre apenas nos momentos em que a equipe de comunicação necessita identificar o conhecimento, práticas e atitudes do público prioritário sobre o agravo estudado para a produção de mensagens.	Há envolvimento da comunidade no processo de produção das mensagens.
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>PONTUAÇÃO:</b>		<b>0</b>
INDICADORES DE CIRCULAÇÃO		
O projeto não estabelece parcerias com organizações da comunidade com o objetivo de fazer circular informações sobre a pesquisa.	O projeto estabelece parcerias apenas com o serviço de saúde e com a escola locais.	O projeto estabelece parcerias com diversas organizações da comunidade para promover a circulação de informação sobre a pesquisa.
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
A pesquisa só utiliza o agente de saúde como meio de fazer circular a informação sobre a pesquisa.	A pesquisa utiliza o agente de saúde e meios tradicionais de comunicação para fazer circular informações sobre a pesquisa.	O projeto mapeia e incorpora diversos canais de comunicação existentes na comunidade, além do agente de saúde e dos meios tradicionais de comunicação.
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Palestra para comunidade é a única atividade de comunicação realizada durante a pesquisa.	A pesquisa tem, apenas, como atividade de comunicação, a realização de palestra e o uso de instrumentos como folheto e carro de som.	Há previsão de espaços e atividades variados durante o período da pesquisa.
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>PONTUAÇÃO:</b>		<b>0</b>

**INDICADORES DE APROPRIAÇÃO**

A pesquisa não prevê canais de expressão para a população envolvida na pesquisa.	Há previsão de canais de expressão para a população envolvida na pesquisa.	Os canais de expressão para a população envolvida na pesquisa são escolhidos de acordo com o perfil da comunidade de estudo.
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Não há previsão de monitoramento e avaliação da pesquisa, sob o aspecto da participação da população.	Há previsão de avaliação da pesquisa, sob o aspecto da participação da população.	Há previsão de monitoramento e avaliação da pesquisa, sob o aspecto da participação da população.
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
A pesquisa não prevê utilização de instrumentos de registro das práticas e da fala da população sobre a pesquisa.	A pesquisa não prevê utilização de instrumentos de registro das práticas e da fala da população sobre a pesquisa, mas prevê algum outro mecanismo que garanta o sistema de aprendizado.	Há previsão de instrumentos de registro das práticas e da fala da população sobre a pesquisa.
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>PONTUAÇÃO:</b>	<b>0</b>	
<b>PONTUAÇÃO TOTAL:</b>	<b>0</b>	

### 1.8.6 Últimas considerações

Partindo de uma abordagem que aportou de forma cruzada elementos sobre o cenário da pesquisa em saúde no Brasil e a gestão científica e tecnológica em saúde, formulamos uma proposta de indicadores qualitativos de comunicação para o planejamento e a avaliação da pesquisa em saúde, com a intenção de contribuir para uma metodologia de avaliação das práticas de comunicação.

Esta é uma proposta preliminar, baseada num universo empírico específico. Assim sendo, os indicadores deverão ser experimentados em outros contextos, avaliados e, se necessário, reconfigurados. Nossa expectativa é a de que, a partir desse processo de maturação, possam vir a contribuir para o desenvolvimento da gestão de projetos de pesquisas realizados não só da Fiocruz Pernambuco, mas também nas instituições de C&T em Saúde, em geral e para o desenvolvimento metodológico do campo da Comunicação e Saúde.

Por outro lado, ficou bastante claro para nós que o tema dos indicadores de comunicação remete a questões relativas à gestão de projeto e às discussões do modelo de gestão científica e tecnológica nas instituições públicas de pesquisa. Na maioria dos institutos públicos de pesquisa brasileiros, a pesquisa ainda tem uma estrutura fortemente acadêmica, disciplinar, com alto grau de especificidade. Esta lógica acadêmica tem consequências importantes para a gestão dos projetos que, por sua vez, tem consequências também importantes quando se pensa

na implantação da proposta. A comunicação tem estado ausente desse universo, produzindo lacunas e dificultando os processos. Temos, porém, esperança de que os novos cenários que se desenham na saúde façam soprar novos ventos e possamos cogitar em fazer um novo trabalho, desta vez avaliando a implantação dos indicadores em projetos de pesquisa em saúde.

## REFERÊNCIAS

- Araújo, I. S. (2000). *A reconversão do olhar*. São Leopoldo: Unisinos.
- Araújo, I. S. (2002). *Mercado simbólico: interlocução, luta, poder*. Um modelo de comunicação para políticas públicas. Tese Doutorado em Comunicação e Cultura. Rio de Janeiro: Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro,
- Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. (2005). *Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde*. Brasília: Ed. Ministério da Saúde.
- Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. (2005b). *Agenda nacional de prioridade de pesquisa em saúde*. Brasília: Ed. Ministério da Saúde.
- Cardoso, J. (2001). *Comunicação, saúde e discurso preventivo*: reflexões a partir de uma leitura das campanhas nacionais de AIDS veiculadas pela TV (1987-1999). Dissertação (Mestrado). Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. (2006). *Relatório de atividades=Activities report 2005*. Recife: MXM Gráfica e Editora.
- Instituto Aggeu Magalhães. (2016). Relatório de atividade. Recife. file:///C:/Users/silvi/Downloads/Relatorio\_de\_atividades\_2015-2016.pdf
- Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (2004). *Relatório consolidado...* Brasília: Ministério da Saúde.

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (2019). Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, censo 2016. <http://lattes.cnpq.br/web/dgp/censo-atual/>

Guimaraes, R. (2006). Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. *Revista de Saúde Pública*, 40, 3-10.

Honorato, C. (Noviembre, 2003). Indicadores sociais da utilização da tecnologia da informação e da comunicação. *Sete Pontos: Informativo da Cúpula Mundial da Sociedade da Informação*, [S.l], Año 1 (10). <http://www.comunicacao.pro.br/setepontos>

Maingueneau, D. (1993). *Novas tendências em análise de discursos*. Campinas: Pontes/Unicamp.

Pellegrini, A. (2004). Pesquisa em saúde, política de saúde e eqüidade na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2), 339-350.

Pinto, M. J. (1999). *Comunicação e Discurso*. São Paulo: Hacker.

Sales, S. L. M., Paulino, S. R. y Carvalho, S. M. P. (2001). Reorganização em instituições públicas de pesquisa: Embrapa e Fiocruz. *Cadernos de Ciência & Tecnologia*, 18, (3), 11-38.

Santos, S. B. (2007). *Comunicação, ciência e saúde: uma proposta de indicadores de comunicação para projetos de pesquisa do CPqAM/Fiocruz*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

Véron, E. (1981). *A produção de sentido*. São Paulo: Cultrix.

## **II. TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN Y DE LA SALUD, eHEALTH**

## **2.1. Propuesta de innovación social para el empoderamiento en salud de madres colombianas desde una clínica de alta complejidad.<sup>34</sup>**

**Doris Elena Muñoz Zapata**

Universidad Pontificia Bolivariana (UPB), Facultad de Comunicación Social, Colombia  
doris.munoz@upb.edu.co

**Beatriz Elena Marín Ochoa**

Universidad Pontificia Bolivariana (UPB), Facultad de Comunicación Social, Colombia  
beatrize.marin@upb.edu.co

**Juan Guillermo Barrientos Gómez**

Universidad Pontificia Bolivaria (UPB), Facultad de Comunicación Social, Colombia  
juan.barrientos@upb.edu.co

**Resumen.** A partir de un estudio de caracterización de las mujeres en gestación frente a la construcción de hábitos de vida saludable, en relación con medios de comunicación y personal de salud como fuentes de información, se formula una propuesta de innovación social que vincula a diversos actores hacia el empoderamiento en salud de esta población a través de un proyecto educativo para la promoción de la salud que surge en el entorno hospitalario, apoyado en la Web Social. Se analizan las condiciones para alcanzar dicha innovación desde los postulados de la sociología de los usos, la apropiación e innovación social.

**Palabras clave:** apropiación; innovación social; empoderamiento; comunicación y salud.

### **2.1.1 Tema central**

Un estudio realizado con la población de las mujeres atendidas en sus partos y pospartos una clínica de alta complejidad en la ciudad de Medellín<sup>35</sup>, encontró una relación significativa

<sup>34</sup>. Este artículo fue presentado y publicado en las Memorias del Grupo Temático 5 Comunicación y Salud del XIV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIC), San José-Costa Rica, 2018.

<sup>35</sup> El proyecto de investigación: Factores Biológicos Psicológicos y Socioculturales de los Hábitos Saludables en Pacientes Gestantes Atendidas en una Institución de Salud de Alta Complejidad de la Ciudad de Medellín, fue desarrollado durante el periodo de agosto de 2014 y junio de 2015, por un equipo interdisciplinario de ocho (8) investigadores y 15 auxiliares de investigación pertenecientes a seis (6) grupos de investigación de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín -

entre la percepción favorable de la información recibida a través de los medios de comunicación y los factores sociodemográficos: zona de residencia, escolaridad y ocupación; y un 49.1% de influencia de medios de comunicación en el cambio de hábitos durante el embarazo como los relacionados con la alimentación y el cuidado del bebé. También evidenció un 94.8% de comprensión de las instrucciones dadas por médicos y enfermeras, aunque en un 81.8% no se constituyeron en fuentes principales de consulta cuando requirieron explicaciones adicionales sobre temas relacionados con la salud del embarazo, los cuales tuvieron como principal fuente de consulta a otras personas cercanas y portales Web.

Este escenario se plantea como un punto de partida para el entendimiento de las potencialidades de convergencia entre la población materna, el personal de la salud, la comunicación y las TIC, para aportar a la concreción de un aspecto fundamental para el desarrollo social como lo es la promoción de la salud, desde una perspectiva que vincule la apropiación, la participación y el empoderamiento, al considerar que las principales causas de muerte en el Colombia<sup>36</sup> se concentran en enfermedades y factores que podrían prevenirse, desde aspectos que vinculan a los gobiernos y las entidades prestadoras de salud, pero también a personas y comunidades a través del autocuidado.

### 2.1.2 Metodología

La presente ponencia retoma resultados de la caracterización de esta población, vinculándolos a un proyecto en construcción de Educación para las madres y sus familias, además de los medios de comunicación e información de la clínica: Portal Web Materna y Facebook, para analizar desde los postulados de la sociología de los usos, la apropiación e innovación social, los componentes necesarios para impulsar un ejercicio de articulación entre los actores convocados en esta problemática que permita la construcción de una innovación social para la participación y el empoderamiento en salud.

Se parte de la investigación antes mencionada, que se llevó a cabo a través de un estudio cuantitativo descriptivo transversal, en el que se caracterizaron las condiciones

---

Colombia, 2015. En la Facultad de Comunicación está adscrito al Grupo de Investigación Gestión de la Comunicación (GESCOM). El proyecto general tuvo como propósito: identificar los factores biológicos, psicológicos y socio culturales presentes en los estilos de vida en salud en la población de mujeres en gestación.

<sup>36</sup> Según estudios del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE (2010)<sup>36</sup>, las principales causas de mortalidad de la población entre 1997 y 2010, obedecen en primer lugar a las enfermedades del sistema circulatorio, que oscilaron entre un 28 y un 30% de las muertes registradas (originadas por enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares que aparecen como las dos primeras causas más frecuentes: 45,7% y 23,8%, de manera respectiva). El segundo lugar, lo ocupan las causas externas (17 a 24%), entre las cuales sobresale que el 58% de las muertes fueron debidas a homicidios; seguido de accidentes de transporte (17,0%), causas intencionales no especificadas (6,1%) suicidios (5,5%), accidentes no especificados (5,2%), ahogamiento y sumersión accidental (2,8%) y caídas (2,7%).

sociodemográficas y las características de las gestantes frente a la comprensión de las instrucciones dadas por el personal de la salud, así como los medios de comunicación y su influencia en la toma de decisiones para la adopción de hábitos durante la gestación.

El universo poblacional estuvo constituido por las mujeres gestantes hospitalizadas en el servicio de obstetricia de una institución de alto nivel de complejidad de Medellín, en el 2014 y 2015. Se realizó un muestreo aleatorio simple. El tamaño de muestra estimada en Epidat, corresponde a 346 mujeres posparto, con una  $p: 0,5$  y un 95% de confianza.

Los resultados del proyecto mencionado constituyeron un insumo para convocar a profesionales de las áreas de salud, educación, psicología, comunicación, trabajo social y antropología, para generar un proceso de discusión en el que se lograra una integración de saberes a partir de las siguientes preguntas: ¿quién enseña?, ¿quién aprende?, ¿cómo?, ¿con qué?, ¿dónde?, ¿cuánto? y qué. Referidas a los roles orientados a enseñar y aprender, la situación de aprendizaje, los recursos, el contexto, la duración y el contenido. Dichas discusiones se llevaron a cabo, con una periodicidad mensual, durante un año (2017), en el cual se generaron presentaciones y documentos de trabajo respecto a cada uno de los componentes.

### **2.1.3 Resultados, discusión y reflexiones**

La necesidad de generar apropiación e innovaciones a partir de las TIC para el empoderamiento y la participación en salud, encuentra sustento en el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, que plantea entre sus propósitos: Desarrollar acciones encaminadas al fortalecimiento de la movilización, construcción de alianzas y desarrollo de redes de apoyo para el empoderamiento y la corresponsabilidad social por una cultura que promueva y proteja la salud. (PDSP 2012-2021). Dicha línea vincula acciones como: Movilización social, generación de entornos saludables, generación de capacidades sociales e individuales, apropiación social, participación ciudadana y educación en salud.

Para este análisis se entenderá el empoderamiento y la participación ciudadana en salud, desde la perspectiva del empoderamiento social, que propone que: “(...) este último alcance un nuevo nivel que posibilite la ampliación de la capacidad reflexiva y la participación de los individuos en procesos decisarios. (Carvalho, 2008; p. 342). De tal manera sería posible: “(...) el aumento de la capacidad de los individuos y de los colectivos para definir, analizar y actuar sobre sus propios problemas”. (Carvalho, 2008; p.342).

En la fase de discusión para el diseño del proyecto de educación para madres y familias de la Clínica Universitaria Bolivariana, en Medellín, Antioquia, se consideraron aspectos propios de la promoción de la salud y el empoderamiento para una definición de componentes que permitan un trabajo a partir de la comunidad misma, que conlleve a la innovación social en materia de autocuidado.

Como resultado de esa fase preliminar sobresalen en materia educativa los siguientes lineamientos: es necesario pensar a los profesionales que acompañan los procesos formativos, como facilitadores que deben comprender los diversos estilos de enseñanza (Isaza & Henao, 2012), así como los estilos de aprendizaje de la población y tener capacidad de actuar en coherencia con estos últimos y propiciar un rol activo por parte de los denominados pacientes y sus familiares y/o acompañantes a través de estilos que valoren la individualización, promuevan la participación y socialización. Es fundamental la valoración integral del contexto en términos socio culturales, así como entender los saberes previos, motivaciones, necesidades y expectativas frente al conocimiento en salud.

También se deben apoyar estos procesos en diversos medios entre los que se vinculan la Web social y medios de comunicación tradicionales como el video, la radio y algunos soportes impresos.

Frente a las expectativas de la comunicación y las TIC para el empoderamiento en salud, en países como España, existe la aspiración de contribuir a través de estas tecnologías a que el ciudadano asuma un papel activo y se corresponibilice de todo lo relacionado con su salud y enfermedad. (Kok, 2016). Al respecto, estudios como el De la Peña & Quintanilla (2015), evidencian como, por ejemplo, las redes sociales más allá de sus potencialidades como medios de comunicación, pueden convertirse en soporte social y funcionar como catalizadores frente a los comportamientos relacionados con la salud (De la Peña & Quintanilla, 2015).

Investigaciones relacionadas con el uso de las redes sociales para la salud (Heaney e Israel, 2008, Liang y Scammon, 2011, Buechel y Berger, 2012; Woolley y Peterson, 2012) concluyen que proporcionan apoyo y orientación social y emocional; también, facilitan las intervenciones de cambio de comportamiento, al conectar las personas y sensibilizarlas sobre los temas relacionados con la salud.

Los resultados plantean que las personas tienen una necesidad de compartir con los demás sus experiencias emocionales: temores y dudas sobre la salud. El compartir esas emociones puede

proporcionar beneficios inmediatos, aumentar el bienestar, a partir de la percepción frente al apoyo social. (Buechel y Berger, 2012)

Sin embargo, para no caer en determinismos frente a estas tecnologías se hace necesario un análisis de las características de las poblaciones involucradas (personal de la salud de la clínica, maternas y familias) a partir de los requerimientos para la apropiación tecnológica y de manera ideal la construcción de una innovación social que posibilite un mayor disfrute de la salud a través de la articulación de los actores involucrados.

En lo que respecta a condiciones sociodemográficas y de uso de medios de comunicación masiva y TIC, el estudio arrojó los siguientes resultados: la mayoría de las mujeres pertenece al estrato 2<sup>37</sup> en un 43,9% y le sigue 31,8% en el estrato 3. Del estrato 4, 5 y 6 sólo hubo 6,9%. Las variables más relacionadas con la valoración sobre la importancia de los medios fueron la ocupación y la zona de residencia, notándose una relación más favorable para aquellas mujeres residentes en la zona urbana y desfavorable en mujeres sin empleo. En cuanto a la percepción de las madres frente a sí los medios le ayudaron a mejorar comportamiento o hábito se encontró asociación significativa en el nivel de estudios: secundarios o mayores a técnicos. Temáticas como la alimentación y el cuidado del futuro bebé, son motivo de búsqueda en medios de comunicación masiva por la población embarazada, la cual prefirió en primer lugar Internet (62.4%) y luego la televisión (12.4%).

Esta caracterización se constituyó en un insumo para pensar las posibilidades de potenciar la clínica como espacio de convergencia para la promoción en salud, en el que además de aprovechar los conocimientos del personal del área, pudieran vincularse expectativas y necesidades de la población para su autocuidado. Dicho proceso está en construcción y se prevé como un programa de educación para las mujeres en sus maternidades, desde una perspectiva de promoción en salud, con el que se espera generar encuentros que permitan la participación y el empoderamiento de las comunidades aprovechando las TIC (Portal Web Materna y Facebook de la clínica) de manera transversal.

En principio, se reconocieron las limitaciones del estudio inicial, en tanto se debe profundizar en otros aspectos como los relacionados con la brecha digital, referida ésta última a las desigualdades en materia de cobertura y calidad de los servicios, pero de manera especial a las capacidades de las poblaciones para utilizar de manera estratégica (Martínez-Pecino & Delerue, 2016). Lo anterior, amerita ahondar en el por qué las mujeres no trabajadoras y las

<sup>37</sup> En Colombia la estratificación socioeconómica está direccionada por la valorización del lugar de residencia que se clasifica entre los estratos del uno al seis, si el uno es el estrato de más escasos recursos y el seis es el de mayores recursos económicos. Según esta clasificación la mayoría de mujeres que asisten a esta clínica se ubica en el grupo de escasos recursos económicos.

que se ubican en zonas rurales tienen una percepción menor frente a la incidencia de los medios y las TIC en los hábitos de vida durante su embarazo, para verificar si esto se relaciona con las posibilidades de acceso y la calidad de estos servicios u obedece más a aspectos culturales.

También se pone en consideración la necesidad de valorar de manera amplia aspectos relacionados con la cultura de estas poblaciones en tanto la trascendencia del uso hacia la apropiación social de las tecnologías plantea que: “(...) es necesario considerar el uso de la tecnología dentro de un marco discursivo más amplio, como elemento de una práctica social ligada a valores y representaciones compartidas en los espacios y entornos de actividad relevantes para cada grupo social.” (Toboso-Martin, 2014; p. 36)

La apropiación cultural constituye una meta indispensable para el logro de propósitos de innovación social, que requiere la participación de dicha comunidad en todo el proceso, desde el diseño mismo de la innovación para lograr la presencia significativa en la cultura, lo que se traduciría en la: “(...) presencia en los entornos prácticos y a su relación con el conjunto de las prácticas sociales que se desarrollan en ellos.” (Toboso-Martin, 2014; p. 38) El logro de este propósito, requiere además la comprensión profunda respecto a los valores culturales predominantes en estas poblaciones, en tanto: “En el estudio de la apropiación cultural vamos a considerar como ‘barreras’ la falta de satisfacción de los valores relevantes para el grupo social.” (Toboso-Martin, 2014; p. 38), lo cual implicaría, por ejemplo, la falta de usabilidad como barrera de uso.

Se involucra también la posibilidad de que a través de este ejercicio logren constituirse redes sociales de innovación, que según Olivé (2011) son aquellas que se crean a partir de problemas, para apropiarse del conocimiento existente, generar otro nuevo que permita realizar las acciones necesarias para solucionar el problema. Dentro de las características definitorias de estas redes, está también la participación de todos los involucrados en la problemática, además de expertos y especialistas en los temas.

Al considerar lo anterior, se puede valorar como un insumo adecuado la participación interdisciplinaria del equipo que construye el proyecto, así como la valoración previa de la población, pero se hace necesaria la vinculación activa de representantes de la comunidad (maternas y familiares), así como la amplitud respecto a qué tipo de problemas perciben frente a su salud y el autocuidado.

Con la concreción de esta red social de innovación, será posible contribuir a la apropiación fuerte del conocimiento científico y tecnológico al: “(...) articularlo con conocimientos

locales y tradicionales (...) en los que participen, de manera central, las comunidades que han generado y conservado los conocimientos locales y tradicionales pertinentes y, sobre todo, aquéllas afectadas por el problema en cuestión.” (Olivé, 2011; p. 119).

La constitución de esta red, además de aportar a la resolución de las problemáticas respecto a la promoción y prevención en salud, contribuye también en el logro de desafíos en materia comunicacional por parte de las organizaciones de la salud, respecto a la asimetría informativa entre el personal de la salud y los denominados pacientes: “(...) estos últimos no poseen la misma formación ni capacidad de comprensión que el profesional de la salud, lo cual dificulta enormemente el establecimiento de una relación comunicativa fluida” (Padilla, Medina & Jaramillo, 2014; p. 138).

Lo anterior, es relevante frente a la consolidación de las redes de innovación, pues otros estudios en población gestante muestran cómo es necesaria la complementariedad entre el manejo a través de las TIC y el relacionamiento con el personal de la salud: «La tecnología es percibida como una fuente de seguridad y confían plenamente en la competencia profesional de los expertos, aunque siguen demandando una mayor presencia de cualidades personales como el cariño y el trato deferente». (Fernández, 2016; p. 159).

Luego de un proceso de inclusión y valoración de los aspectos culturales involucrados y de construcción de redes sociales de innovación, será posible acercarse a una apropiación de las TIC involucradas (Portal y Facebook), desde una perspectiva que trascienda el uso y comprenda que: “(...) dichas tecnologías cumplen con un papel mediador muy importante pues se tornan un objeto que permite colocar en primer plano los procesos de construcción de relación social.” (Gómez-Mont, 2007, p.11).

Después de considerar los elementos analizados, se iniciará la implementación del proyecto de educación para madres y familias, partiendo con temas de lactancia, que han sido objeto de cuestionamientos permanentes por parte de la población y sus familiares, como un primer ejercicio para la construcción de un proyecto que pretende vincular distintos actores sociales y políticos, en la búsqueda de una innovación social para el empoderamiento frente al autocuidado para la salud y la participación en diferentes instancias sociales y políticas que involucren decisiones frente al disfrute de la salud.

## 2.1.4 Conclusiones

Es posible generar una innovación social a partir de un proyecto de promoción de la salud de madres y familias, en el que se promueva el empoderamiento de las comunidades, siempre y cuando se vincule desde el diseño de la propuesta representantes de la población y otros actores relacionados con el empoderamiento y la participación en salud. También se hace indispensable la comprensión e inclusión de aspectos culturales frente a los temas tratados y respecto al uso de las tecnologías involucradas que en este caso son la Web 2.0 y las redes sociales.

Un aspecto fundamental en la innovación propuesta consiste en que un entorno hospitalario que en el sistema de salud de Colombia se constituye en espacio de atención a la enfermedad, sea el que promueva la interacción y participación de los diferentes actores sociales para la generación de propuestas tendientes a la promoción en salud y a la generación de entornos saludables.

## REFERENCIAS

- Berger, J. A., y Buechel, E. (2012). Facebook therapy? Why do people share self-relevant content online?
- Carvalho, S. R. (2008). Promotion of health: "Empowerment" and education: a critical reflection as a contribution to the sanitary reform. *Salud Colectiva*, 4(3), 335-347.
- De la Peña, A., y Quintanilla, C. (2015). Share, like and achieve: the power of Facebook to reach health-related goals. *International journal of consumer studies*, 39(5), 495-505.
- Fernández A. M. I. (2016). Impacto de las Tecnologías de la Información en la interrelación matrona-gestante. *Index de Enfermería*, 25(3), 156-160.
- Gómez Mont, C. (2007). *La sociología de los usos: una perspectiva en construcción desde la escuela del pensamiento francófona y anglofona*. México: UAM.
- Kok, G., Gottlieb, N. H., Peters, G. J. Y., Mullen, P. D., Parcel, G. S., Ruiter, R. A., y Bartholomew, L. K. (2016). A taxonomy of behaviour change methods: An Intervention Mapping approach. *Health Psychology Review*, 10(3), 297-312.

Heaney, C. A., y Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 4, 189-210.

Isaza, L. y Henao, G.C (2012). Actitudes-estilo de enseñanza su relación con el rendimiento académico. *International Journal of Psychological Research*, 5(1) 133-141.

Liang, B., y Scammon, D. L. (2011). E□Word□of□Mouth on health social networking sites: An opportunity for tailored health communication. *Journal of Consumer Behaviour*, 10(6), 322-331.

Martínez Pecino, R. y Delerue Matos, A. (2016). ¿Están todos los que son? La brecha digital y las personas mayores. *Aspectos psicosociales de la comunicación*, 107-114.

OLIvé, L. E. Ó. N. (2011). La apropiación social de la ciencia y la tecnología. *CienCia, teCnología y demoCraCia*, 113.

Padilla, E. M., Medina, P. S., y Jaramillo, A. R. (2014). Influencia de la comunicación del profesional de la salud en la calidad de la atención a largo plazo. *Revista De Calidad Asistencial*, 29(3), 135-142.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2012). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

<http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Documents/Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%C3%BAblica.pdf>

Toboso, M. (2014). Perspectiva axiológica en la apropiación social de tecnologías. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad-CTS*, 9(25).

Woolley, P., y Peterson, M. (2012). Efficacy of a health-related facebook social network site on health-seeking behaviors. *Social Marketing Quarterly*, 18(1), 29-39.

## **2.2. Tecnologías de la comunicación e información (TIC) en la salud: caso influencia de las aplicaciones (App) en la prevención de la obesidad.<sup>38</sup>**

**Janet García González**

Universidad Autónoma de Nuevo León, México  
janetgarcia71@yahoo.com.mx.

**Lilia Maricela Mendoza Longoria**

Universidad Autónoma de Nuevo León, México  
lmmlongoria@hotmail.com

**Resumen.** La obesidad es reconocida como un importante problema emergente en los últimos años, son las nuevas tecnologías que a su vez brindan una solución para su combate. El objetivo es conocer la influencia de las nuevas tecnologías en salud, caso específico aplicaciones (App) en la obesidad para el cambio de comportamientos saludables como es en la nutrición, en la orientación de la información en el mejoramiento de la alimentación. Metodología: Investigación exploratoria descriptiva, método cuantitativo, con muestreo aleatorio simple de 220 personas de entre 15 a 54 años de sexo indistinto. Resultados: 48.3% aseguran que las apps tienen como influencia el cambiar sus hábitos alimenticios; el 49.5% la uso de 1 a 4 semanas. En conclusión, el efecto del tratamiento de los enfoques basados en las aplicaciones no es grande, pero su potencial para llegar a una gran audiencia podría tener un impacto significativo en la salud pública.

**Palabras clave:** obesidad; nuevas tecnologías; aplicaciones de salud.

### **Introducción**

La obesidad es una enfermedad de etiología multifactorial de curso crónico en la cual se involucran aspectos genéticos, ambientales y de estilo de vida.

---

<sup>38</sup>. Este artículo fue presentado y publicado en las Memorias del Grupo Temático 5 Comunicación y Salud del XIV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIC), San José-Costa Rica, 2018.

La carga mundial de la obesidad y la amenaza que suponen constituye un importante problema de salud pública que socava el desarrollo social y económico en todo el mundo siendo uno de los mayores desafíos del siglo XXI para la salud y el desarrollo, tanto por el sufrimiento humano que provocan como por los perjuicios que ocasionan en el entramado socioeconómico de los países, sobre todo de los de ingresos bajos y medianos (OMS, 2014)

La OMS presenta las estimaciones recientes a nivel mundial; entre 1975 y 2016, la prevalencia mundial de la obesidad se ha triplicado, con más de 1900 millones de adultos entre 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos; el 39% de los adultos de 18 o más años (un 39% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso y alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos. (OMS, 2016)

México y Estados Unidos, ocupan los primeros lugares de prevalencia mundial de obesidad en la población adulta (30 %), la cual es diez veces mayor que la de países como Japón y Corea (4 %) (Márquez-Sandoval, 2011). México ocupa el cuarto lugar de prevalencia mundial de obesidad infantil, con aproximadamente el 28.1% en niños y el 29% en niñas. Y presenta una prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares de 5 a 11 años del 19.8% y del 14.6% (Saldívar-Cerón, 2015)

Esto es, en nuestro país el sobrepeso y la obesidad, afecta a siete de cada diez adultos de las distintas regiones, localidades esto implica que los esfuerzos para prevenir este problema deben tener prioridad nacional, al mismo tiempo que obliga a planear e implementar estrategias y líneas de acción, dirigidas a la prevención y control de la obesidad del niño, el adolescente y el adulto.

Uno de los riesgos que actualmente, muchos países están afrontando es una “doble carga” de morbilidad mientras continúan encarando los problemas de las enfermedades infecciosas y la desnutrición, también experimentan un rápido aumento en los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, como la obesidad y el sobrepeso, sobre todo en los entornos urbanos. No es raro encontrar la desnutrición y la obesidad coexistiendo en el mismo país, la misma comunidad y el mismo hogar. Para evitar las crecientes desigualdades entre diferentes países y poblaciones se necesitan medidas urgentes a nivel mundial, regional y nacional que mitiguen esta amenaza. (OMS, 2016)

La experiencia global indica que la atención correcta de la obesidad y el sobrepeso, requiere formular y coordinar estrategias multisectoriales integrales y eficientes, con participación

social para su control, que permitan potenciar los factores de protección hacia la salud, particularmente para modificar el comportamiento individual, familiar y comunitario.

El uso de indicadores como el índice de masa corporal (IMC) y la medición de la circunferencia de cintura representan estrategias de detección clínica que nos permiten una adecuada clasificación de la gravedad de la enfermedad y del riesgo asociado a esta, para establecer así medidas de prevención o de manejo tanto de la obesidad como de sus enfermedades asociadas, especialmente en las poblaciones genéticamente susceptibles. Por otra parte, la promoción de actividad física moderada o vigorosa y la disminución de estilos de vida sedentarios, junto con la promoción de una dieta saludable, son acciones indispensables para la prevención y el control del sobrepeso y obesidad en la infancia, la adolescencia y, por consiguiente, del riesgo de enfermedades crónicas en la juventud y la edad adulta (Dávila-Torres, 2015).

Actualmente se dispone de tratamientos nutricionales, farmacológicos y quirúrgicos que pueden llegar a producir pérdidas de peso controladas que reporten beneficios para la salud del individuo. Sin embargo, la práctica clínica y la investigación han hecho evidentes las importantes limitaciones de los tratamientos tradicionales, relacionadas con la accesibilidad, el coste, la adherencia y la eficacia a largo plazo.

Esta actualización de obesidad se centra en las políticas de comunicación diseñadas para potenciar personas a tomar decisiones más saludables. Los nuevos desarrollos en las políticas de comunicación incluyen nuevos conceptos fáciles de entender esquemas de etiquetado de alimentos, campañas de medios masivos para aumentar conciencia pública, el uso de las redes sociales y las nuevas tecnologías para la salud campañas de promoción y una regulación reforzada de la comercialización de productos no saludables, especialmente cuando se dirigen a los niños.

Paquetes de políticas integrales, que incluyen no solo comunicación sino también intervenciones escolares, intervenciones en entornos de atención primaria, y políticas reguladoras y fiscales más amplias, proporcionan un costo asequible y rentable solución para combatir la obesidad.

Por lo cual se pone de manifiesto la necesidad de buscar nuevos enfoques efectivos a largo plazo, que sean económicamente viables y que puedan alcanzar a una población amplia de individuos, con el fin de comprometerlos e involucrarlos durante un periodo de tiempo prolongado. En este sentido, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) podrían constituir un método prometedor y plantearse como una alternativa a los tratamientos

tradicionales para reducir costes económicos, disminuir el tiempo entre visitas y mejorar la adherencia, el desarrollo de tecnologías, son las aplicaciones para teléfonos inteligentes (App) las que están adquiriendo una mayor relevancia (Aguilar, 2015)

La obesidad es un tema de actualidad al igual que las nuevas tecnologías, éstas son parte de diversos ámbitos como las comunicaciones, la vida laboral, personal, el ocio, etc. La utilidad de este tipo de herramientas ha hecho que la sociedad en general las haya asimilado muy rápidamente y ello a su vez, ha facilitado que se desarrollen de manera exponencial. En el campo científico, también se han reflejado los avances tecnológicos en diferentes ámbitos tanto a nivel teórico como aplicado, un ejemplo de ello, es la obesidad. En este contexto, la presente investigación estudia la relación de la obesidad con las nuevas tecnologías, ya que éstas han modificado de manera alarmante los estilos de vida de las personas, principalmente por su facilidad de uso y entretenimiento. Se ha observado un vinculado importante de su uso excesivo, con el sedentarismo, la obesidad, el estrés y otras enfermedades evitables.

Por lo tanto, se propone como objetivo principal, conocer el efecto de las nuevas tecnologías en salud, caso específico aplicaciones (Apps) en la obesidad para el cambio de comportamientos saludables como es en la nutrición, en la orientación de la información en el mejoramiento de la alimentación.

### **2.2.1. El contexto de las TIC en la salud**

En el contexto internacional existe un debate abierto en torno a la relación de las tecnologías de la información y su impacto en el desarrollo de la salud y el bienestar social. No obstante, existe consenso en que las experiencias presentadas a nivel mundial, son positivas en el mejoramiento de la salud a nivel individual y colectivo.

Algunos estudios (Chandrasekhar y Ghosh, 2002; Ask, Ekstrand y Hult et al., 2012) advierten de manera proyectiva que un mundo interconectado no sólo es ventajoso en términos de productividad económica, sino también en la calidad de vida. Al respecto, la OMS ha señalado que la utilización de las tecnologías en el sector salud, representa un instrumento para el logro de los objetivos del sistema. Mientras que Bukachi y Pakenham-Walsh (2007) refieren que las tecnologías de la información en salud, son herramientas que favorecen la comunicación y transmisión de información por medios electrónicos con la finalidad de mejorar el bienestar de los individuos.

En este sentido, en el campo de la salud, la internet es quizá una de las tecnologías más utilizada en los últimos años como fuente de información y conocimiento, si se observa su uso actual, se puede apreciar claramente que cada vez más, una cantidad vertiginosa de aplicaciones tradicionales y otras altamente innovadoras están revolucionando los procesos diagnósticos, terapéuticos, de vigilancia y de gestión en salud. La teleconsulta, por ejemplo, la educación en línea, la televigilancia, las bibliotecas virtuales, entre otras; se encuentran entre las aplicaciones innovadoras que provee la tecnología web en la red (Jardines Méndez, 2005).

Pese a lo anterior, hoy en día las tecnologías de información y comunicación (TIC), se encuentran en una posición por demás ventajosa en relación con las capacidades de aplicación, utilización y servicios que pueden ofrecerse en materia de salud; se ha señalado que en la actualidad cerca del 30% de la información y los servicios que brinda internet están vinculados directa o indirectamente con la medicina. Sin embargo, en los últimos diez años se ha podido constatar que los cambios de paradigmas tradicionales en la salud son ya inevitables debido al impacto de las TIC, existen por lo menos cinco aspectos notables que perfilan la salud en la sociedad de la información: la medicina preventiva priorizará a la curativa; los servicios enfatizarán la promoción de la salud y no la curación de la enfermedad; el centro de salud será la preferencia frente al hospital; las acciones diagnósticas y terapéuticas a distancia ocuparán un lugar cada vez más importante; y finalmente, el uso de las TIC dominará a la atención médica tradicional (Jardines Méndez, 2005).

Cabe señalar que uno de los cambios más importantes que se espera y que ya se ha estado dando de manera paulatina, es la utilización de las tecnologías médicas por parte de las personas de forma directa, las cuales años atrás, sólo estaban disponibles en las instituciones de salud; lo que implica a su vez, nuevos esquemas en la responsabilidad y ética de la sociedad en la salud. Un ejemplo puntual de ello es el uso de las apps, que originalmente fueron diseñadas como herramientas de trabajo, y cuya utilidad ha estado presente en la práctica clínica debido a la oferta de tabletas y teléfonos móviles inteligentes (Ramsberger y Messamer, 2014).

## **2.2.2. E- salud y las aplicaciones (App) para la salud**

La eSalud contempla el uso de computadoras, teléfonos móviles y las comunicaciones por satélite, tanto para los servicios de salud como de información, tecnologías costo-eficaces y seguras prestadas a la salud para la atención, vigilancia, registros y educación (Ortiz-Chacha, 2017).

Las TIC son recursos tecnológicos que son incorporados para cubrir las diferentes funciones, procesos y servicios que configuran la eSalud, tales como: la mSalud, que se basa en el uso de teléfonos móviles, dispositivos de monitoreo de pacientes y otros dispositivos inalámbricos; telemedicina, para proveer servicios de salud a lugares con limitaciones geográficas que no pueden recibir atención directa; eLearning, para la formación o aprendizaje a distancia; y la estandarización e interoperabilidad, para el uso de diferentes tecnologías y aplicaciones de software para el intercambio y uso de datos (OMS/OPS, 2011).

La tecnología moderna ha revolucionado la habilidad de tener una gran cantidad de fuentes de información con sólo un movimiento de dedo y ha dado la capacidad de combinar información y comunicación en un móvil. Las TIC han tenido un notable avance con el paso de los años y ahora son parte de nuestra vida como una herramienta, en algunos de los casos, han sido utilizados para la ayuda de diferentes factores que afectan la obesidad, como por ejemplo el uso de apps para llevar un control de su alimentación, peso, ejercicio entre otros.

Una aplicación móvil o app, es un software o programa informático que está diseñado para funcionar en teléfonos inteligentes (smartphones), tablets y otros dispositivos móviles (San Mauro Martín et al., 2014). Las apps o aplicaciones fueron creadas originalmente como herramientas que brindaban información general y como herramientas de trabajo; sin embargo, no hace mucho, se han introducido en el campo de la medicina.

El uso de aplicaciones de salud por parte del público en general y los consumidores de salud desarrollan habilidades y destrezas; las personas son facultadas para monitorear a sí mismos por rastrear su frecuencia cardíaca, presión arterial, ingesta de calorías, cantidad de sueño, peso y otros datos personales. Tener dichos datos puede mejorar la capacidad del individuo para poner las recomendaciones de salud en un contexto personal (Ho, 2013).

Los teléfonos inteligentes tienen una gran cantidad de sensores capaces de medir y rastrear parámetros vitales, así como otros datos relacionados con la salud. Las aplicaciones de salud analizan y procesan estos datos y, por lo tanto, podrían proporcionar un soporte integral a los servicios de atención médica en el futuro.

El valor terapéutico que se da a este tipo de tecnología es para usarla como parte del tratamiento que sirve para exponer a los sujetos al objeto o situación temida, simulando al máximo la realidad; de esta manera, los estímulos que generan miedo o ansiedad son presentados a través de la realidad virtual. La realidad virtual e internet han sufrido una importante progresión durante los últimos años, en cuanto a la eficacia, la realidad virtual reúne todas las condiciones para lograr la mejoría clínica en la mayoría de los casos. Pero su

futuro es algo más incierto, ya que, aunque ha demostrado su eficacia, su costo actual continúa siendo demasiado elevado para que se pueda implantar su uso generalizado en clínicas.

En la actualidad se encuentran técnicas mínimamente invasivas emergentes en el tratamiento de la obesidad, con diferencia del uso del internet para terapias virtuales, existen más opciones para el mejoramiento de los trastornos alimenticios en las cuales el costo es mas bajo que una terapia virtual y con el beneficio de que puedes llevarlas en tu móvil y poder notar a largo plazo un cambio.

Conceptualmente una app (o aplicación móvil) puede definirse como un software o programa informático diseñado para funcionar en teléfonos inteligentes (smartphones), tabletas y otros dispositivos móviles, las cuales pueden ser de paga o gratuitas (Aitken y Gauntlett, 2013).

San Mauro, González y Collado (2014) sostienen que la utilización de las apps de salud (o health apps) por los profesionales sanitarios ha brindado beneficios importantes combinando sus recursos de información y comunicación en un sólo dispositivo portátil. Asimismo, se estima que en Reino Unido el 79% de los estudiantes de medicina cuentan con un Smartphone, ayudando en los procesos de diagnóstico y tratamiento de enfermedades, a través de apps con referencias específicas que permiten apoyar las decisiones con bajo margen de error (Velsen, Beaujean y Gemert-Pijnen, 2013; Sherwin-Smith y Pritchard-Jones 2012).

Por otro lado, el uso de las apps por parte de los pacientes les otorga la capacidad de mejorar su nivel de educación, el manejo de las enfermedades crónicas de forma importante, y además se convierten en un mecanismo de monitoreo a distancia (Velsen, Beaujean y Gemert-Pijnen, 2013). Sin embargo, pese a sus ventajas, el uso de las health apps también presenta limitantes, entre ellos los problemas de actualización de software que cambian muy rápidamente; y otra desventaja significativa es que muchas veces el contenido y la información que manejan no siempre es fiable, ya que normalmente los desarrolladores no son expertos en salud.

En este mismo contexto, de todas las health apps existe una gran cantidad destinada al ámbito de la nutrición: dietas, balance energético, consejos, rutinas de ejercicios, etc. Siendo las más solicitadas aquellas dirigidas al control de peso y las que brindan sugerencias sobre una adecuada nutrición. Es relevante mencionar que actualmente en la plataforma iTunes están disponibles más de 650.000 apps con categoría de salud en todo el mundo. Esta sobrecarga de apps plantea dos desafíos: la dificultad para encontrar la app adecuada a cada necesidad específica y la fragmentación de la información, pues se requiere el uso de varias aplicaciones

para adquirir un mayor grado de confiabilidad de la información (San Mauro, González y Collado, 2014; Velsen, Beaujean y Gemert-Pijnen, 2013).

Bernhardt et al., (2013) señalan que las apps y las nuevas tecnologías, son elementos con gran potencial para mejorar la situación de personas. Sin embargo, coinciden en que no todas las apps son útiles, y que, aunque así lo sean, el usuario necesita saber manejarlo correctamente, además de necesitar estrategias, para que el uso de las apps tenga continuidad en el tiempo.

Según estudios realizados por Karduck (2018) las aplicaciones más populares utilizadas y recomendadas por los médicos son MyFitnessPal, CalorieKing, Fitbit, Weight Watchers (Weight Watchers International, Inc., Nueva York, NY), SparkPeople (SparkPeople, Inc., Cincinnati, OH) y Lose It! (FitNow, Inc., Boston, MA).

Muchas aplicaciones de promoción de la salud están actualmente disponibles. Dos estudios previos examinaron el contenido de las aplicaciones para la pérdida de peso en adultos y para dejar de fumar. Ambas revisiones encontraron que las aplicaciones carecían del uso de prácticas basadas en teoría o evidencia (Breton, 2011; Abroms, 2011)

### **2.2.3. Marco metodológico**

La Investigación es de tipo exploratorio descriptivo, pretende dar una visión general de tipo aproximativo respecto el efecto de las nuevas tecnologías en la obesidad con influencia de aplicaciones (App) relacionadas con la nutrición, orientada en la información del mejoramiento de la alimentación. El tema elegido ha sido poco explorado, es difícil formular hipótesis precisas. Hecho por el cual surgió el nuevo fenómeno que por su novedad no admite una descripción sistemática con finalidad de aumentar el grado de familiaridad con el fenómeno del uso de las apps, ofreciendo información sobre el contexto particular de la vida real.

Con el método cuantitativo, se utilizó la encuesta elaborada para conocer el efecto del uso de las apps en la población de 20 a 39 años. Se realizó un muestreo aleatorio simple, con una muestra de 207 personas que tuvieran alguna experiencia con las aplicaciones relacionadas con la nutrición.

## 2.2.4. Resultados

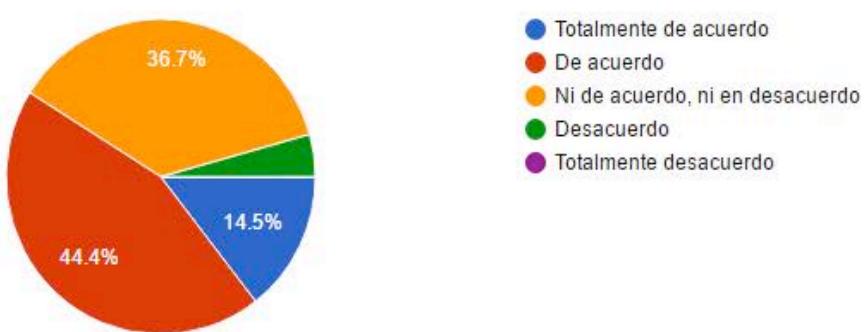
Se encuestó a un 55.6% mujeres y 44.4% hombres; en relación al conocimiento de las health apps, el 85.8% decían conocer estas aplicaciones, mientras el 14.2% desconocía su existencia. En relación al uso de este tipo de apps el 79% ha usado las health apps contra un 21% que no han usado.

Por otra parte, el tipo de acercamiento sobre la información de la funcionalidad de la app, observó que el 46.9% se enteró de la app porque la buscó específicamente, un 37.3% se enteró porque fue recomendada y 15.8% se enteró por internet.

En cuanto a la funcionalidad se aplicó la escala de Likert en la cual los encuestados están de acuerdo en que cumple sus requisitos, un 36.7% está ni de acuerdo, ni desacuerdo, el 14.5% está totalmente de acuerdo en que cumple sus requisitos y un 4.3% está en desacuerdo en sus requisitos.

**Gráfica No. 1. Funcionalidad de las APPS en salud.**

¿Cumple con sus requisitos? (207 respuestas)



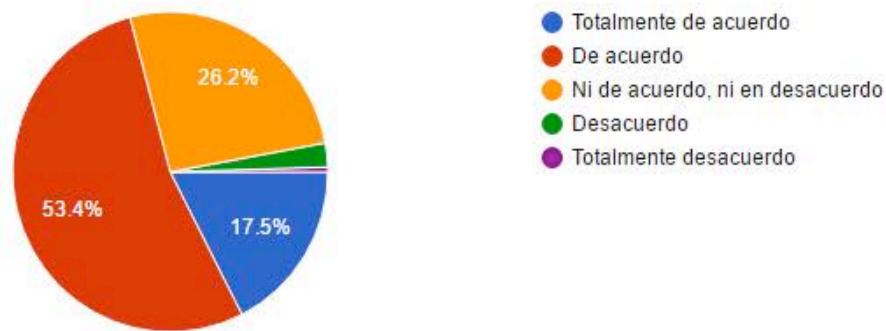
**Fuente: Elaboración propia.**

En relación al cumplimiento de sus necesidades el 53.4% está totalmente de acuerdo en que se adapta a sus necesidades, un 26.2% ni de acuerdo, ni desacuerdo en que se adapta a sus

necesidades, un 17.5% esta totalmente de acuerdo a que se adapta a sus necesidades, un 2.4% esta en desacuerdo de que se adapta a sus necesidades.

**Gráfica No. 2. Cumplimiento de necesidades de las APPS en salud.**

¿Se adapta a sus necesidades? (206 respuestas)



**Fuente: Elaboración propia.**

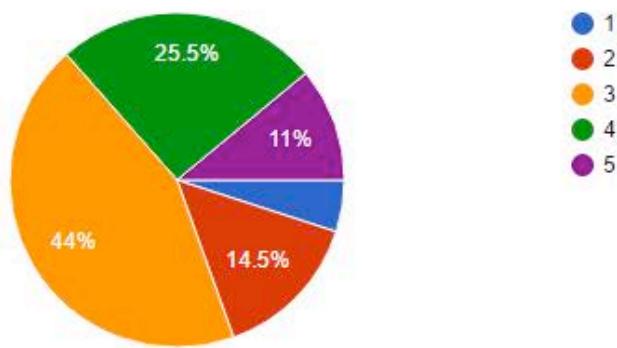
Uno de los elementos indispensables de las apps en salud son su adaptación en la vida cotidiana de los usuarios, estos el mayor porcentaje fue de un 26.6% que opino estar de manera neutral (ni de acuerdo, ni desacuerdo) en que se adecua la app a su rutina diaria, un 21.3% esta totalmente de acuerdo en que se adecua a su rutina diaria y un 4.8% esta en desacuerdo en que no se adecua a su rutina diaria.

En cuanto a la información que las app brindan, el 46.9% esta de acuerdo que conoce las bases de información de la app, 33.8% ni de acuerdo, ni desacuerdo, 10.1% esta totalmente de acuerdo y un 7.2% esta en desacuerdo en su conocimiento.

Del 100% de niveles de confiabilidad que le da a la app en una escala del 1 al 5, un 44% le da un nivel de 3, un 25.5% le da un nivel de 4, un 14.5% le da un nivel de 2, un 11% le da un nivel de 5, un 5% le da un nivel de 1.

**Gráfica No. 3. Nivel de confiabilidad de las APPS en salud.**

¿Cuál es el nivel de confiabilidad que le da a la app? (escala de 1- 5)  
(200 respuestas)

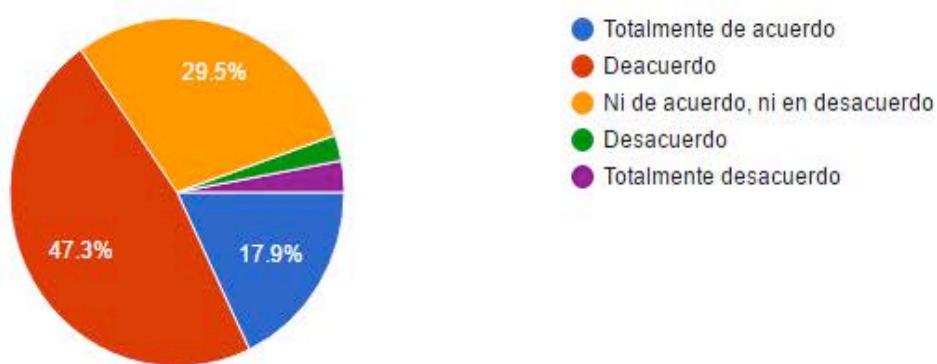


**Fuente:** Elaboración propia.

En el mismo tenor, los requisitos de confiabilidad de la app en salud dio como resultado que el 47.3% esta de acuerdo en su cumplimiento, el 29.5% ni de acuerdo, ni en desacuerdo y 17.9% totalmente de acuerdo en que cumple requisitos de confiabilidad.

**Gráfica No. 4. Requisitos de confiabilidad de las APPS en salud.**

¿Cumple la app requisitos de confiabilidad? (207 respuestas)

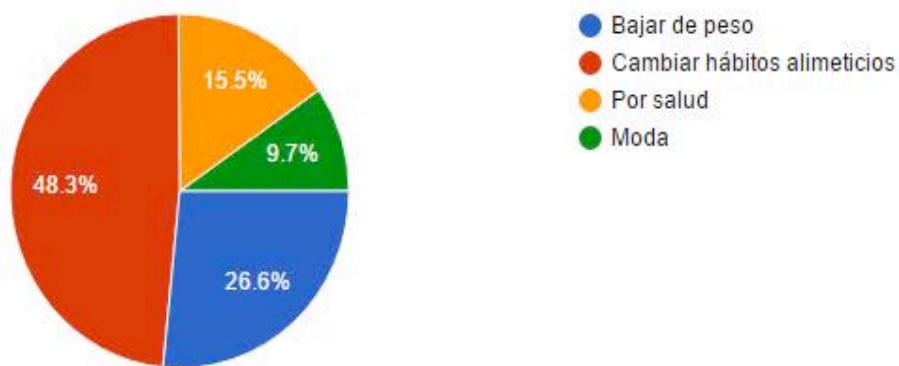


**Fuente:** elaboración propia.

Para atender el efecto de las apps en salud para el cambio de conductas saludables en específico relacionados con la obesidad y el sobre peso, dio como resultado que el 48.3% de los encuestados aseguran que estas apps tiene como influencia el cambiar sus hábitos alimenticios, un 26.6% el bajar de peso, el 15.5% influyen en su salud y el 9.7% tiene por influencia la moda.

**Gráfica No. 5 Tipo de influencia en el uso de las APPS en salud.**

¿Cuál es la influencia para usar la app? (207 respuestas)



**Fuente: Elaboración propia.**

De un 100%, un 61.2% “si” exige un tiempo determinado y un 38.8% “no”exige un tiempo determinado. Esto determina la libertad de uso. En relación a la temporalidad de uso de las apps en salud, el 49.5% de los encuestados la uso de 1 a 4 semanas, un 44.1% uso la app de 1 a 6 meses como periodo de uso y 6.4% de 6 o mas meses de periodo de uso.

En cuanto al efecto del uso de la aplicación, el 62.3% mejoró su salud, de 35.3% fue indiferente en su salud y 2.4% afectó su salud el uso de la app. La encuesta arrojó que del 100% un 52.7% si obtuvo buenos resultados, un 34.8% fue indiferente y un 12.6% no obtuvo buenos resultados.

### Gráfica No. 6. Efecto del uso de las APPS en salud.



Fuente: Elaboración propia.

#### 2.2.5. Conclusiones

Se puede concluir que existe un alto uso de las aplicaciones saludables (health apps), encontrándose como factores de uso principales, un mejoramiento de alimentación, como también para la pérdida de peso, dejando en tercer lugar de prioridad de salud. Por otro lado al comparar los resultados del uso de las aplicaciones saludables, tienden a ser usadas de entre una a cuatro semanas, en su mayoría obteniendo resultados positivos y dejando un mejoramiento en la salud de la persona. El usuario busca específicamente la aplicación que tenga adaptaciones a su rutina y necesidades para un mejor uso de la aplicación como también se tiene un nivel medio de confiabilidad hacia la app.

Las aplicaciones pueden ser prometedoras para ayudar a las personas a mejorar su salud. Sin embargo, la investigación sobre aplicaciones para estos y otros fines de promoción de la salud no ha seguido el ritmo de las innovaciones tecnológicas, y su eficacia aún no se ha determinado. Aunque se sabe poco sobre la eficacia de las aplicaciones, una revisión sistemática de la literatura sobre enfoques basados en Internet concluyó que los enfoques basados en Internet son eficaces para mejorar los resultados conductuales, incluso en el ámbito de la pérdida de peso.

El efecto del tratamiento de los enfoques basados en las aplicaciones no es grande, pero su potencial para llegar a una gran audiencia podría tener un impacto significativo en la salud pública. Algunas de las razones por las que las aplicaciones son eficaces pueden deberse a la capacidad de proporcionar una experiencia adaptada junto con la facilidad de autocontrol. Las

aplicaciones móviles tienen el atractivo adicional de ser portátiles y estar disponibles para una persona, independientemente de su ubicación o entorno. La retroalimentación personalizada y el automonitoreo son ambos relevantes en las intervenciones de cambio de comportamiento.

Las aplicaciones tienen el potencial de aumentar aún más la capacidad de recibir comentarios personalizados y autocontrol, ya que se ejecutan en dispositivos móviles que permiten un fácil acceso y uso. Desafortunadamente, se sabe poco sobre los tipos de aplicaciones que están disponibles, las características que contienen y el grado en que las aplicaciones incorporan prácticas basadas en la evidencia para la pérdida de peso saludable y el control del peso.

## REFERENCIAS

- Abroms, L. C., Padmanabhan, N., Thaweethai, L., y Phillips, T. (2011). iPhone apps for smoking cessation. *American journal of preventive medicine*, 40(3), 279-285.
- Aguilar, A., Tort, E. y Medina X. S. (2015). Posibilidades de las aplicaciones móviles para el abordaje de la obesidad según los profesionales. *Gaceta Sanitaria*, 29(6), 419-424. Doi: 10.1016 / j.gaceta.2015.07.014
- Aitken, M. y Gauntlett, C. (2013). Patient apps for improved healthcare: from novelty to mainstream. Parsippany, NJ: IMS Institute for Healthcare Informatics.
- Ask, P., Ekstrand, K., Hult, P., Lindén, M., y Pettersson, N. E. (2012). NovaMedTech-a regional program for supporting new medical technologies in personalized health care. *Studies in health technology and informatics*, 177, 71-75.
- Barrera, A., Rodríguez, A., y Molina, M. A. (2013). Escenario actual de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 51(3), 292-299.
- Bernhardt, J. M. (2013). Chaney JD, Chaney BH, Hall AK. New media for health education: a revolution in progress. *Health Educ Behav*, 40(2): 129-32.
- Breton, E. R., Fuemmeler, B. F., y Abroms, L. C. (2011). Weight loss—there is an app for that! But does it adhere to evidence-informed practices? *Translational Behavioral Medicine*, 1(4), 523-529.

Bukachi, F., y Pakenham-Walsh, N. (2007). Information technology for health in developing countries. *Chest*, 132(5), 1624-1630.

Chandrasekhar, C. P., y Ghosh, J. (2001). Information and communication technologies and health in low income countries: the potential and the constraints. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(9), 850-855.

Dávila-Torres, J., y González-Izquierdo, J., y Barrera-Cruz, A. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53 (2), 241-249.

Ho, K. (2013). Health-e-Apps: a project to encourage effective use of mobile health applications. *BC medical journal*, 55(10), 458-460.

Jardines Méndez, José B. (2005). Tele-educación y tele-salud en Cuba: mucho más que desarrollo tecnológico. *ACIMED*, 13(4), 1.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-94352005000400007&lng=es&tlang=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000400007&lng=es&tlang=es)

Karduck, J., y Chapman-Novakofski, K. (2018). Results of the Clinician Apps Survey, how clinicians working with patients with diabetes and obesity use mobile health apps. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 50(1), 62-69.

Márquez, F., Macedo, G., Viramontes, D., Fernández, J. D., Salas, J. y Vizmanos, B. (2011). The prevalence of metabolic syndrome in Latin America: a systematic review. *Public Health Nutr*, (14), 1702-13.

OMS (2017) Nota descriptiva de prensa: Obesidad y sobrepeso, datos y cifras. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

OMS (2014). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>

Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (2011). PAHO 63a. Sesión del Comité Regional. En Estrategia y Plan de acción sobre eSalud (2012-2017). [http://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com\\_content&view=article&id=54%3Aestategia-y-plan-de-accion-sobre-esalud-2012-2017&catid=18%3Aehealth-%20\(36\)en-ops&lang=es](http://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_content&view=article&id=54%3Aestategia-y-plan-de-accion-sobre-esalud-2012-2017&catid=18%3Aehealth-%20(36)en-ops&lang=es)

Ortiz, C. S., Blázquez, M. S. L., García, J., Duarte, M. B., Del Carmen De-San, X. M., y Méndez, S. M. (2018). Tecnologías de la información y comunicación para el cuidado y atención del embarazo en el primer nivel de atención. *CienciaUAT*, 12(2), 40-53.

Ramsberger, G., y Messamer, P. (2014). Best practices for incorporating non-aphasia-specific apps into therapy. *In Seminars in speech and language*, 35(1), 017-024). Thieme Medical Publishers.

Saldívar, H. I., Ramírez, A. G., Acevedo, M. A. R., y Pérez-Rodríguez, P. (2015). Obesidad infantil: factor de riesgo para desarrollar pie plano. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(1), 55-60.

San Mauro, I., González, M. y Collado, L. (2014). Aplicaciones móviles en nutrición, dietética y hábitos saludables: análisis y consecuencia de una tendencia al alza. *Nutrición Hospitalaria*, 30(1), 15-24. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.1.7398>

Sherwin, J. y Pritchard-Jones, R. (2012). Medical applications: the future of regulation. *The Bulletin of the Royal College of Surgeons of England*, 94(1), 12-13.

Velsen, L., Beaujean, D. J., y Gemert, J. E. (2013). Why mobile health app overload drives us crazy, and how to restore the sanity. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13(1), 23.

## 2.3. Fuentes de información y usos de Internet para la salud en Puerto Rico.<sup>39</sup>

**Iván de la Cruz-Cuevas**

Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, Puerto Rico  
ivan.delacruz1@upr.edu

**Resumen.** Este artículo discute una investigación que identificó los usos y las prácticas sociales que los ciudadanos de Puerto Rico realizan a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), especialmente Internet, en relación con su salud; así como su impacto en la salud y la relación médico-paciente.

**Palabras clave:** TIC; Salud; ciudadanos; pacientes; relación médico paciente.

### Introducción

Actualmente nos encontramos en un momento de transición de la sociedad industrial a la sociedad red. Una sociedad red es aquella cuya estructura social está compuesta de redes potenciadas por tecnologías de la información y la comunicación basadas en la microelectrónica y las tecnologías biológicas relacionadas con la ingeniería genética. Esta sociedad se caracteriza por el poder inherente a la tecnología de la información, la esencia de un nuevo paradigma tecnológico denominado *informacionalismo* (Castells, 2006).

Algunos (Beadreau, 2008) afirman que con su habilidad para imitar cada proceso, cada producto y cada dato en el espacio virtual, las Tecnologías de Información y Comunicación han levantado grandes expectativas y las posibilidades parecen infinitas. Otros (Smith, 1997) afirman que los sistemas de salud no son ajenos a esta realidad y que esa transición se caracteriza por la interrelación de tres fenómenos: el cambio tecnológico, el cambio económico-organizativo y el cambio sociocultural.

<sup>39</sup>. Este artículo fue presentado y publicado en las Memorias del Grupo Temático 5 Comunicación y Salud del XII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIC), Lima-Perú, 2014 con el título “Análisis de los usos de Internet relacionados a la salud en Puerto Rico”.

Todo esto ha llevado a una especie de liberación o destape de la medicina en el que según otros (Nettleton, 2004) dicen que los flujos de información y conocimiento ya no están solo controlados por los profesionales o las instituciones sanitarias, por lo que incluso el propio paciente puede convertirse en productor y difusor de conocimientos. La medicina se ha “escapado” de los profesionales y de las organizaciones que antes la sustentaban (Brown y Webster, 2004).

El uso de Internet por parte de los ciudadanos para cuestiones relacionadas con la salud ha sido un fenómeno al que se han aproximado investigadores de diferentes ramas del conocimiento desde las ciencias sociales hasta las ciencias biomédicas. Internet ofrece a los actores de los sistemas de salud un espacio de información sobre salud, un medio de comunicación y una herramienta para la provisión de servicios médicos (Powel y Darvell, 2003). También se afirma que Internet puede reducir inequidades, pero que también presenta una nueva barrera digital por las desigualdades existentes (Powel y Darvell, 2003; Wald y Dube, 2007). Diferentes autores (Weiner y Biondich, 2006; Powell, Darvell, Ibid y Gray, 2002) han constatado el creciente uso de Internet para la búsqueda de información de salud, y que se ha convertido en uno de los usos más comunes de la Red. Algunas de las razones para esta búsqueda son la conveniencia, el anonimato y el volumen de información que provee (Powel y Darvell, Ibid). Es interesante señalar, que diversos estudios del tema, afirman que Internet cada vez tiene más influencia en la toma de decisiones por parte de los pacientes o ciudadanos, y son dos terceras partes los que la utilizan de esa forma (Walt y Dube, Ibid). Se necesitan estudios desde el punto de vista del usuario o paciente para saber los efectos de esa búsqueda, pues la mayoría de los análisis se hacen desde el punto de vista de profesionales de la salud (Powel y Lowe, Ibid)

Un aspecto, preocupante para muchos, es la calidad de la información de Internet, y sobre esto existen diversos estudios y puntos de vista. Algunos (Powel y Darvell, Ibid) encuentran que lo que ofrece Internet no es tanto calidad de información, sino mayor cantidad y otros, (Purcell, Wilson y Delamothe, 2002) afirman que la calidad de la información de Internet necesita examinarse generalmente en el amplio contexto de información de salud imperfecta. En cuanto a la utilización de esta información, son muy pocos los estudios que examinan qué hacen los consumidores con esta información, pero algunos (Eysenbach y Diegpen, 1998) indican que los consumidores utilizan la información de Internet para hacer decisiones importantes sobre su salud.

Diversos autores han examinado como se afecta la relación médico paciente con la introducción del ingrediente de Internet. Todo lo que hemos visto indica la creciente influencia e intervención de Internet dentro de esa delicada relación. Nada ha cambiado la

práctica clínica más fundamentalmente que Internet (Hartzband y Groopman, 2010). El cuidado clínico de hoy se guía por normas de toma de decisiones compartidas en vez del paternalismo benevolente (Truog, 2012). Incluso, algunos médicos pueden sentirse retados por los pacientes que llevan información de Internet a las consultas (Ahluwalia, 2010). Pero, algo que es consistente en diversos análisis y estudios es que las consultas en Internet no sustituyen a los profesionales de la salud como fuentes de referencia, como afirman Fox y Jones. Aunque los pacientes utilicen Internet para la búsqueda de información de salud, en algún momento consultan igualmente con el médico. De hecho, la mayoría de los pacientes consideran a su médico como la fuente más confiable de información de salud (Cooley, 2011).

Es interesante que hay diversos estudios que indican que hay médicos que le están recomendando sitios web a sus pacientes y que ya muchos tienen una actitud moderadamente positiva sobre el uso de Internet para la salud por los pacientes.

En América Latina y el Caribe, la Sociedad de la Información ha ido imponiéndose fragmentadamente, especialmente en el ámbito de la salud, sin que se haya visto un esfuerzo concertado para ello. Ha sido gradual, iniciándose con la introducción de programas computacionales en las funciones de administración de los órganos de los Estados, en la década de los noventa, hasta la entrega de información y algunos trámites en línea (Valenti, 2002 y Vázquez, 2006).

Puerto Rico está en una etapa de evolución de la sociedad industrial a la sociedad red. Luego de examinar los cien portales más visitados desde Puerto Rico no encontramos portales de salud. Sin embargo, entre los primeros diez estaban motores de búsqueda como: Google Puerto Rico, Yahoo, Windows Live, Google y MSN (Alexa, 2010). Pero, las búsquedas de información de salud en Internet, en una tercera parte de las ocasiones, empiezan en un motor de búsqueda general, por lo que no tendría porqué sorprendernos que no aparezcan portales de salud en esa lista (Burkell, 2004). La tercera parte de las 70.000 visitas anuales que recibe el portal [tendenciaspr.com](http://tendenciaspr.com) buscan temas de salud. La mayoría de los médicos en Puerto Rico utilizan Internet para usos “profesionales” como buscar referencias, comunicarse con colegas y obtener educación continua (Lobato, 2006). Los usuarios de Internet en Puerto Rico son un 48% de la población (Internet World Stats, 2012).

En cuanto a búsqueda de información de salud, más de la mitad de las personas que buscan información sobre temas médicos o de salud en Puerto Rico dicen acudir primero a Internet, segundo al material impreso, tercero al profesional de atención médica y otros. Sin embargo, las fuentes más fiables de información médica y sobre salud en Puerto Rico son los

proveedores de atención médica y las agencias gubernamentales de salud. Cerca de una cuarta parte confía mucho en Internet como fuente de información médica y sobre salud. La búsqueda de información sobre salud [en general, en cualquier medio] tenía lugar con más frecuencia entre las mujeres, pero en la búsqueda en Internet predominaban los hombres, menores de 50 años y graduados de universidad. Casi el 60% de las personas que utilizan Internet en Puerto Rico han buscado información de salud (Tortolero, 2010).

### **2.3.1. Metodología**

El universo estadístico de la encuesta estuvo formado por el conjunto de la población residente en el Área Metropolitana de San Juan, *que posee una población total de cerca de 2.5 millones (2.478.905)*, y tiene una población de 18 a 64 años de 697.354, según los datos oficiales de la Junta de Planificación de Puerto Rico (2007) y el Censo de Estados Unidos (2007). La población objetivo fue los usuarios de Internet interesados en temas de salud. Se estableció un tamaño muestral de 540 personas para alcanzar un margen de error de  $\pm 1.96$  para la Zona Metropolitana de San Juan y un nivel de confianza del 95% ( $p=q=0,5$ ). Para precisión, se utilizó la fórmula desarrollada y probada por Krejcie y Morgan (1970) y se tomaron como base las poblaciones de hombres y mujeres, con una distribución equitativa de edades. Se obtuvo una diversidad de municipios de procedencia, nivel económico desde menos de \$15.000 a más de \$100.000, un estado de salud mayormente descrito como Excelente, Bueno o Bastante Bien y una demanda de salud mayormente de una a cinco al año. La encuesta se administró, presencialmente, en edificios de oficinas médicas de los hospitales más grandes del Área Metropolitana de San Juan, según la guía *Caribbean Business Book of Lists 2011* y edificios independientes más grandes de oficinas médicas, 10 lugares en total. El cuestionario constó de 55 preguntas precodificadas y las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 15 minutos.

### **2.3.2. Usos de internet en Puerto Rico, frecuencia y acceso a internet**

Los resultados empíricos nos demuestran que el mayor uso de Internet diario se da desde la casa con 70%, seguido por el móvil con 47% y el lugar de trabajo con 43%. En cuanto a la tiempo o experiencia en el uso de Internet, el 5% de encuestados utilizan la red desde hace menos de un año, el 10,7% navegan desde hace 1 a 3 años y el 82,6% tienen una experiencia de más de 3 años.

### 2.3.3. Fuentes de información sobre salud

Lo primero que abordamos en este estudio fueron, directamente, las fuentes de información sobre salud utilizadas para dichas búsquedas. La

**Tabla 1** presenta las distribuciones de frecuencia de las fuentes de información sobre salud. Los resultados son: el 16,7% de los usuarios buscan muy frecuentemente, el 15,7% lo hacen frecuentemente, el 47,8% lo hace en ocasiones, el 10,9% raramente y el 6,5% nunca busca información sobre salud en Internet.

**Tabla 1. Fuentes de información relacionadas con la salud (porcentajes).**

Fuentes	Muy frecuentemente	Frecuentemente	En ocasiones	Raramente	Nunca
Internet	16.9	15.7	47.8	10.9	6.5
Televisión	9.6	9.6	18.9	20.9	21.7
Radio	4.8	5.7	13.5	21.1	30.4
Prensa	7.8	12.4	32.6	16.9	9.6
Revistas	7.8	13.3	28.5	14.8	16.7
Publicidad	5.7	9.8	21.5	19.1	18.3
Amigos y familiares	11.7	18.0	27.2	12.6	6.3
Médicos	27.0	24.3	19.1	7.0	3.7
Otros	5.4	3.5	2.0	3.1	8.3

**Fuente: Elaboración propia.**

La búsqueda de la información o el encuentro con la información sobre salud se puede producir por diferentes medios convencionales también, entre ellos la televisión, la radio y también a través de familiares y amigos. El médico es la fuente a través de la cual los pacientes adquieren la mayor cantidad de información; fue seleccionado en primer lugar por el 27% de los encuestados y como segunda fuente más empleada por el 24,3%. En orden de prioridades el tercer lugar fue ocupado por artículos periodísticos, seleccionado por el 32,6% de los encuestados. También, fueron seleccionados como tercera opción, aunque con menos porcentajes las revistas (28.5%), la publicidad (21.5%) y los amigos y familiares (27.2%).

Como cuarta opción aparece la radio con el 30,4% de los participantes. En último lugar, la televisión fue seleccionada como fuente de información sobre salud por el 21,7% de los integrantes en el estudio.

A continuación, pasamos a caracterizar las diferentes fuentes de información sobre salud. Si nos centramos en Internet encontramos que existen diferencias significativas respecto al estado de salud auto-percibido, la demanda de servicio sanitario y sobre el acceso a Internet desde el hogar.

En primer lugar, el 5,9% los que gozan de una salud excelente, el 5,5% de los de buena y el 5,1% de los de bastante buena hacen uso muy frecuentemente de Internet para buscar información sobre salud frente a un 0,6% de aquellos que consideraban tener una salud pobre y 0,2% de los que no sabían y buscaban información sobre salud en Internet. Otro dato destacable es que el 23,6% de usuarios con buena salud, hacen consultas en Internet sobre salud en ocasiones, frente a un mínimo 0,8% de usuarios que no conocen su estado de salud pero que hacen consultas ocasionalmente. Observamos una relación entre mejor salud y más búsquedas de salud en Internet.

En cuanto a la demanda de servicios sanitarios, el 34,5% de los usuarios que visitaban al médico entre una y cinco veces, consultaban Internet en su búsqueda de información sobre salud ocasionalmente que contrasta con el 0,6% de los usuarios que nunca visitan al médico pero que muy frecuentemente hacen consultas sobre salud en Internet o con el también 0,6% de usuarios que visitan al médico entre seis y diez veces pero que nunca consultan Internet sobre salud. Mientras, los usuarios que accedían a Internet desde sus casas diariamente y buscaban información sobre salud muy frecuentemente eran el 13,9%, solo el 0,4% de los que visitaban una vez o menos al médico, buscaban información sobre salud en Internet muy frecuentemente. Encontramos una relación entre más búsqueda de información de salud en Internet y más visitas al médico. Otro dato destacado es que el 33,3% de los usuarios acceden a Internet desde casa diariamente y buscan información sobre salud solo en ocasiones frente al 0,8% que nunca acceden desde casa a Internet pero si buscan información sobre salud en Internet ocasionalmente. Ver Tabla 2 y Tabla 3.

**Tabla 2. Caracterización del uso de Internet en la búsqueda de información sobre salud  
 – Sociodemográfico y salud (porcentajes).**

	Muy frecuente- mente	Frecuente- mente	En ocasiones	Raramente	Nunca	Signifi- catividad
<b>Género</b>						,357
-Hombre	7,8%	7,0%	25,6%	5,7%	4,0%	
-Mujer	9,5%	9,1%	23,3%	5,5%	2,7%	
<b>Edad</b>						-
-De 18 a 24 años	13,5%	7,5%	56,4%	14,3%	8,3%	
-De 25 a 34 años	23,5%	15,2%	47,7%	10,6%	3,0%	
-De 35 a 54 años	20,8%	19,4%	47,0%	9,0%	3,7%	
-Más de 55 años	11,6%	22,5%	44,2%	10,1%	11,6%	
<b>Reside en:</b>						,499
-Carolina	1,4%	1,5%	6,6%	1,4%	1,0%	
-Cataño	,2%	,2%	,8%			
-Guaynabo	1,2%	1,0%	3,3%	1,0%	,4%	
-Bayamón	3,3%	1,5%	6,2%	1,0%	1,2%	
-San Juan	5,2%	4,2%	11,4%	2,7%	1,4%	
-Trujillo Alto	,8%	1,5%	2,7%	,6%	1,0%	
-Toa Baja	,4%	,4%	1,5%	,6%	,8%	
-Otros	5,2%	5,8%	16,0%	3,9%	1,2%	
<b>Ingresos</b>						,145
-Menos de 35000\$	9,2%	9,0%	32,7%	7,6%	4,5%	
-Entre 35001\$ y 75000\$	5,3%	4,7%	12,7%	2,4%	1,0%	
-Entre 75001\$ y 10000\$	1,6%	1,4%	2,4%	,8%	,2%	
-Más de 10000\$	0,4%	1,0%	2,2%	0	1,0%	
<b>Estado de salud</b>						,008
-Excelente	5,9%	2,7%	14,6%	3,4%	1,1%	
-Bueno	5,5%	7,6%	23,6%	4,0%	2,1%	
-Bastante bien	5,1%	4,6%	8,6%	2,5%	2,7%	
-Pobre	0,6%	1,1%	1,3%	1,0%	0,8%	
-No se	0,2%		0,8%	0,4%		
<b>Demanda de salud</b>						,019
-Ninguna	0,6%	0,6%	3,6%	1,3%	1,0%	
-De una a cinco	9,4%	9,6%	34,5%	6,9%	3,6%	
-De seis a diez	4,0%	4,8%	7,9%	2,3%	0,6%	
-Más de diez	2,9%	1,5%	2,7%	0,6%	1,3%	

**Fuente: Elaboración propia.**

**Tabla 3. Caracterización del uso de Internet en la búsqueda de información sobre salud  
 – Experiencia y acceso a Internet (porcentajes).**

	<b>Muy frecuente- mente</b>	<b>Frecuente- mente</b>	<b>En ocasiones</b>	<b>Raramente</b>	<b>Nunca</b>	<b>Signifi- catividad</b>
Experiencia en Internet						,324
-Menos de un año	.8%	.8%	1.7%	1.2%	.8%	
-Entre 1 y 3 años	1.3%	1.7%	6.0%	1.2%	.8%	
-Más de 3 años	15.2%	13.8%	41.9%	8.8%	3.8%	
Usos de Internet desde casa						,000
-Diariamente	13.9%	12.6%	33.3%	7.2%	3.0%	
-4 o 5 veces	.8%	1.5%	4%	1.1%	.2%	
-1 a 3 veces	2.1%	1.5%	8.6%	1.9%	1.0%	
-Una vez o menos	.4%	.6%	2.3%	.6%	.8%	
-Nunca			.8%	.4%	1.5%	
Usos de Internet desde el trabajo						,365
-Diariamente	10.3%	8.1%	21.2%	3.8%	2.2%	
-4 o 5 veces	.4%	.4%	3.0%	.6%		
-1 a 3 veces	1.0%	1.6%	5.4%	1.8%	.4%	
-Una vez o menos	1.0%	1.4%	2.6%	.6%	.4%	
-Nunca	4.8%	4.8%	16.3%	4.4%	3.2%	
Usos de Internet desde el celular		.2%				,354
-Diariamente	10.1%	9.0%	21.0%	4.8%	2.1%	
-4 o 5 veces	1.3%	.4%	3.4%	1.1%	.4%	
-1 a 3 veces	.6%	1.5%	4.8%	1.0%	1.0%	
-Una vez o menos	1.3%	.8%	3.2%	.6%	.4%	
-Nunca	3.8%	4.4%	16.6%	3.8%	2.7%	

**Fuente: Elaboración propia.**

Al adentrarnos en la caracterización de la frecuencia de consultas a familiares y amigos encontramos diferencias significativas respecto a la experiencia de uso de Internet. Encontramos una relación directa entre más experiencia en uso de Internet y mayor consulta a familiares y amigos. Además, encontramos una relación directa entre una mejor salud y mayores consultas a médicos. Descubrimos, también, una relación entre mayor uso de Internet desde el celular y la consulta al médico.

### **2.3.4. Utilidad de la información**

La información sobre salud encontrada en Internet por los encuestados fue muy útil para el 49,1% de los usuarios, fue útil para el 42,8% de los participantes, poco útil para un mínimo del 2,4% y ,56% la consideró nada útil.

Si abordamos la caracterización de la utilidad percibida de la información sobre salud encontrada en Internet se observan diferencias significativas respecto a lugar de residencia, estado de salud, demanda de salud, experiencia en Internet y uso de Internet desde el móvil. Encontramos, nuevamente, una tendencia en que a mejor salud, más utilidad le encuentran a la información.

Sobre la experiencia en Internet, vemos que entre los que encontraron la información muy útil, el 44,6% llevaban más de 3 años utilizando Internet, al igual que los que opinaron que la información era útil. Las personas que llevaban menos tiempo utilizando Internet tendieron a encontrar menos útil la información. En el uso de Internet desde la casa también hubo diferencias. Las personas que utilizaban más Internet tendieron a encontrar más útil la información que los que la utilizaban menos. En cuanto a los que utilizan Internet desde el móvil, los que encontraron más útil la información fueron las personas que entraban diariamente desde su celular.

### **2.3.5. Confianza en las fuentes**

La confianza en la información obtenida en Internet es un dato muy importante a considerar. El 20,4% estuvo completamente de acuerdo que confía en esa información, el 50,2% estuvo de acuerdo, el 19,1% no estaba seguro, 3.7% se mostró en desacuerdo, y solo el 1.3% en total desacuerdo. Según estos resultados, podemos afirmar que el 70,6% tiene confianza en la información de salud obtenida de Internet.

Cuando abordamos la caracterización de la confianza en la información obtenida de Internet se observan diferencias significativas respecto a lugar de residencia y usos de Internet desde el móvil. En primer lugar, los residentes de la ciudad capital de San Juan son los que tienen más confianza en la información sanitaria de Internet. En cuanto al uso de Internet desde el móvil, encontramos que las personas que lo utilizan diariamente tienen más confianza en la información de salud de Internet.

### **2.3.6. Comprensión de la información**

La comprensión de la información es diametralmente importante para los que buscan datos sanitarios. En cuanto a la comprensión de la información de salud en Internet, los usuarios consideraron estar completamente de acuerdo en que era fácil y accesible en un 43,3%, el 42,6% estaban de acuerdo, un 6,7% no estaba seguro, 2,2% se manifestó en desacuerdo con la afirmación y el 0,7% expresó su completo desacuerdo. Por tanto, casi el 86% creen que la información de Internet es comprensible.

Si abordamos la caracterización de la comprensión de la información de salud encontramos diferencias significativas respecto a demanda de salud, usos de Internet desde la casa y usos de Internet desde el trabajo. Encontramos una relación entre mayores visitas al médico y mejor compresión de esta información. Encontramos relación entre mayor uso de Internet y mejor compresión de esta información de salud.

### **2.3.7. Actualización de la información**

La actualización de la información es un aspecto muy importante cuando se trata de información de salud. El 31,1% considera estar completamente de acuerdo en que la información de salud de Internet está actualizada, el 35% dice estar de acuerdo, el 24,6% no está seguro, el 3,5% está en desacuerdo y el 0,6% manifiesta su completo desacuerdo. Esto arroja que más del 66% estima que la información está al día.

Si abordamos la caracterización de la percepción de actualización en la información de salud de Internet se observan diferencias por lugar de residencia, y demanda de salud. Primeramente, las personas en el Área Metropolitana de San Juan, en promedio, creen que la información está menos actualizada (3,13%) que los del resto de la Isla (11,1%).

Al enunciado “Volvería a utilizar Internet para encontrar información de salud” los pacientes respondieron completamente de acuerdo en un 63,7%, permanecían de acuerdo en un 27%, el 5,2% no estaba seguro de su respuesta, solamente el 0,6% estaba mínimamente en desacuerdo y un ligero 0,2% estaba en completo desacuerdo. Esto indica que más del 90% volverían a buscar información sanitaria en Internet.

Cuando caracterizamos esta pregunta tenemos diferencias significativas en cuanto al uso de Internet desde la casa. El 49% de los que utilizan diariamente Internet desde la casa, indicaron estar completamente de acuerdo con volver a utilizar Internet para la búsqueda de información

de salud. Parece haber una relación entre mayor utilización de Internet y mayor confianza en la información de salud que provee.

Cuando caracterizamos con el uso de Internet desde el trabajo vemos que el 32,9% de los que lo utilizan diariamente están completamente de acuerdo con volver a utilizar Internet para la búsqueda de información de salud. Nuevamente, parece haber una relación entre mayor utilización de Internet y mayor confianza en la información de salud que provee.

### **2.3.8. Toma de decisiones**

Con respecto a la información encontrada lo han llevado a acceder a que se le realice algún tratamiento, un 8% estaba completamente de acuerdo, un 20,7% se manifestaba de acuerdo, el 15,9% se declaraba en duda (no estaba seguro), el 8,1% se mostraba en desacuerdo y el 6,7% estaba en completo desacuerdo.

Si abordamos la caracterización de la frecuencia de si la información encontrada en otros medios ha llevado a acceder a que se le realice algún tratamiento se observan diferencias significativas respecto a la demanda de salud. Observamos mayor confianza en la información de Internet (53,9%) que en la información obtenida de otros medios (28,7%). En este caso para acceder a realizarse tratamientos.

Relativo a la cuestión de si los pacientes habían decidido a tomar algún medicamento después de haber conocido o aprendido sobre el mismo a través de Internet, los resultados fueron los siguientes. El 20,2% estaba completamente de acuerdo, el 31,7% se manifestaba de acuerdo, el 11,7% mantenía la duda, el 14,4% se mostraba en desacuerdo y el 8,3% su postura era en completo desacuerdo.

En cuanto a la decisión de tomar algún medicamento o remedio natural luego de haber conocido o aprendido sobre el mismo fuera de Internet, los resultados fueron: 10% de usuarios completamente de acuerdo en tomar el medicamento, un 18,5% se mostraba de acuerdo, el 14,1% no estaba seguro, un 10,7% se declaraba en desacuerdo y un mínimo del 8,7% se manifestaba en completo desacuerdo. Si abordamos la caracterización de la frecuencia de la decisión de tomar algún medicamento o remedio natural luego de haber conocido o aprendido sobre el mismo fuera de Internet se observan diferencias significativas respecto al uso de Internet desde la casa. Encontramos una relación entre mayor uso de Internet desde la casa y la decisión de tomar medicamentos luego de aprender sobre ellos fuera de Internet. La confianza para tomar un nuevo medicamento o suplemento fue mayor en

los usuarios de Internet (51,9%) que en los que buscaron información en medios convencionales (28,5%).

Sobre la interrogante de si se ha decidido dejar o no comenzar una medicina después de conocer a través de Internet sobre sus efectos secundarios o interacciones, los resultados son los que siguen. Los usuarios respondieron estar completamente de acuerdo en un 19,3%, el 27,4% contestó de acuerdo, el 14,1% no estaba seguro, el 17,2% estaba en desacuerdo y por último el 8,9% exponía su completo desacuerdo.

La decisión de dejar un medicamento o suplemento fue apoyada mucho más por la información de Internet (46,7%) que la información de otros medios (27,6%).

Sobre la decisión de dejar o no comenzar una medicina o remedio natural luego de haber conocido sobre sus efectos secundarios o interacciones fuera Internet, los resultados hacían corresponder un 9,6% a la decisión de estar completamente de acuerdo, un 18% a manifestarse de acuerdo, un 15,4% no estaba seguro, nuevamente un 12,4% se mostraba en desacuerdo y el 8% estaba completamente en desacuerdo.

### **2.3.9. Tipos de webs sobre salud**

Los resultados indicaron que el 50,2% de los encuestados visitaron alguna vez sitios webs de médicos, el 25,2% lo hizo en páginas de hospitales, el 19,4% visitó páginas de clínicas, el 72,9% frecuenta páginas exclusivas de información sobre salud, un 63,2% encontraba información de salud en redes sociales. Twitter es otra plataforma donde el 8,7% de los usuarios buscaban información. Respecto al 7,4% restante buscaban la información en otros lugares.

### **2.3.10. Uso de internet para salud y fuentes**

Sobre las fuentes de información sobre salud utilizadas, los resultados arrojaron que el 16,7% de los usuarios buscan muy frecuentemente, el 15,7% lo hacen frecuentemente, el 47,8% lo hace en ocasiones, el 10,9% raramente y el 6,5% nunca busca información sobre salud en Internet. La búsqueda de la información o el encuentro con la información sobre salud se puede producir por diferentes medios convencionales también, entre ellos la televisión, la radio y a través de familiares y amigos. El médico es la fuente a través de la cual los pacientes adquieren la mayor cantidad de información; y fue seleccionado en primer lugar por el 27%

de los encuestados y como segunda fuente más empleada por el 24,3%. En orden de prioridades el tercer lugar fue ocupado por artículos periodísticos, seleccionado por el 32,6% de los encuestados. También, fueron seleccionados como tercera opción, aunque con menos porcentajes las revistas (28.5%), la publicidad (21.5%) y los amigos y familiares (27.2%). Curiosamente, radio y la televisión no salieron muy bien paradas como fuentes de salud.

### **2.3.11. Tipos de páginas sobre salud visitadas por los ciudadanos**

Los resultados indicaron que el 50,2% de los encuestados visitaron alguna vez sitios webs de médicos, el 25,2% lo hizo en páginas de hospitales, el 19,4% visitó páginas de clínicas, el 72,9% frecuenta páginas exclusivas de información sobre salud, un 63,2% encontraba información de salud en redes sociales. Twitter es otra plataforma donde el 8,7% de los usuarios buscaban información. Respecto al 7,4% restante buscaban la información en otros lugares.

Si abordamos la caracterización de usos de diferentes tipos de webs sobre salud no se observan diferencias estadísticamente significativas. Ni el género, ni la edad, ni el lugar de residencia, ni los ingresos, ni el estado de salud, ni la demanda de salud, ni la experiencia en Internet, ni los usos de Internet desde la casa, ni los usos de Internet desde el trabajo, ni los usos de Internet desde el celular muestran diferencias significativas.

### **2.3.12. Actividades realizadas en las webs de salud**

El 24,4% de los usuarios se registraron para recibir correo electrónico de noticias o avances de salud, un 37,9% de los usuarios leyó comentarios o experiencias de otros sobre su salud, un 27,9% vio un video en Internet sobre salud o asuntos médicos y un 17,4% buscó personas en Internet con las mismas preocupaciones de salud. El 24,8% de los usuarios utilizó algún sitio web para controlar su peso, dieta o rutina de ejercicio. Por último, el 43,5% de los participantes usaba Internet para seguir indicadores de salud o síntomas.

Si abordamos la caracterización de las actividades realizadas en las webs de salud no aparecen diferencias estadísticamente significativas. Ni el género, ni la edad, ni el lugar de residencia, ni los ingresos, ni el estado de salud, ni la demanda de salud, ni la experiencia en Internet, ni los usos de Internet desde la casa, ni los usos de Internet desde el trabajo, ni los usos de Internet desde el celular muestran diferencias significativas.

### **2.3.13. Tipologías de usuarios de internet en relación con la salud**

Una vez identificadas y caracterizadas las variables relacionadas con la información y los usos de Internet relacionados con la salud procedimos a realizar un análisis de clúster jerárquicos (K-Means Cluster). Este análisis, que permite clasificar los individuos en grupos homogéneos internamente y heterogéneos externamente. Seleccionamos como variables de clasificación la frecuencia de uso de Internet con relación a la salud, el número de sitios webs sobre salud consultados y el número de actividades realizadas en las webs de salud. Estas variables han sido homogeneizadas a una escala de 5.

Esta tipología nos muestra el grado de uso de Internet en relación con la salud. Existe un 15,5% de usuarios de Internet que realizan un uso intensivo; un 46,02% que realizan un uso intermedio y finalmente un 38,83% realizan un uso reducido. Una vez construida esta tipología pasamos a caracterizar a los individuos en función de las dimensiones de nuestro estudio.

Si abordamos la caracterización de la tipología de usos de Internet en salud se observan diferencias significativas respecto a género, lugar de residencia, demanda de servicio sanitario, experiencia en Internet y usos de Internet desde el hogar, el trabajo y el móvil.

Primeramente, se constata que son más las mujeres (19,7%) que los hombres (10,6%) que realizan un uso intensivo de Internet y que son más los hombres (43,6%) que las mujeres (34,1%) que hacen un uso reducido. En cuanto al lugar de residencia encontramos mayor intensidad de uso en el municipio de Guaynabo (20%), contrastado con Carolina (6,6%) que fue donde menor intensidad de uso se encontró. El porcentaje mayor de uso reducido estuvo en Toa Baja (68,4%) y el menor de uso reducido en Cataño (0%). La demanda por servicios de salud debe tener una sustancial relación con el uso de Internet para salud, y encontramos un uso más intensivo en las personas que han visitado al médico más de 10 veces (25,6%) versus los que no lo habían visitado (5,9%).

En cuanto al uso reducido fluctúa entre un 30,2% de los que visitaron al médico más de 10 veces y el 61,8% de los que no lo habían visitado. Descubrimos una relación directa entre más demanda de salud y mayor uso de Internet para salud.

En cuanto a experiencia en Internet, vimos que hacen un uso más intensivo las personas que tienen más de tres años de experiencia (16,5%) versus las que llevan menos de un año (3,7%).

En cuanto al uso reducido, el 34,9% de los que tienen más de tres años de experiencia hicieron ese uso versus el 59,3% de los de menos de un año.

Descubrimos una relación directa entre la experiencia en Internet y el mayor o menor uso para la salud. Cuando abordamos el uso de Internet desde el hogar encontramos mayor intensidad de uso para la salud entre los que lo utilizan diariamente (18,5%) versus los que nunca lo utilizan desde la casa (0%). Además, encontramos que el 32,1% de los que lo utilizan diariamente desde el hogar tienen un uso reducido para salud versus el 78,6% de los que nunca lo utilizan. Cuando observamos el uso de Internet desde el trabajo, curiosamente la diferencia mayor en cuanto a uso intensivo para la salud, está entre los que lo utilizan diariamente (19,6%) y los que lo utilizan de cuatro a cinco veces (4,5%). En cuanto al uso reducido para salud, encontramos que el 29,8% de los que lo utilizan diariamente desde el trabajo tenían este tipo de uso versus el 49% de los que lo hacían de una a tres veces. Cuando abordamos el uso de Internet desde el celular vemos que los que lo utilizaban de cuatro a cinco veces tenían mayor intensidad de uso para la salud (22,9%) que los que lo utilizaron de una a tres veces (6,5%). En cuanto al uso reducido, los que lo utilizaban de una a tres veces (52,2%) fueron muchos más que los que lo utilizaban diariamente (28,3%). Ni la edad, ni los ingresos, ni el estado de salud muestran diferencias significativas.

### **2.3.14. En conclusión**

Los encuestados demostraron utilizar las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), y entre ellas y de forma fundamental Internet, para la búsqueda de información de salud.

Los pacientes cibernautas encuestados demostraron utilizar fuentes de información de Internet cuando necesitaban datos en información de salud. Aunque el médico permaneció como fuente primaria de información de salud, en segundo lugar aparece Internet como fuente importante. Los medios tradicionales, aunque permanecen, quedan relegados a terceros lugares. Esos datos encontrados, además, resultaron ser útiles para la mayoría de los encuestados, especialmente los que reportaron mejor salud. Es interesante que la gran mayoría dice confiar plenamente en esta información de salud que consigue en línea. Una mayoría de los usuarios encuestados afirman que la información encontrada en Internet es comprensible, fácil y accesible. También, estiman que los datos encontrados están actualizados. En cuanto a la toma de decisiones basada en esta información, se encontró que influenciaba en mayor grado la información de salud obtenida en Internet que la recibida por medios tradicionales.

En cuanto al tipo de páginas utilizadas, se destacaron las que se dedican exclusivamente a la información de salud y las de los medios sociales. En consistencia con este hallazgo los pacientes buscaron, prioritariamente, seguir indicadores de salud o síntomas, en segundo lugar, leyeron comentarios o experiencias de otros sobre su salud.

La tipología de usuarios de Internet construida revela que un 15,5% de los usuarios de Internet son usuarios intensivos de esta tecnología en relación con su salud, un 46,02% son usuarios intermedios y un 38,83% hacen un uso limitado de Internet en relación con su salud. Se encontró una relación significativa y positiva entre un mayor uso de Internet para temas relacionados con la salud entre las mujeres y aquellos individuos que realizan más visitas al médico. Así mismo, También existe una relación positiva y significativa entre una mayor frecuencia de uso de Internet y un mayor uso de Internet relacionado con la salud.

## REFERENCIAS

- Ahluwalia S., Murray E., y otros. (2010). “A heartbeat moment”: qualitative study of GP views of patients bringing health information from the Internet to a consultation. *British Journal of General Practice*.
- Beaudreau, B. C. (2008). *Information and Communication Technology: The Industrial Revolution That Wasn't*. Raleigh: Lulu.
- Brown, N. y Webster, A. (2004). *New Medical Technologies and Society: Reordering Life*. Cambridge: Polity Press.
- Castells, M. (2006). *La sociedad red: una visión global*. Madrid: Alianza Editorial.
- Cooley D.L., Mancuso A.M., y otros. (2011). Health-related internet use among patients of osteopathic physicians. *Journal of American Osteopathic Association*.
- Eysenbach, G. y Diegpen, T.L. (1998). Towards quality management of medical information on the Internet: evaluation, labelling, and filtering of information, *British Medical Journal*.
- Gray, J. A. M. (2002). *The Resourceful Patient*. Oxford: eRosetta Press.

Hartzband, P. y Groopman, J. (2010). Untangling the web--patients, doctors, and the internet. *The New England Journal of Medicine*.

Internet World Stats. *Caribbean Internet Statistics (2012)*. [www.internetworldstats.com](http://www.internetworldstats.com)

Nettleton, S. (2004). The Emergence of E-Scaped Medicine? *Sociology*, 38.

Powell, J. A., Darvell, M. y Gray, J. A. M. (2003). The doctor, the patient and the world-wide web: how the Internet is changing healthcare. *Journal of the Royal Society of Medicine*.

Purcell G.P., Wilson P.Y. y Delamothe T. (s.f). The quality of health information on the internet. *British Medical Journal*.

Smith, R. (1997). The future of healthcare systems. *British Medical Journal*.

Tortolero, G., Finney, L. J. y otros. (2010). Health and cancer information seeking practices and preferences in Puerto Rico: creating an evidence base for cancer communication efforts. *Journal of Health Communication*.

Truog, R. D. (2012). Patients and doctors--evolution of a relationship. *The New England Journal of Medicine*.

Valenti, P. (2002). La Sociedad de la Información en América Latina y el Caribe: TIC's y un nuevo Marco Institucional. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación*.

Wald, H. S., Dube, C. E. y Anthony, D. C. (2007). Untangling the web--the impact of internet use on health care and the physician-patient relationship. *Patient Education and Counseling*.

Weiner, M. y Biondich, P. (2006). The Influence of Information Technology on Patient-Physician Relationships. *Journal of General Internal Medicine*.

### **III. RELACIONES MÉDICO PACIENTE Y COMUNICACIÓN EN LA FORMACIÓN MÉDICA**

### **3.1 Comunicación en la formación médica: ¿Necesidad o moda? Un estudio de caso desde la perspectiva del análisis crítico del discurso (ACD).<sup>40</sup>**

**Valeria Albardonedo**

Universidad Nacional del Comahue (UNCo), Facultades de Ciencias Médicas (FACIMED) y de Derecho y Ciencias Sociales (FADECS), Argentina  
enialbardonedo@yahoo.com

**Resumen.** La inclusión curricular de la comunicación en las carreras de medicina viene consolidándose en las dos últimas décadas como un tema de relevancia para las políticas de educación superior tanto en países de Europa como en Latinoamérica. Las propuestas político-institucionales y consecuentemente el proyecto curricular que se tomará como caso, presentan concepciones de comunicación diversas que se fundamentan en argumentos aún poco advertidos, discutidos y develados. El trabajo que se presenta tiene como principales objetivos: Examinar a través del ACD los discursos que fundamentan la incorporación de la comunicación en la carrera de medicina de la Universidad Nacional del Comahue en el marco de las reformas en educación superior en Argentina; Caracterizar las concepciones de comunicación que circulan a nivel político e institucional; 3. Caracterizar el modelo de formación médica que surge asociado a esas concepciones. Se trabajará sobre un *corpus* de textos, a través de categorías de análisis. El ACD resulta apropiado para discutir la circulación de las prácticas discursivas en el ámbito aludido ya que centra el interés en la dimensión constructiva del discurso, a partir de la cual puede advertirse como se generan y establecen saberes.

**Palabras Clave:** discursos; análisis crítico del discurso; comunicación y salud; formación médica.

#### **Introducción: contexto, debates y un caso ilustrativo**

La jerarquización de la comunicación en la formación médica de grado se inscribe en un proceso de revisión y debate curricular sobre el campo, que se viene produciendo tanto en

<sup>40</sup> Este artículo fue presentado y publicado en las Memorias del Grupo Temático 5 Comunicación y Salud del XII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIC), Lima-Perú, 2014 y en Petracci, M. (2015). *La salud en la trama comunicacional contemporánea*. Buenos Aires: Prometeo.

Latinoamérica como en Europa, desde mediados de la década de los 90. En este marco, adquiere relevancia el enfoque de formación por competencias, que surge en contextos de reforma educativa. Una propuesta que prioriza los sistemas de conocimiento en los que el trabajo, la formación y la educación se orientan a la adquisición de competencias más que a cualificaciones específicas. El enfoque comprende a la competencia como una capacidad integral para dominar situaciones complejas que se identifica y evalúa en términos de efectividad. Facilita además, el vínculo entre el mercado laboral y la educación ya que las competencias se establecen teniendo en cuenta la interacción del futuro profesional en escenarios laborales diversos (Bolívar *et al*, 2006; Moreno Olivos, 2009).

En Argentina particularmente, la referencia al enfoque por competencias comienza a tener mayor incidencia en los debates sobre política universitaria a partir de la sanción de la Ley 24.521 de Educación Superior (LES)<sup>41</sup>. (Bassans, 2010). La ley estableció una norma especial para los planes de estudio de carreras correspondientes a “profesiones reguladas por el Estado, cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad y los bienes de los habitantes”. La norma expresa la necesidad de fijar contenidos curriculares básicos, criterios de intensidad para la formación, además de la acreditación y evaluación periódica de las carreras a través de organismos creados para tal fin. (artículo 43, LES. 1995). En función de la demanda establecida por la ley, comienza a funcionar en 1996 la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU). En la actualidad, la comisión continúa llevando adelante los procesos de acreditación y evaluación universitaria en Argentina. Después de un largo periodo de debate, movilización, resistencia a la ley y rechazo a la modalidad reguladora de CONEAU por parte de diversos sectores de la comunidad académica del país y en el marco ya de un avance de las políticas impulsadas por la ley, surge la Resolución 1314<sup>42</sup>. En la misma se postulan y aprueban los contenidos curriculares básicos, la carga horaria, los criterios de intensidad de la formación práctica y los estándares para la acreditación de las carreras de medicina. De manera explícita, la resolución incorpora la comunicación en el marco de las competencias profesionales fijadas y también como parte de los contenidos básicos en dos de los ejes curriculares previstos.

<sup>41</sup> La LES, fue sancionada durante el Gobierno del Presidente Carlos Menem y continúa vigente. Las políticas que se originaron y profundizaron durante dicho gobierno, tuvieron una marcada orientación neoliberal. Las privatizaciones y la reforma del estado fueron los ejes rectores. En materia educativa, el contenido de la LES apuntó a modificar las relaciones entre la Universidad, el Estado y la Sociedad. Bajo un paradigma que a nivel mundial gravitaba sobre la Educación Superior, la ley se centró en la jerarquización de las universidades privadas, la regulación, la evaluación y consecuentemente la injerencia del Poder Ejecutivo en la universidad pública a través de organismos de acreditación.

<sup>42</sup> La resolución tomó como referencia el trabajo realizado por AFACIMERA (Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina). La entidad realizó a partir del año 2000 un profuso estudio de la situación de las carreras de medicina del país. A partir de los resultados y rondas de consultas con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), elaboró estándares de calidad potenciales para el proceso de evaluación y acreditación de las carreras de medicina de todo el país.

En el contexto del debate internacional sobre el currículum en la academia médica al que se ha hecho referencia y durante la década en que la LES comenzó a impulsar polémicos y significativos cambios en la educación superior argentina, se crea la Carrera de Medicina en la Universidad Nacional del Comahue<sup>43</sup>. Comenzó a funcionar en 1998 a partir de un plan de estudios centrado en la Atención Primaria de la Salud que se materializó en una estructura modular de tres ciclos –Biomédico, Clínico y de Síntesis-. Con una orientación explícita a la medicina general, el plan establece objetivos a los que se apunta en función del profesional que se espera formar. En la enunciación de los mismos se hace referencia a la comunicación desde conceptualizaciones disímiles.

En 2003 egresó la primera promoción, hecho que concretó el pedido de creación de la Escuela de Medicina, en lugar de lo que era, Carrera de Medicina. Durante 2005 se propone la incorporación de un ciclo más, denominado “Introductorio”. Su incorporación y puesta en marcha se consolida a partir del año 2006; a través del mismo se garantiza el ingreso irrestricto, aboliéndose la modalidad de examen de ingreso. En 2009 se aprobó el pase a Facultad; desde entonces funciona la Facultad de Ciencias Médicas.

### **3.1.1 Una lectura desde el análisis crítico del discurso: la academia médica y ‘los usos’ de la comunicación**

El ACD resulta apropiado para realizar una revisión crítica de los discursos que han sostenido y sostienen actualmente la propuesta y los consecuentes cambios académico –curriculares en cuestión. La perspectiva aporta los conceptos y categorías necesarias para discutir la aceptación y circulación de las prácticas discursivas en el ámbito aludido ya que parte de una comprensión del discurso que centra el interés en su dimensión constructiva, a partir de la cual puede advertirse como se generan, circulan y establecen saberes. Tal como aclara Fairclough (1992) uno de los efectos del discurso es el que contribuye a la “construcción de sistemas de conocimiento y creencias”. Por otra parte, se considera la interacción constante con el contexto de producción, lo que permite una lectura dinámica que tiene en cuenta variables histórico-políticas. En suma, el carácter dialéctico que se establece para pensar el discurso entramado en la estructura social, es lo que permite un análisis integral que contempla, pone en juego y entrecruza la matriz socio-histórica y política con el orden textual propio de la producción discursiva.

<sup>43</sup>. El 15 de julio de 1971, el poder ejecutivo de la nación argentina sancionó y promulgó, la ley 19.117; a través de la que se creó la Universidad Nacional del Comahue. En 1972 comenzó el primer ciclo lectivo. La casa de estudios se encuentra ubicada geográficamente en la Patagonia Argentina y tiene sedes en las provincias de Río Negro y Neuquén.

Desde esta perspectiva, resulta pertinente realizar un análisis que contemple por un lado, la generación de un contenido “nuevo” que se reconoce como concepto propio del campo disciplinar de las ciencias sociales y humanas, en un campo académico caracterizado por el paradigma biomédico, en el que han predominado los marcos epistémicos de las ciencias exactas y naturales. Por el otro, permite enmarcar la emergencia de los contenidos aludidos en un contexto histórico y una coyuntura política particular que permita advertir las regulaciones que surgen como orden u órdenes del discurso.

Como se sabe, el discurso médico legitima su autoridad en una concepción de ciencia que privilegia la investigación y experimentación a partir de hechos observables, proceso del cual se derivan generalizaciones y leyes de carácter universal. Esta concepción configura una cadena significante que organiza, produce y re-produce un modo público de comprender el objeto de la medicina y consecuentemente, el proceso salud – enfermedad-atención. Surgen así pares dicotómicos que delimitan la salud de la enfermedad, lo normal de lo patológico, el tratamiento médico convencional de las terapias alternativas, entre otros. En función de las representaciones citadas, el discurso médico surge como discurso autorizado ya que se reproduce mediado por la academia, donde el discurso científico circula de manera univoca, desplegando su mayor cuota de poder. Esta dinámica asegura al discurso médico un prestigio social asumido y poco discutido por la sociedad (Sánchez, 1999). En este marco, se va configurando una práctica discursiva determinante para la construcción de un perfil profesional y un modelo médico que ha sido históricamente dominante. Un profesional al que se le confiere el poder de la ciencia y la potestad intervencionista que la misma ampara.

En la actualidad, el perfil académico del médico se halla expuesto a revisión por una coyuntura política de reformas que ha impactado en la educación superior. En la coyuntura aludida se revelan lógicas que pertenecen al dominio de la economía, el estado y el mercado; en este sentido comienzan a producirse otros discursos que enlazan fuertemente la racionalidad científica con la racionalidad económica. Los términos ‘calidad’ y ‘eficiencia’, no son ajenos a la academia médica, por el contrario, a través de las reformas curriculares, los procesos de acreditación y las instancias de auto-evaluación, se han ido naturalizando e instalando sus significados, generando así prácticas discursivas que van constituyendo un perfil profesional atento a los dictados del conjunto mercado-estado. Al respecto, Fairclough (2008) toma el caso de las universidades británicas en el contexto de los cambios que han afectado a la educación superior. Puntualmente, refiere a la constitución de un mercado de prácticas discursivas y la reestructuración del orden del discurso apoyado en el modelo del mercado.

La inclusión de la comunicación en la academia médica y concretamente el caso que se pretende analizar pueden advertirse en el seno de la disputa que presenta Fairclough, ya que también adquiere relevancia en un momento de transformaciones en la educación superior. Desde la lógica del ACD, puede comprenderse como una práctica a problematizar ya que se manifiesta en forma de textos que están siendo actualmente distribuidos y consumidos en la comunidad académica. Puede advertirse que la academia médica, está re-construyendo los sentidos –y también los significados- del concepto de comunicación en una coyuntura de innovaciones producto de las políticas reformistas.

En los procesos señalados, se encuentra entonces un terreno propicio para iniciar el tipo de análisis propuesto. Esta decisión metodológica queda aún mejor fundamentada cuando se comprende y asume que “el análisis de un discurso particular como práctica discursiva se centra en los procesos de producción, distribución y consumo del texto. Todos estos procesos son sociales y requieren referencia a la situación económica, política y social en la cual se genera el discurso (y se interpreta)”... “El objetivo central es trazar conexiones explicativas entre los modos (innovadores, normativos, etc.) en que los textos son puestos de manera conjunta e interpretados, cómo son producidos, distribuidos y consumidos en el amplio sentido, y la naturaleza de la práctica social en término de su relación con estructuras sociales y conflictos” (Fairclough, 4: 1992).

### 3.1.2 Categorías analíticas seleccionadas

Se proponen algunas categorías analíticas que se visualizan apropiadas para develar qué tipo de contribuciones epistémicas se dan a partir de la incorporación curricular de la comunicación en la academia médica y a partir de ellas qué tipo de saberes se refuerzan, imponen o bien surgen en el contexto citado.

**VOCABULARIO** (o léxico o clasificación *wording*) (Fairclough, 1992): En este caso se apuntaría al análisis de los términos que surgen como sinónimos. Su significación epistémica. El significado y los términos desde los cuales se hace mención a la comunicación en los documentos de reforma.

**MODALIDADES:** Como expresión de la subjetividad en el lenguaje, “la modalidad es constitutiva del sentido de todo enunciado: aun el menos modalizado contiene en efecto un cierto tipo de modalidad”. (*García Negroni, et al. 2001: 1*) Si bien en los textos seleccionados se advierte una perspectiva implícita del sujeto, interesan, particularmente las modalidades

lógicas. Este tipo de modalidad se relaciona con la verdad del contenido de las proposiciones. Entre ellas se diferencian las modalidades aléticas a partir de las cuales puede advertirse si el contenido en cuestión es presentado como necesidad o posibilidad. Con las epistémicas lo que se excluye y lo que se asegura que puede brindar el mismo.

**INTERTEXTUALIDAD:** La intertextualidad muestra como todo texto se construye históricamente a través de otros textos; citas, expresiones, opiniones generalizadas. (Kristeva, 1982; Fairclough, 1992). En el marco de la intertextualidad manifiesta, como aquella en la que se advierte explícitamente los textos incluidos, cabe destacar lo que Fairclough (1992) denomina “presuposiciones”. Las presuposiciones son proposiciones que el productor del texto asume como establecidas, dadas o socialmente consensuadas.

Para el análisis del corpus seleccionado se propone la intertextualidad como una categoría que permitirá advertir ambivalencias y contradicciones en los textos estudiados y a través de esto, marcar complejidades latentes, modos de re-actualización de saberes y conocimientos, en definitiva, los marcos teórico-epistémicos que integran la propuesta de inclusión de la comunicación en el currículum de la formación médica.

### **3.1.2 *Corpus* de análisis**

Se tomará como caso ilustrativo la inclusión de la comunicación en el currículum de la carrera mencionada, teniendo en cuenta los cambios que introducen las reformas político- educativas de las últimas dos décadas. Se realizará análisis del discurso sobre un corpus de textos seleccionados; de circulación significativa política e institucionalmente, en los que surge y se incorpora la comunicación, ya sea como contenido o como componente de competencias específicas.

El corpus –que se detalla a continuación– se propone como una secuencia que va de la norma general (Resolución) a su supuesta aplicación en el Plan de estudios de la carrera y casos específicos en dos asignaturas. La selección pretende exponer cómo se generan, circulan, adecúan y re-adecuan las concepciones y contenidos de comunicación en términos discursivos, qué incidencia tiene la inclusión de la norma en los mismos y qué ordenes discursivos genera tal inclusión:

Resolución MECyT<sup>44</sup> N° 1314. (2007) En la misma se aprueban los contenidos curriculares básicos que deben plasmarse en los planes de estudio de las carreras correspondientes a profesiones reguladas por el Estado, “cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público, poniendo en riesgo de modo directo la salud...”

Ordenanza del Consejo Superior 1047/13 que aprueba el Plan de estudios de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue con sus respectivas modificaciones en función de la evaluación de CONEAU y modificaciones por evaluación interna

Programa de la asignatura Introducción al estudio de la Medicina -1 año- Ciclo Introductorio- (Materia en la que se proponen y trabajan contenidos de comunicación)

Programa de la asignatura Relación Médico- Paciente -3 año- Ciclo Biomédico- (Materia en la que se proponen y trabajan contenidos de comunicación)

Algunos de los interrogantes que se proponen a modo de ejes para el análisis pueden expresarse en las siguientes preguntas: ¿Qué concepciones de comunicación privilegia la academia médica? ¿Cuáles son los argumentos que sostienen la incorporación de la comunicación como contenido para la formación médica? ¿Sobre qué discursos políticos, sociales e institucionales se construyen y normalizan los supuestos que sostienen dicha incorporación?

### **3.1.3 Comunicación: un componente, una técnica y un proceso para el profesional de la medicina**

Como categoría analítica, la intertextualidad revela como las presuposiciones construyen ambivalencia, al ser incorporadas como textos de “otros”. Textos de distintos “otros”. “Otros” de campos disciplinares, “otros” que sostiene la opinión pública, “otros” difusos, de los que no se reconoce un origen concreto pero que tienen trascendencia en un auditorio determinado por un contexto determinado.

En la resolución 1314, se advierten varios juegos intertextuales que apelan a “otros” textos para incorporar la noción de comunicación.

En principio se observa que el citado documento, postula la comunicación como un componente de la competencia denominada “profesionalismo” que se materializa en tres actividades concretas:

---

<sup>44</sup>. Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología.

“Brindar apoyo y/o contención al paciente y/o a su familia al transmitir todo tipo de información sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento”

“Brindar al paciente y/o la familia la información suficiente y adecuada para obtener el consentimiento para realizar procedimiento y/o tratamientos”

“Establece una comunicación escrita efectiva a través de la historia clínica y otros registros”

Al definirla como un “componente del profesionalismo” se presupone que sin ella, el profesionalismo como competencia no se adquiere o no se completa adecuadamente. En línea con esta presuposición, las actividades que competen a la comunicación se circunscriben a la transmisión de información. Así es postulada como algo que “se tiene” y “se da”, que se “brinda”.

En la última actividad citada, se habla de “comunicación escrita efectiva”, lo que presupone que fácticamente existe una comunicación que no es efectiva o bien inefectiva. La pregunta es ¿cómo sería esa comunicación efectiva, que es lo que implica y para quién lo es?; ¿para el paciente, para los colegas, para el equipo? En la presuposición de una “comunicación efectiva”, se advierten a la vez las marcas de un texto alternativo. Un texto que introduce un enfoque de comunicación particular que se vincula, sobre todo, a los procesos de gestión en organizaciones. En dicho enfoque, “la efectividad” supone un éxito garantizado por la recepción del mensaje y la comprobación de la retroalimentación. En este sentido, se va construyendo un significado efectista y funcional de la comunicación.

En el apartado sobre contenidos básicos la comunicación es planteada en el marco de un eje curricular denominado “Proceso Salud Enfermedad Atención en las distintas etapas del ciclo vital”. Aquí la comunicación es propuesta como un “contenido básico esencial” y también se apela a otro texto para especificar su modalidad y postularla explícitamente; dicho contenido es definido como “técnicas de educación y comunicación para la salud”. La intertextualidad manifiesta es aquí concluyente, ya que la resolución selecciona concretamente concepciones técnicas.

También dentro de los contenidos básicos, pero enmarcado en el eje curricular denominado “Medicina Hombre y Sociedad”, se menciona como contenido al “proceso de la comunicación”. Se advierte aquí la intertextualidad en la introducción de un “título” legitimado académicamente. Se sabe que la comunicación es definida como un proceso en el discurso de las ciencias sociales. Discurso que a la vez la configura como objeto de estudio y/o campo disciplinar.

Asociado al contenido mencionado, surge en línea de continuidad- en el mismo párrafo- “la comunicación de diagnósticos y pronósticos desfavorables”. Es pertinente detenerse en esta estructuración del párrafo ya que, si bien se introduce la idea de proceso para conceptualizar el contenido, luego se asocia a la “comunicación de diagnósticos y pronósticos desfavorables”. Cabe destacar aquí, que la contigüidad de los términos en el párrafo vehiculiza una significación particular; la que relaciona el proceso con la comunicación – ¿o información? de diagnósticos y pronósticos desfavorables que brinda el médico. A partir de este orden puede leerse que el denominado “proceso” se subordina a la funcionalidad del “emisor”, en este caso el médico que comunica o – ¿informa? Los pronósticos y diagnósticos desfavorables.

### **3.1.4 El médico: un estratega de la comunicación**

En la Ordenanza 1047 se advierten varios enunciados modalizados. En el inicio, el plan de estudios describe los “atributos del médico que se espera formar”. Mediante el enunciado modalizado se advierte que los atributos se construyen como posibilidades, “se espera que los médicos estén en condiciones de”. Dentro de estos atributos “posibles” surge uno que involucra la comunicación:

“Promover modos de vida sanos, recurriendo a las técnicas de comunicación y dando a los individuos y grupos la posibilidad de asumir la protección de su salud”

Entre los atributos también se hace mención a las “destrezas para la consulta” y entre ellos se incluye:

“Sensibilidad y comunicación efectiva con los pacientes y sus familias, colegas profesionales y para mantener buenos registros médicos”.

En línea con lo que plantea la resolución 1314, la ordenanza que aprueba el plan de estudios, mantiene el mismo discurso para incorporar la comunicación, se hace referencia desde la presuposición de técnicas y el atributo de la efectividad. Aquí la efectividad se explicita y se menciona hacia quien – “con los pacientes y sus familias, colegas profesionales”- y para qué – “para mantener buenos registros médicos”-. No obstante sigue siendo difuso el significado de la misma, ya que no se profundiza sobre las implicancias de tal efectividad. En este sentido, es posible ampliar el cuestionamiento sobre la efectividad; ¿en qué se traduce una comunicación efectiva con los pacientes y sus familias? ¿En los vínculos, en la relación con el

sistema de salud? ¿En la adherencia a los tratamientos, en la comprensión de los diagnósticos?

En los objetivos de conocimiento que corresponden a las metas y objetivos de la formación de grado, también se postula “la importancia de la comunicación con el paciente y con otros profesionales”. A través de una presuposición se enfatiza y jerarquiza la comunicación interpersonal para comprender los vínculos y el intercambio entre médico y paciente. Cabe preguntarse si esta presuposición no excluye contextos que deberían tenerse en cuenta para comprender y analizar la importancia de las relaciones citadas.

La tendencia a considerar la comunicación desde un enfoque que privilegia concepciones técnicas, se vuelve a repetir en lo que se enuncia como un “deber de conocimiento” entre los objetivos del ciclo biomédico.

“Al finalizar el ciclo biomédico, el estudiante deberá conocer y comprender”:

“Los procesos y estrategias de la comunicación en las relaciones humanas en salud con énfasis en la relación médico- paciente”

“Deberá haber desarrollado destrezas en técnicas de comunicación con los pacientes, familia y equipo”

Si bien aquí se hace mención al proceso, puede advertirse que por contigüidad, en la estructura de la oración, surge vinculada a las estrategias. A pesar de la diferenciación por un conector, recurso que supone que ambos – procesos “y” estrategias- son importantes, las presuposiciones sobre técnica y estrategia son predominantes y van configurando un orden discursivo evidente sobre la incorporación de la comunicación en la formación médica.

Por último, en la sección de la ordenanza que agrega la incorporación del Ciclo Introductorio<sup>45</sup> y las asignaturas correspondientes al mismo, surge como propuesta general “...reforzar aspectos de comunicación, cuestiones éticas, sociales y culturales...”. El enunciado involucra una presuposición que apela a un texto nebuloso, perteneciente al sentido común. La presuposición admite que la comunicación pueda hacerse más fuerte, aumentarse, mejorarse o intensificarse. De esta presuposición se genera la creencia a partir de la cual la comunicación puede calificarse como “buena” o “mala”, “positiva o negativa” y también como “efectiva e inefectiva

---

<sup>45</sup>. La aprobación del Ciclo Introductorio se expresa en la Ordenanza 1032 que se anexa a la Ordenanza 1047.

### **3.1.5 Distintas perspectivas: la comunicación en la profesión médica, ¿para quiénes y para qué?**

En el programa de la asignatura “Introducción a los Estudios de la Medicina”, la comunicación aparece como un contenido dentro de un módulo que se organiza en torno al tema “Comunidad y Universidad”. En el mismo se hace mención a la “Comunicación Social, a los Modelos de comunicación y al par Comunicación y relaciones humanas”. A través de la intertextualidad manifiesta se incluye a la comunicación como fenómeno del campo social, asociada a la cultura y a las relaciones humanas. Cabe destacar la estructuración del párrafo y la selección de términos entre los que se presenta:

“El Contexto sociocultural: Importancia de los factores socioculturales. Comunicación social. Modelos de comunicación social. Comunicación y relaciones humanas. Identificación de necesidades y acción comunitaria. Participación comunitaria en salud.”

El tratamiento de la comunicación en la asignatura “Relación Médico Paciente” es exhaustivo. Ya entre los objetivos específicos de la asignatura se cita:

“Detectar las patologías de la comunicación humana en la relación equipo de salud y comunidad.”

En el mismo se advierten presuposiciones a través de la introducción de varios textos. Por un lado una perspectiva de comunicación que se enfoca en la comunicación humana y en concordancia con este enfoque, la presuposición de una comunicación patológica. Se reconocen en este texto las marcas de la perspectiva sistémica, encabezada por uno de sus más destacados exponentes; Paul Watzlawick<sup>46</sup>.

En varias de las unidades que presenta esta asignatura se apela a las categorías, axiomas y postulados de Watzlawick:

“Comunicación humana normal. Introducción, axiomas de la comunicación humana, la imposibilidad de no comunicarse, los niveles de contenido y relaciones de la comunicación, la puntuación de secuencia de hechos. Interacción simétrica y complementaria. La circularidad de las pautas de Comunicación. Comunicación no verbal. Análisis de la misma, expresiones faciales, la mirada, gestos y posición corporal, lenguaje. Relación cuerpo-mente. Estructuración de la personalidad”

---

<sup>46</sup>. Paul Watzlawick fue psicólogo y el principal exponente de la Perspectiva Sistémica Constructivista. Escribió una obra fundamental como la “Teoría de la Comunicación Humana” y se destacó por su trabajo en el campo de la Psicoterapia.

“Comunicación humana patológica. Rechazo y aceptación de la comunicación, descalificación de la comunicación, el síntoma como comunicación”

La intertextualidad manifiesta que se construye en base al texto científico, evidencia el privilegio de la concepción sistémica para configurar un campo de saberes acerca de la relación médico paciente. Cabe destacar que en la disposición y estructura de los párrafos que configuran el contenido de cada una de estas unidades no aparece citado el autor, sólo se encuentra mencionado en la bibliografía de la cátedra.

La consideración exhaustiva de esta perspectiva incide en la determinación de la relación entre médico y paciente; a través de la misma se comprende exclusivamente en términos de interacción humana. Se califica la comunicación y surge conceptualizada y relacionada a una terminología propia de las terapias sistémicas.

### 3.1.6 Conclusiones

En los textos analizados, puede advertirse como comienza a configurarse un saber sobre el modo de postular la comunicación en la formación médica. Se han observado fragmentos discursivos que se sostienen en concepciones estratégicas y efectistas de la comunicación. En primer lugar debe reconocerse la influencia que la norma ejerce sobre dicha configuración. Recordamos que la LES establece una norma especial para los planes de estudio de carreras correspondientes a profesiones reguladas por el Estado; entre ellas lógicamente, se incluyen las carreras de medicina. En virtud de esta norma, la resolución 1314, que regula los contenidos mínimos, propone a la comunicación “como un componente del profesionalismo” y concretamente como una “estrategia y una técnica que el profesional debe manejar, comprender y conocer”. Es dable pensar que la necesidad de incorporar la comunicación como “técnica, estrategia y proceso” para informar sobre “diagnósticos o pronósticos desfavorables” se postula en función del riesgo que supone el ejercicio de la profesión. Riesgos que se suponen morales, éticos y profesionales pero que también representan un costo económico y político significativo para el Estado. En línea con estos argumentos, se postula de manera similar en el plan de estudios de la carrera que se cita como caso. Se configura así un orden discursivo que genera un significado “funcional” de la comunicación, subordinado al enfoque de competencias. Un significado que se orienta al uso que el profesional debe hacer de la comunicación, como un objeto, una posesión que debe cultivar. Este orden parece promover un emisor indiscutido, el médico. Se confirma y re-afirma así, a través del orden discursivo, el orden social dominante que asigna al médico el poder de la palabra y la verdad.

Surgen textos alternativos sobre la comunicación en las asignaturas analizadas que se sostienen en diferentes enfoques teóricos. Ahora bien, bajo la influencia del plan de estudios habrá que analizar cómo se postulan y proyectan y si podrán configurarse también como un orden discursivo alternativo que impulse al menos otras creencias sobre lo que puede generar la comunicación en la formación médica, en relación a los vínculos y a la relación entre salud medicina y comunidad.

## REFERENCIAS

- Bassan, N. D. y D'Ottavio A. E. (2010). Reflexiones sobre cambios curriculares médicos. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud*, 7(1). <http://www2.udc.cl/ofem/recs/antiguos/vol712010/esq71.pdf>
- Bolívar, A. (2008) El discurso de las competencias en España: educación básica y educación superior. *Revista de Docencia Universitaria Red U.* (2). [http://www.um.es/ead/Red\\_U/m2/bolivar.pdf](http://www.um.es/ead/Red_U/m2/bolivar.pdf)
- G. N. M. y T. M. (2003). Capítulo 4: La modalidad. En *La enunciación en la lengua. De la deixis a la polifonía*. Madrid, España: Gredos.
- Fairclough, N. (1992). Capítulo 3: Una teoría social del discurso. En *Discurso y cambio social*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Fairclough, N. (1992). Capítulo 4: Intertextualidad. En *Discurso y cambio social*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Fairclough, N. (2003). El análisis crítico del discurso como método para la investigación en ciencias sociales. En Wodak, R. y Meyer (comps). *Metodos de análisis crítico del discurso*. Barcelona, España: Gedisa.
- Fairclough, N. (2008) El análisis crítico del discurso y la mercantilización del discurso público: las universidades. *Discurso y Sociedad*, 2(1), 170 a 175. <http://www.dissoc.org/ediciones/v02n01/DS2%281%29Fairclough.html>
- Kristeva, J. (1982). *Semiotica I*. Madrid: Espiral.

Moreno, T. (2009). Competencias en educación superior: un alto en el camino para revisar la ruta de viaje. *Revista Perfiles Educativos*, 31(124).  
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/132/13211178006.pdf>

Sánchez, D. (1999). Mujer hasta la tumba. Discurso médico y género: una aproximación desde el análisis crítico del discurso a un texto didáctico de ginecología. *Revista Iberoamericana de Discurso y Sociedad*, 1(2). Barcelona: Gedisa.

### **3.2. La irrupción del diagnóstico en mujeres con cáncer de mama en el área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. comunicar y ser comunicado: el (des)encuentro con la biomedicina.<sup>47</sup>**

**Leila Passerino**

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Instituto de Investigaciones Gino Germani, Argentina  
leilapasse@gmail.com

**Resumen.** El presente artículo forma parte de una investigación más extensa cuyo objetivo fue reconstruir y analizar la experiencia de mujeres con cáncer de mama desde diversas aristas a partir del análisis de narrativas. En términos metodológicos, se partió de un diseño cualitativo, a partir del análisis de 27 entrevistas en profundidad, resultantes de procesos de interlocución con 25 mujeres de sectores populares y medios, residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) de entre 25 y 75 años en el período 2012-2015, que habían transitado o transitaban la enfermedad. El encuentro que inaugura un proceso de enfermedad, lejos de presentarse como acto mecánico o desprovisto de ambivalencias, resulta un proceso complejo. Asimismo, debemos considerar la distinción entre producción de enfermedad y apropiación o experiencia sentida. En este derrotero, la comunicación desborda una situación protocolar constituyéndose en una de las instancias más importantes de lo que será la trayectoria terapéutica de quien transita cáncer de mama, participando activamente en los modos de *experienciar* la enfermedad, en su asimilación y en los diferentes modos de transitarla –bajo la incertidumbre, la apatía, la indiferencia o desde contención, el cuidado y el compromiso con quien se tiene en frente.

**Palabras clave:** cáncer de mama; comunicación; narrativas.

---

<sup>47</sup> Este artículo fue presentado y publicado en las Memorias del Grupo Temático 5 Comunicación y Salud del XIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIC), Ciudad de México-Méjico, 2016.

## Introducción

La instancia diagnóstica suele constituirse en un momento disruptivo luego de la confirmación de cáncer de mama para muchas mujeres. Implica, en muchas oportunidades, un *quiebre biográfico* como expresara Bury (1982) en los tempranos ochenta. En la configuración de un diagnóstico se proyectan, diseñan y pautan los procesos médicos que le sucederán –como controles, tratamientos, cirugías, etcétera– además de una serie de aspectos imaginarios que participan activamente bajo el significante cáncer para quienes transitan una enfermedad. Si referimos a un quiebre, es porque se trata de un tipo de ruptura que irrumpen en las estructuras de la vida cotidiana, en los significados y los modos de pensarse autobiográficamente, de aquí que este momento sea tan importante para reflexionar en torno a la relación médico/a-paciente, los efectos producidos y las consecuencias terapéuticas que pueden producirse en este encuentro.

El presente artículo forma parte de una investigación más extensa cuyo objetivo fue reconstruir y analizar la experiencia de mujeres con cáncer de mama desde diversas aristas a partir del análisis de narrativas. En términos metodológicos, se partió de un diseño cualitativo, a partir del análisis de 27 entrevistas en profundidad, resultantes de procesos de interlocución con 25 mujeres de sectores populares y medios, residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) de entre 25 y 75 años en el período 2012-2015, que habían transitado o transitaban la enfermedad.<sup>48</sup>

Como ya hemos referido, nos centramos en este momento particular, la instancia comunicacional diagnóstica, a partir de la cual se desarrollarán un conjunto de eventos comprendidos en la esfera biomédica, habilitando sin dudas, una serie de encuentros y desencuentros, transformaciones y consecuencias para las mujeres con cáncer de mama. Para ello, en un primer momento analizamos la diferencia entre diagnóstico y experiencia de enfermedad, como condiciones que no deben confundirse como idénticas o aspectos inmediatamente sucesivos. Reflexionamos en torno al lugar de la corporalidad y la subjetividad desde una perspectiva fenomenológica, para dar cuenta luego de las tensiones que se presentan en la práctica médica y en las relaciones con los y las pacientes basadas en la objetivación para la intervención. Continuamos con la reflexión en torno a la comunicación diagnóstica complejizando esta instancia y alejándonos de una perspectiva instrumental o

<sup>48</sup>. La investigación contó con los recaudos éticos estipulados en los Lineamientos para el Comportamiento Ético en las Ciencias Sociales y Humanidades del Comité de Ética del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (2006) y la utilización de Consentimiento Informado, el cual deja constancia del permiso por parte de nuestras entrevistadas de colaborar en la investigación, incluyendo cláusulas de confidencialidad y derechos personales de privacidad, razón por la cual los nombres de éstas son ficticios.

mecánica de la misma, para dar lugar a la producción de significaciones y subjetividad que inaugura, actuando indefectiblemente en las prácticas y decisiones terapéuticas subsiguientes. Finalmente, abordamos los modos de comunicar y enfatizamos las singularidades que atraviesan el acontecimiento del encuentro médico y la vinculación con los distintos modos de experiencia de enfermedad.

### **3.2.1 El diagnóstico, la producción de enfermedad y su apropiación: distinciones y sentidos**

Michel Foucault, en *El nacimiento de la clínica* (1963), se detiene en este acontecimiento comunicativo referido al diagnóstico y reconoce a la mirada médica como aquella que configura una relación con la enfermedad, al mismo tiempo que la constituye: “[...] la mirada médica es la que abre el secreto de la enfermedad, y esta visibilidad es la que hace a la enfermedad penetrable a la percepción” (2011: 126). El momento del *examen* y la *codificación* no sólo objetivan la enfermedad, la agrupan, la catalogan. El diagnóstico la *produce*, aunque no necesariamente haya una apropiación, “abre la percepción”, aunque no implique una asimilación inmediata. Este diferimiento es precisamente propio del carácter disruptivo del acontecimiento. El desarrollo asintomático que se produce en muchas mujeres previo a un diagnóstico de cáncer de mama, por otro lado, favorece la constitución del mismo como instancia sustancial. Podemos decir que antes de éste, pero también a pesar de él, el cáncer de mama no se actualiza en la vivencia de las mujeres. Una de las entrevistadas indicaba: “El cáncer de mama no tiene síntomas, lo único que vos notás es una bolita, o tocás el tumor por así decirlo.” (Cecilia). En la misma dirección, Sandra la bautiza como “la enfermedad del amor”, una alegoría que puede resultar paradójica pero que se sostiene en su argumento:

“Es un proceso, más proceso, más proceso, y un día decís ‘uh, tengo un granito’ y después de eso, mirá lo que me pasó... pensé que era un granito y me lo olvidé por completo al tema, porque como corresponde a esa enfermedad, básicamente yo la bauticé como ‘la enfermedad del amor’. No te duele... el verdadero, porque hay amores que duelen. Pero yo digo, el verdadero no debería doler.” (Sandra)

En los testimonios de Cecilia y Sandra, el notar una “bolita” o un “granito” incitaron la consulta médica. En el caso de Chela, es a partir de una campaña de la Asociación de Lucha contra el Cáncer (ALCEC) que adviene un posterior recorrido terapéutico. En su relato, concurre a un partido de fútbol y junto a una amiga deciden hacerse el estudio ofrecido a las mujeres asistentes —que podrían pasar a retirar la semana entrante. Chela olvida el suceso y no lo busca. Recibe con posterioridad una infinidad de llamados, que no contesta dada una

situación de malestar económico –los vinculaba al reclamo de deudas no abonadas de su tarjeta de crédito. Finalmente, atiende uno de los llamados en donde se le comunica que podía retirar el estudio, aspecto que vivió con asombro. Chela intenta comprender con dificultad el estudio, plagado de “palabras difíciles”, nota no obstante, que “algo sucede”. Será en la cita con el especialista donde finalmente el diagnóstico es confirmado. Pero a diferencia, nuevamente de Sandra y Cecilia, esta dimensión asintomática opera en Chela como una forma de desvincularse del diagnóstico, en su relato:

“Yo me voy al LALCEC, allá, con mis dos hijos varones y entro, me revisa el doctor, ve la mamografía y me dice, ‘¿vos sabés lo que tenés?’, ‘sí, tengo cáncer’. Se da vuelta el hombre, y me dice ‘¿Me lo decís así?’ ‘Y no sé... yo no entiendo lo que... qué, tengo que llorar, no sé, explíqueme porque yo lo tengo porque ustedes me lo dicen, no porque yo lo sienta, eh...’ (...) ‘Decime lo que tengo que hacer y lo hago’ le dije, ‘porque yo lo tengo porque ustedes lo dicen, yo no siento nada, y yo a mi cuerpo no le voy a decir algo que no siento’” (Chela).

Como podemos advertir en el relato de Chela, el diagnóstico no produce necesariamente una asimilación o una identificación ligada a la enfermedad, al menos en esta instancia inicial. Hay una dimensión del sentir en el relato de Chela que para ella es fundamental y que puede operar de modo contraproducente: “Yo creo que cuando uno se lo toma mal, sonó”, menciona. De modo que prefiere desligarse en el relato de asumirse como una persona con cáncer, sin por esto, dejar de respetar la palabra del médico especialista, “decime lo que tenga que hacer”.

Chela en esta operación distingue entre “tener un diagnóstico” y “sentirse enferma”. También Mery ahonda en la dimensión asintomática que atraviesan algunas experiencias de mujeres con cáncer de mama y desde la cual pueden establecerse las diferencias indicadas.

“Yo entendí que se habían confundido. Vos te sentís bien. El cáncer... a ver... cuando te dicen ‘el cáncer te mata’, no es que te mata. Vos te dejás. ¿Entendés? Si yo no hubiera hecho tratamiento, yo me hubiera sentido bien hasta que el cuerpo se haya tomado todo y ahí hubiera fallecido. En cambio, a mí lo que me hizo sentirme que estaba enferma es cuando yo no me pude levantar de la cama y no era por el cáncer, era por los tóxicos para combatir el cáncer, ¿se entiende?” (Mery)

En su caso, es recién a partir de los malestares producidos por los tratamientos que se inaugura una experiencia de enfermedad, y no necesariamente por el diagnóstico inicial “cáncer”.

### 3.2.2 Subjetividad, corporalidad y experiencia de enfermedad

Como podemos recorrer a partir de estos relatos, el diagnóstico resulta un momento complejo, que efectivamente tiene diversos efectos en las subjetividades. Una de las principales problemáticas reside en integrar una subjetividad que pareciera quedar escindida de una corporalidad doliente, codificada mediante un diagnóstico. Mery expresaba “yo me hubiera sentido bien hasta que *el cuerpo* se haya tomado todo ahí”; Chela, continuando con su relato mencionaba: “Vos le estás transmitiendo a tu cuerpo que hay algo mal. Yo no permití eso, yo lo anulé. Se lo repetí a los médicos, yo lo digo porque vos me lo decís, no porque yo lo digo, porque yo no le voy a decir a mi cuerpo algo que no siento. Yo no siento y yo no siento nada, ustedes dicen.” (Chela)

Sujeto y cuerpo, cuerpo y sujeto parecieran concebirse como dimensiones separadas en las narrativas. El cuerpo, inscrito como enfermo a partir del discurso médico, es *otro* en el relato. Ahora bien, una perspectiva fenomenológica invita a repensar la experiencia de la enfermedad corporeizada, pero ¿cómo concebir esta dualidad que se abre camino? Esteban García, en una lectura cuidadosa de Merleau-Ponty, expresa que contrariamente a lo que apresuradamente se afirma, el autor francés no desestima la ontología dualista: “Hay una verdad del dualismo [...] Esta dualidad no es un simple hecho; está en principio fundada” (Merleau-Ponty, 1976: 290, 291 en García, 2012: 67). Esta “verdad” del dualismo, radica en que permite describir algunas posibilidades de la experiencia y ciertas dimensiones de la corporalidad. Determinados eventos, como el caso prototípico de la enfermedad o el dolor, provocan que “aparezca el cuerpo”. Isabel lo expresaba de manera categorial: “Entonces cuando aparece esto es como que me miro y digo... ‘Pero, caramba, *tengo un cuerpo*, existo, soy una persona, tengo una vida, ¿qué es lo que quiero?’” (Isabel)

La vida cotidiana, ignora el cuerpo en la medida en que se proyecta sin problemas y este pasa desapercibido, como así también su ambivalencia y finitud. Desde este punto de vista, la experiencia de la enfermedad<sup>49</sup> resulta una disrupción en el modo de ser-en-el-mundo. En el encuentro clínico, ha de darse por tanto una situación paradójica, dado que “el paciente conceptualiza, además, su cuerpo como ser-para-otro u objeto de investigación científica, para experimentar la ambigüedad de su cuerpo, es decir, esa extraña dualidad de sentirse, a la vez, sujeto para sí y objeto para otro” (López Sáenz, 2010: 101). Esta objetivización o instrumentalización que hacemos del cuerpo, otorga así cierto crédito a la ontología dualista cartesiana que piensa el cuerpo como descripción mecánica u objetiva. El problema, expresa García, “radica sólo en proponerlo como *la descripción* de la experiencia mientras que solo

<sup>49</sup> Experiencia que no necesariamente se inaugura con el diagnóstico clínico, aunque pueda producir cierta apertura perceptual, como aludiéramos en el primer apartado.

describe alguna de sus modalidades obturando la posibilidad de otro tipo de indagaciones y saberes” (2012: 67). Así, el dualismo no es simplemente “falso”, pero esa no es la única ni la más primaria experiencia que tengo y puedo tener, sino sólo un tipo de experiencia que se ha tornado hegemónica en nuestros discursos y saberes (2012: 68) y que la experiencia de la enfermedad, deja en evidencia. El dualismo, no es más, que uno de los *pliegues* posibles de una más vasta superficie del ser, un postulado no falso sino parcial. Por ello, si bien en la experiencia de la enfermedad, el cuerpo parece escindirse de mi ser-en-el-mundo y asumir una autonomía capaz de extrañeza y ajenidad, no es menos cierto que la experiencia de la enfermedad nos revela la imposibilidad de separarnos de esos procesos, que muchas veces no controlamos o nos superan. Nunca dejo de ser mi cuerpo y por ello la enfermedad no es más que *conciencia corporal encarnada*.

En la enfermedad, la disruptión insta a “aprender de nuevo a sentir nuestro cuerpo, hemos reencontrado bajo el saber objetivo y distante del cuerpo este otro saber que del mismo tenemos, porque está siempre con nosotros y porque somos cuerpo” (Merleau-Ponty, 1985: 222). La experiencia del cáncer de mama, nos revela, por tanto, esa ambivalencia corporal como es vivida, “caramba, tengo cuerpo” expresaba Isabel. De modo que, esa imbricación cuerpo-mundo que aparece desapercibida, ignorada, se pone de manifiesto, creando por supuesto, dificultades para las subjetividades y expresadas en el trabajo biográfico que envuelve la emergencia de un relato, producto de la desorientación y alienación inicial.

### **3.2.3 El “encuentro con la medicina”: la comunicación del diagnóstico y el problema de la objetualización de la paciente**

Desde el “lado de la medicina” también puede leerse una tensión latente entre los polos objetualización-subjetividad. Nos interesa aquí retomar la lectura de Carina Muñoz (2012), quien desde la reflexión en torno a la lectura semiótica y epistemológica médica del cuerpo-del-paciente, recupera la reflexión de Mario Testa<sup>50</sup> para expresar que en la práctica clínica hay también una necesidad de objetualización insoslayable (2012: 136). A partir de su propia experiencia respecto a 12 días de internación, a partir de una intervención de implante de un marcapasos definitivo, Testa reflexiona en primera persona en torno al proceso de deshumanización que, en palabras de Muñoz, demuele los rasgos de subjetividad hasta obstaculizar la propia intervención que se presupone terapéutica. A pesar de ello, Testa sostiene una objetualización necesaria fundada en la necesidad de manipulación del “cuerpo”,

<sup>50</sup> Médico sanitario argentino. El texto sobre el cual se basa su reflexión es *El hospital. Visión desde la cama del paciente* (1998).

cuerpo-objeto: “La trasformación del paciente en objeto no es un hecho circunstancial y aislado, sino que es el reconocimiento que el paciente –cualquier paciente– y también cualquier persona es al mismo tiempo un sujeto y un objeto” (1998: 27). Son las situaciones emocionalmente sobrecogedoras, en las que resulta difícil disociar la dimensión humana de la necesidad de intervención objetiva, “por eso es lógico con Testa considerar que la eficacia terapéutica se base en buena medida en la capacidad de poder disociarse emocionalmente del procedimiento” (Muñoz, 2012: 139).

Desde la lectura que hiciéramos de Merleau-Ponty, podríamos decir que la objetualización resulta un *pliegue* necesario para la intervención. Esto no implica necesariamente una despersonalización *per se*, o el desconocimiento de una dimensión subjetiva de esas corporalidades expuestas como objetos de intervención, sino más bien, pueden fundamentarse como requisito de intervención. Ahora bien, como hemos introducido en los párrafos anteriores, hay una escisión que tiende a producirse en la experiencia de la enfermedad de las mujeres de este estudio, respecto a un cuerpo en tercera persona que adolece y que supone una ruptura de sí con efectos subjetivantes, ceñidos por la extrañeza y ajenidad. El encuentro con “la medicina”, con el personal sanitario, con las instituciones, con las obras sociales y particularmente con los y las especialistas, resultará por tanto, de una importancia radical, con fuerte incidencia en los modos de *experienciar* la enfermedad. En esta dirección, a la situación de alienación vivida por las mujeres se adhiere una “sobreobjetualización” por parte de los/as profesionales médicos, que pueden derivar en un tipo de experiencia más angustiosa y problemática -no expresada adrede, no siempre siquiera percibida. De aquí que en esta investigación, sea particularmente reconocido el gesto afectivo-amoroso como aspecto fundamental de los procesos venideros para nuestras entrevistadas. Cecilia recuerda la reacción del médico cuando le lleva los estudios, momento en que se erige el diagnóstico:

“Mirá, al médico de acá, al que le llevé los resultados, es como que iniciamos una relación muy fuerte porque no sé, a él se le llenaron los ojos de lágrimas cuando me dijo ‘estamos complicados’ y es como que no sé, fue con la primera persona que yo compartí eso en definitiva. Después el médico de Capital yo como que ya fui un poco más relajada y era un chico un poco más grande que nosotros y es como que lo hizo bastante ameno digamos. Y los médicos de acá del Centro Oncológico también.” (Cecilia)

Cecilia reconoce, en quien le estaba dando los resultados, no sólo la humanidad ligada a la emoción y al sollozo, sino, además, un tipo de intercambio particular: el “compartir”. Elisa también valora en estos términos el trato de su médico para con ella, en la contención, el acompañamiento y este “plus” humano que para ella fue fundamental. Como agradecimiento, Elisa lo llama todos los años en el aniversario de su cirugía:

“—Siempre hablo con el doctor que me operó y este año me llamó, todos los años hablamos...

—Se llaman...

—Yo lo llamo a él para agradecer. A los 10 años le lleve una torta (se ríe). Se la hice yo, con globos... Es muy buen mastólogo, muy conocido pero la mayoría de las mujeres pacientes no lo quieren porque es muy seco, pero conmigo siempre fue muy... fue fundamental” (Elisa)  
En otra de las narraciones, Sandra reconoce también el gesto de su médico en el momento de comunicación del diagnóstico, quien llora y se siente culpable por retardar un diagnóstico que pareciera, podría haberse efectuado antes:

“—Y ahí quién te comunicó, cómo fue....

—Sí, el ginecólogo lloraba, mi ginecólogo lloraba...

—¿Por qué?

—Porque es un amor y se sintió culpable. Me dijo, ‘yo te vi siete veces Sandra en lo que va de este año por diferentes cosas, no puede ser que yo no te haya revisado las mamas’. ‘Yo me olvidé también’ pero... Me dieron el sobre con los estudios y me quedé con él. Me dijo ‘no abras el sobre’, porque él ya sabía. Abre el sobre él, yo no lo abrí, me llama, mal viste, y cuando le vi la cara le dije ‘¿qué pasa, estoy al horno?’ Entonces me dice, sí, es un carcinoma, grado II, pero está ahí al límite. Entonces le digo, ‘bueno, pero, bueno está bien...’” (Sandra)

Así como estos gestos son sumamente valorados por nuestras entrevistadas, cuando se establecen otros modos de vinculación, donde la apatía y la despersonalización inauguran un des-encuentro, queda expuesta esta sobreobjetualización identificada en escenas específicas. Irene relata que cierto día se toca una dureza en el pecho, razón por la cual se dirige directamente a realizarse una mamografía. Ella trabaja en un hospital privado y esto le permitió el acceso directo:

“Entonces fui, me hicieron la mamografía y me dice ‘vení que vamos a ver quién está en patología mamaria’... ‘Uh’... Entonces le digo ‘¿Vos ves algo?’... ‘Sí, veo algo, pero no te preocupes’... Yo soy igual de ir para adelante... pero empecé a llorar... Me atendió un tarado, un médico con una residente, porque era el único que había en ese momento. Entonces empecé a llorar y el estúpido me dice ‘esto es algo malo’... Y la chica que estaba con él, una residente, me miraba y no decía nada... Entonces me dice ‘bueno, a ver, te voy a revisar’ y le faltaba ponerse el delantal... un tarado... Me revisa y me dice ‘acá tenés algo, pero te diría que mañana vengas a ver al jefe de servicio...’ (...) Al otro día vengo y me atendió un médico divino, que ahora ya se jubiló, un doctor divino” (Irene).

Como puede leerse, la falta de “tacto” en una situación que se inauguraba como quiebre para Irene, la altera sobremanera, fundamentalmente porque pese a su malestar, su asombro e inquietud, el médico no tiene para con ella ese gesto de humanidad que le hubiera quizás permitido dejarse revisar sin sentir que era un “objeto inerte” a intervenir. El mismo silencio de la médica residente que acompaña la escena es vivido en términos de apatía y desconsideración. Como relata, el día posterior realiza la consulta con otro médico con quien sí reconoce un trato acorde a la circunstancia:

“—Nada que ver el trato...

—Nada que ver, que después con el tiempo se lo dije, viste. Nada que ver. Porque necesitás mucha contención en ese momento, porque pasan un montón de cosas por tu cabeza.

—¿Y cuál fue la diferencia...?

—Pone las placas y dice ‘esto puede ser bueno, más o menos o malo, nadie lo puede saber’... Seguro que él ya sabía, pero es diferente ese trato, es como que yo me fui menos angustiada. El otro un tarado... Aparte el otro me pregunta ‘¿cómo te sentís?’... ‘Cómo me voy a sentir, tarado, estás vos diciendo estupideces y yo vengo con una angustia terrible’. Este, divino... Y bueno, me dijo ‘te opero mañana’ (...) Le digo ‘mire, doctor, si puede esperar hasta la semana que viene porque el lunes es el cumpleaños de mis hijas, ¿podemos esperar una semana?’ Aparte yo trabajando en salud, cualquiera que te dice ‘te opero mañana’, ya te diste cuenta que no era nada bueno. Entonces me dice ‘sí, sí, esperamos una semana’. Entonces me operaron al otro jueves. Pasó el cumpleaños de mis hijas ese lunes y bueno (...)” (Irene)

Irene reconoce que la comunicación del diagnóstico es un momento que requiere de mucha contención. Por otro lado, a pesar de que ella advierte la gravedad del mismo, se siente amparada en sus palabras, que distingue taxativamente de las del otro médico que definitivamente no registra las necesidades de Irene o que hace caso omiso su estado. Cuando le pregunta el primer médico ¿cómo te sentís?, Irene sólo atiende al interrogante como mera formalidad, dado que efectivamente carecía de importancia para la situación. Finalmente, Irene agradece “poderla esperar”, permitirle compartir el cumpleaños de sus hijas antes de la cirugía. El registro del otro, de la otra, en estas instancias de zozobra, resultan sin dudas aspectos sustanciales para los modos de *experienciar* la enfermedad, no sólo reducido a sujetos específicos sino también al mismo funcionamiento de las instituciones. Sandra, luego de realizado el diagnóstico, debe operarse, lo hace en una clínica adventista que establece entre el protocolo una oración, vivida por ella de manera “tétrica”:

“Lo único que pasó es que... siendo una clínica adventista en el medio tenía que sortear estas cosas. Antes de llegar a la operación hubo una oración y que los médicos manejaran... ‘le pedimos a Dios que... que Dios dirija las manos de los médicos para que Sandrita...’ Yo la

miraba a mi hermana y le decía, ‘no puede ser más tétrico’. Entré llorando a la sala de operaciones, porque dije, estos... ‘en el nombre del padre, del hijo...’ cualquier cosa, cuál es su último dese... No importa, pasó. Después con el tiempo nos cagamos de risa porque decíamos ‘justo lo único que te faltaba era eso’...” (Sandra)

Otra de las instancias comunes que responden al orden de la objetualización en detrimento de la contención, que ronda el terreno de la humillación y la sobreexposición, resultan las “revisaciones” que suelen acompañar la lectura de estudios visuales como las mamografías. Paula refería al respecto, “Imaginate que hacía dos horas me habían dicho que tenía cáncer y bueno, te hace poner en bolas, te hace sacar fotos, no me hablaba...” (Paula). En la lectura de ella, se trata de una vulneración hacia la subjetividad de las mujeres, que están atravesando un momento delicado, en cuyo proceso las emociones se encuentran a “flor de piel”. En la misma dirección Alejandra en una sesión de radioterapia refiere a esta objetualización, aunque a diferencia de Paula, logra interpelar al médico haciéndole notar la situación:

“Yo una vez tuve un episodio... uno de los días que me tocaba rayos, era entrar, te metían en los boxes, te sacabas la ropa, te ponían un delantal, tenías que pasar y era como... lo siento hasta hoy, cuando escucho el microondas me acuerdo de esa época... Ibas, te ponían ahí, qué se yo... Te pesaban, te median... Y un día pasa así el médico, ni me saluda... le digo ‘vení, vení, necesito hablar con vos’... ‘¿qué te pasa?’... le digo ‘quería preguntarte si vos me tenés a mí identificada como una pizza, porque acá vengo y es como que me ponen un poco de tomate, me mandan al horno’... ‘¿Qué te pasa?’... ‘Estoy re mal, porque yo no sé qué me están haciendo en el cuerpo. Yo siento que me están invadiendo y a mí me gustaría intelectualizar qué estás haciendo con algo que es de mi propiedad’ (...).” (Silvia)

Esta sensibilidad para con quien está transitando una enfermedad, que implica además, técnicas invasivas como refiere Silvia, solicita un cuidado especial en la intervención terapéutica. Así como es repudiado en los relatos expuestos, también es reconocido y celebrado cuando el médico o médica pueden advertir y manejar perceptiblemente el tema. Sandra, que ya había aludido a su médico como “un amor”, refiere a esta escena y a la comprensión del médico para examinarla en otro momento:

“Me llevó a la camilla para revisarme y entonces como no podía revisarme, ‘Ay’, le dije, ‘¿qué pasa que no podés?’, ‘Pasa que tu cuerpo está tensionado de la noticia que acabás de recibir’. Entonces le dije, ‘me voy a relajar’. ‘Sí’, me dice, ‘es mejor vernos la semana que viene’.” (Sandra)

La objetualización, como recorrimos, puede ser registrada en diferentes instancias y modos de relacionarse. Desde el argumento de Testa, ésta resulta parte necesaria para una buena terapéutica. Sin embargo, reconocemos también situaciones particulares que requieren de una sensibilidad que la trasciende y finalmente habilitan una intervención favorable bajo un reconocimiento de la otredad. *Con-moverse* es un modo de estar situado en el mundo, pero desde un movimiento que logra contener y reconocer en éste, la relación con otros/as. La objetualización, se materializa en el maltrato como su extremo más álgido. Allí, no hay ni falta de “tacto”, ni puede ser considerado como mecanismo del quehacer terapéutico; allí hay relaciones de dominación, como puede pensarse a partir de Foucault (1984). Es decir, la relación médico-paciente presupone al poder, sin embargo, cuando la objetualización hace de la relación con el otro/a una disposición suya, se ejerce una violencia en la cual queda poco margen para cierto tipo de libertad/resistencia. Algunas de nuestras entrevistadas refieren a este destrato por parte de profesionales médicos. Paula, narra la primera consulta con el cirujano en la cual le indica, a partir de la decisión de tatuarse el pezón luego de una mastectomía y un implante mamario, que no le proveerá de anestesia durante la realización del mismo. Esto inquieta a Paula de modo innecesario, consulta con su cuñada médica y hasta con los mismos ayudantes del cirujano, quienes le terminan confirmando que efectivamente se utiliza anestesia en la intervención:

“— Me contó lo que iba a hacer, sin opción de nada. Que luego el pezón es un tatuaje que me lo hacía él.

—¿Él hacía el tatuaje?

—Sí. Y le pregunto: ‘Es con anestesia el tatuaje?’, ‘no’. Yo tengo un tatuaje y sé lo que duelen. Para mí era una tortura pensar, aunque faltaban 3 meses, pensar que me iban a tener que tatuar. Un día me dicen: ‘quedate tranquila porque si él no te va a poner anestesia yo te pongo la crema, la local, yo no voy a dejar que te duela’.

—¿Tu oncóloga te dijo eso?

No, mi cuñada que es médica. Un día voy al consultorio a hacerme algo o que me vean y estaban los ayudantes y él no estaba, entonces le digo: ‘Decime la verdad, el tatuaje es con o sin anestesia’, ‘es con anestesia’ me dice, ‘¿y porque se la pasa diciendo que es sin anestesia? vos lo escuchaste el otro día’, el chico me hace así [gesto] y me dice: ‘no te lo tomes personal, él es así’.

—¿Y después finalmente?

—Con anestesia obvio. Pero hablando de los tratos y eso, eso, fue lo peor.” (Paula)

En su testimonio, hay un afán por parte del cirujano de agobiárla sin razón, como confirman los mismos ayudantes. Otra instancia de maltrato es la vivida por Amanda. En su relato menciona una separación amorosa, producto de un engaño que “traiciona su confianza”,

confirmando luego que se trataba de su oncólogo. Expresa el malestar, pero también diversas situaciones de abuso de autoridad en las cuales la experiencia de la enfermedad queda directamente mediada por una relación de dominación. Amanda refiere, por ejemplo, a estar todo el día en el hospital esperando la medicación y avisarle su médico, al final del día, que no iría a llevársela por alguna discusión; amenazarla si hacía alguna consulta con otro oncólogo -dado que, siendo una persona reconocida en el campo médico y oncológico, en particular, no tardaría en enterarse-; o apropiarse de algunos de sus escritos y exponerlos en congresos o encuentros de medicina sin consultarle u obviando su autoría.

Nos hemos extendido de las escenas propiamente dichas referidas a la comunicación del diagnóstico, para enfatizar cómo la experiencia de la enfermedad, suele vivenciarse como disrupción. Opera allí una ambivalencia corporal, el *pliegue dualista*, una forma de comprenderse desde la ajenidad caporal-subjetiva. De aquí que en la mayoría de los casos el diagnóstico sea percibido como un antes y un después y la experiencia corpórea de esos (des)encuentros con la medicina resulten fundamentales para el *tránsito* de la enfermedad, con clara vinculación con los recorridos terapéuticos. Al mismo tiempo reconocíamos esta tensión desde la misma práctica médica a partir de las experiencias de nuestras entrevistadas acerca de cómo vivenciaban estas instancias, desde el reconocimiento o gesto humano en la consulta, la falta de tacto o sensibilidad, hasta las relaciones de dominación que imperan cuando la objetualización es llevada al extremo. Lo que nos revelaba esta cuestión, es cómo a pesar de esta ambigüedad, de la dualidad que opera en principio como extrañamiento, el cuerpo no resulta jamás un objeto o estado fisiológico, nunca deja de ser sujeto, la base misma de la subjetividad o experiencia en el mundo. Es a partir del cuerpo que percibían los (des)encuentros, y por ende, sentían y significaban.

### **3.2.4 Comunicación diagnóstica: significación, producción de la enfermedad “cáncer” y consecuencias terapéuticas**

Nos ubicamos nuevamente en la escena de la comunicación diagnóstica para repensar ahora los procesos de significación que median el acto de producción de la enfermedad, a partir de la interrelación de las mujeres de este estudio con los y las especialistas médicos/as. Si desde la medicina el diagnóstico tiende a la homogeneización y a la generalización como modo de delimitar las acepciones; las subjetividades realizan apropiaciones y también negocian estas significaciones en vinculación con la propia experiencia de ser-en-el-mundo.

Byron Good en *Medicina, racionalidad y experiencia* (2003) introduce el estudio sobre la *representación narrativa de la enfermedad*<sup>51</sup> a partir del trabajo con personas que habían sido identificadas como aquejadas con trastornos epilépticos. Su preocupación atiende a los actos interpretativos que se fundan en la confirmación de un diagnóstico, tendientes a ser comunicados sin percibir en ese acto, la complejidad de tal construcción. El médico o médica, ofrece una conclusión con miras a ser objetivo/a, neutral, sin advertir los múltiples actos interpretativos que participan en el mismo proceso de comunicación. En la reflexión de Good, no se trata de identificar un solo significado referencial o legitimador, sino más bien, dilucidar el proceso de producción de significados (2003: 262).

La comunicación del diagnóstico, condensa todo un cúmulo de vicisitudes de la enfermedad con los discursos dominantes que la estereotipan debido a estar enfermo (Blochner, 2001). El diagnóstico “cáncer” tiene una potencia contenida en su producción significante como fenómeno cultural (Stacey, 1997), materializado en las metáforas que lo configuran, y que se adhiere a las experiencias conocidas, a los horizontes de expectativas y a toda una globalidad biográfica dentro de la cual se integra la experiencia de la enfermedad. Good (2003) indica en esta dirección, que los relatos se hallan “entextualizados”, retomando el sentido otorgado por Ricoeur, no pudiendo ser controlados por quien narra la historia, un proceso que se libera de un ámbito discursivo original, como pueden llegar a ser las palabras del médico o de la médica en la consulta. Atendiendo a esta complejidad, no resulta casual que la comunicación del diagnóstico, esa escena particular de la consulta médica, sea en un punto paralizante, disruptivo, una instancia de perplejidad. Matilde, es médica y posee conocimientos del tema, aún así, no puede evitar sentir la sensación de “vacío” que invade la confirmación del diagnóstico y que podemos aquí pensar, responde a todo un conjunto significante, ya incorporado, que participa de la vivencia:

“El impacto de saber que lo que tenés es un cáncer es muy fuerte para cualquiera, aunque sepas que podés tener chances y que el cáncer de mama es mejor que otros cánceres en el sentido de que podés tener sobrevidas largas, etcétera (...) pero la sensación física de cuando te dan la noticia es el mismo vértigo que cuando te asomás a un precipicio. Eso es lo que me pasó a mí, no digo que esto sea generalizado, pero la sensación es... el vacío.” (Matilde)

En el relato de Gabriela, también surge la “anulación” como una de las consecuencias inmediatas:

---

<sup>51</sup>. Así titula el capítulo de la compilación de artículos reunidos en el libro mencionado, que forman parte de un ciclo de conferencias del Foro Lewis Henry Morgan realizadas en 1990, en Rochester (EEUU).

“Obviamente que cuando te dicen lo que tenés te quedás así... empezaba a preguntar mi amiga, yo no preguntaba nada, no me salía, es como que te anulás. Y ella preguntó qué tratamiento era y cuándo me lo iba a hacer... bueno, todo lo que uno más o menos quiere saber. Bueno y salimos del consultorio y sí, ahí nos miramos y nos pusimos a llorar las dos, nos abrazamos, lloramos y después la solté y le dije ‘ya está, ya lo tengo, ahora hay que sacarlo...’” (Gabriela)

Las sensaciones de “vértigo” y “vacío” para Matilde, de “anulación”, que obligan a la amiga a indagar acerca de los pasos a seguir frente a la parálisis de Gabriela, forman parte de ese momento disruptivo en el cual hay un esfuerzo por parte de las subjetividades por interpretar aquello que se está comunicando. También a partir del relato de Mery comprendemos cómo la comunicación diagnóstica se percibe al interior de un horizonte de expectativas que incide en su modo de reaccionar. Ella se realiza una ecografía esperando un diagnóstico de quistes en su mama, tornando sorpresivo la confirmación de cáncer de mama a sus 26 años:

“Vos fuiste a hacerte una ecografía para ver qué era esa bolita, que yo pensé que era un quistecito como cuando fui chiquita, y listo, ya fue. (...) me suena el teléfono y número raro. Atiendo y era mi ginecólogo y me dice ‘necesito que vengas para acá. Vamos a hablar de lo que está pasando...’.

—Tu ginecólogo...

—Todo esto fue... no entendía nada...

—Claro, se habían encargado de llamarlo. (...) Bueno, perfecto. Voy al ginecólogo y me dice ‘mirá, hay algo que se llama cuerpo extraño en este momento en tu cuerpo. Si es malo, vamos a buscar la solución. Si es bueno, directamente lo vamos a sacar porque es un cuerpo extraño y nada más’. Pero nunca pensé que lo malo podía ser un cáncer. La otra semana tenía que hacerme la punción. Me acompaña mi tía y tenía que esperar 18 días. Esperé 18 días, el médico ya teníamos el teléfono y me dijo ‘venite acompañada que tengo ya los resultados’. Yo acompañada las pelotas. Yo estaba con que sabía que me tenía que operar sí o sí, entonces no quería ir con nadie porque todos decían ‘es una boludez. Una operación es una boludez’. Para mí no era una boludez, era por primera vez. Entonces, fui sola. Y ahí me descubrí que era el cáncer.

—¿Y ahí cómo sentís que te lo comunicaron?

—Creo que excelente. Yo agradezco haber tenido el ginecólogo que tengo. Justo él es mastólogo, encima. Entonces, agradezco que la comunicación... Conozco otros casos que se lo contaron muy feo y yo... me lo dijeron bien. Lo único que él se preocupó al principio porque yo no estaba llorando ni nada, no entendía lo que estaba pasando.” (Mery)

Ante el diagnóstico, también Mery tiende a sentirse paralizada y confundida “no entendía lo que estaba pasando”; sin embargo, es interesante advertir cómo el mismo médico se preocupa porque ella no llora ante la noticia. Esta situación también es vivida por algunas de nuestras entrevistadas que denuncian una aparente única manera de reaccionar, que hasta puede causar incomodidad entre los efectores de salud. Chela lo enfatizaba:

“Eh... mira todo y me dice ‘¿Sabés lo que tenés, no?’, ‘Sí, tengo cáncer’. Se da media vuelta y me dice ‘¿No te enojás si te digo algo?’, le digo, ‘no’, ‘¿Y me lo decís así?’ ‘¿Y no sé... porqué todos me preguntan lo mismo?, ¿Qué, tengo que llorar? Decime lo que tengo que hacer y lo hago’ le dije.” (Chela)

Las mujeres procesan de diferente modo el diagnóstico recibido y muchas de ellas, no pueden en ese encuentro recibir toda la información respecto a los procedimientos a seguir, dada las sensaciones explicitadas de vacío y perplejidad, como la narrativa de Gabriela testimonia. Ana, relata en esta dirección, como con posterioridad al diagnóstico, se le advierte lo que será el paso por la quimioterapia, en una circunstancia y con un lenguaje poco feliz:

“—Yo le decía a Alejandro, ellos, los médicos te tienen que estar avisando... pero es como que me asustaron más los médicos: ‘Es muy duro, tenés que ser fuerte, vas a sentir un montón de sensaciones desde acá, desde el cuerpo, no tenés que... el estado de ánimo es fundamental, no tenés que estar mal, no tenés... no es que no tenés que llorar, pero tenés que tratar de momentos así de bajón’. (...) Todas esas cosas...

—Como que ya te predisponían...

—Claro, yo iba con un terror de todo lo que iba a sentir, viste... en más, estaba permanentemente, Alejandro entró conmigo, viste, me hablaba... y estaba permanentemente sintiendo... Entré y dijo la enfermera ‘ahí vino la nueva con una cara de susto’, dice... Imaginate la cara que tendría yo...” (Ana)

El relato de Ana nos invita a considerar cómo participa la comunicación en estas instancias. Lo que puede ser concebido como una advertencia, acerca de los pasos a seguir, las sensaciones y los malestares asociados, se transforma en amenaza cuando la crudeza de lo dicho no repara en una subjetividad ya afectada, que requiere otro tipo de sensibilidad para con lo comunicado, expresado. También Irene refería al mismo aspecto, a partir de sentirse aquejada por los modos en que una enfermera le brinda la información, previo a iniciar la quimioterapia. Reconoce que a pesar de que ella se lo había tomado “bien”, un tipo de intervención como la de esta enfermera, resulta sumamente nociva para afrontar los tratamientos posteriores:

“Entro [al área de quimioterapia] y les digo ‘mirá, vengo a averiguar, porque tengo que empezar quimio esta semana y quería preguntarles...’ ... ‘Sí, ¿qué necesitabas?’ me dice una enfermera... ‘No, quería saber si tengo que almorzar o no’... Me dijo ‘mejor no almuerces porque después vas a vomitar’... ‘Ah, bueno. ¿tengo que venir preparada de alguna manera, tengo que traer algún papel...?’... Viste esas cosas... Me dice ‘¿te dijeron que te pueden salir llagas en la boca, que te van a cambiar los olores y sabores? Hay veces que no vas a tener ganas de comer, que podés vomitar mucho’... Yo así... [gesto] Digo ‘no, está bien, solamente venía para saber si tenía que almorzar o no’... Hago así para cerrar la puerta y me dice... ‘ah...’, entonces abro la puerta otra vez... ‘¿te dijeron que se te va a caer todo el pelo, no?’... Digo ‘sí’... cierro la puerta y justo me cruzo con Marcela, mi amiga... ‘¿qué te pasa’?”, me dice... porque ella, claro, es mi amiga, viste... ‘No, no, vengo de hablar de mi quimio’... ‘¿y qué te dijeron?’... Entonces le digo ‘no, me crucé con... no sé cómo se llama, la petisita morochita de ahí de quimio’... ‘¿y qué te dijo?’... Le conté... ‘Tarada’... Bueno, con los años, porque nunca me lo contó... yo entro al laboratorio y ella se fue a pelear con la enfermera. Porque como le dijo... y tiene razón, o sea... vos la ves entera, si viene alguna que está hecha mierda la terminás de hacer mierda”. (Irene)

Diferente es la instancia relatada también por Irene cuando intercambia con su médico acerca de las terapéuticas, los efectos adversos y algunas de las transformaciones que supone el paso por los tratamientos, que en definitiva, eran los mismos interrogantes que tenía y quiso consultar con la enfermera de quimioterapia. Para Irene la comunicación con su médico se realiza aquí siempre desde la “contención”:

“Entonces, bueno, empecé con los rayos y el 5 de octubre empecé con la quimio. (...) Le había preguntado al médico y me dijo ‘mirá, no te preocupes, quizás te cambian algunos sabores, algunos olores’... Entonces le digo ‘¿y el pelo?’... ‘Y, es muy factible que se te caiga, pero van a ser meses, vos manejalo como te parezca, si te querés comprar una peluca o no. Pero bueno, a algunos se les cae mucho, a algunos se les cae todo’... Viste, o sea, siempre conteniendo.” (Irene)

### **3.2.5 Modos de comunicar: diagnóstico y singularidad en la experiencia de enfermedad**

Los modos de *experienciar* la enfermedad, y en particular, este momento inicial diagnóstico, nos obligan a atender a la multiplicidad de situaciones y al reconocimiento de una necesaria percepción agudizada en los modos de comunicar. Una habilidad, un *saber cómo* (*know how*) que posee el cuerpo, en tanto sabe tácitamente cómo conducirse y comportarse; un

conocimiento específico sin ser especificado, lo suficientemente abierto para captar la contingencia propia de cada encuentro, aspecto quizás poco reconocido en términos profesionales, pero fundamentales para esta relación terapéutica que se establece entre el médico o médica y quien recibe un diagnóstico. Silvia valore y reconoce “ese tacto” en la consulta:

“La verdad que mi ginecólogo es un genio, (...) tiene un trato con el paciente y una contención increíble, en cualquier enfermedad, en cualquier especialidad es difícil, pero en esto que tiene que ver con lo femenino, con tu autoestima, cambia la vida seguramente, es muy importante dar con un profesional que tenga ese tacto para no darte la información con brutalidad, con mucha sinceridad como para no retacear información y no decirte que no es nada...” (Silvia)

Annemarie Mol en *El múltiple cuerpo: ontología en la práctica médica* (2002), se detiene particularmente en esta multiplicidad respecto a los modos de significar la enfermedad desde los (des)encuentros en la relación médico-paciente. A partir de un estudio etnográfico en un hospital holandés, Mol reflexiona en torno a las prácticas que componen a la arteriosclerosis a fin de abrir el campo de la medicina y mostrar como la enfermedad resulta múltiple y heterogénea, algo más allá de cualquier lectura ontológica. Mol se encarga de advertir que cuando se trata a un enfermo, se producen un montón de versiones divergentes, haciendo múltiple esta unidad fenoménica de la experiencia. En esta dirección, como indica Muñoz (2012) respecto a la obra de Mol, no hay un cuerpo y no tan solo porque hay tantos cuerpos como pacientes o casos, sino porque aún en la singularidad de la experiencia de enfermedad, las miradas que convergen -y a la vez divergen- en la intervención sobre el cuerpo enfermo, construye -cada una- su propia versión, su propio objeto, en suma, hacen de la experiencia una multiplicidad.

Desde este reconocimiento de la multiplicidad, decimos con Good que “La enfermedad solo puede ser comprendida si se constituye como por un acto sintético, eso es, dando un sentido más amplio a lo que sólo puede ser experimentado en momentos concretos y desde unas perspectivas limitadas” (2003: 295). Este “acto sintético” enunciado por Good, siguiendo la argumentación merleau-pontiana, no debe entenderse en términos de una “síntesis intelectual”, sino más bien como consagración motriz que acontece en el cuerpo. Por otro lado, debemos decir que se trata de una síntesis siempre presunta, en la medida que “mi campo perceptivo está lleno de reflejos, de fisuras, de impresiones táctiles fugaces que no estoy en condiciones de vincular precisamente con el contexto percibido y que, no obstante, sitúo desde el principio en el mundo” (Merleau-Ponty, 1985: 10).

De modo que, el “cáncer” como significante, se compone de un conjunto de objetos, imágenes, recuerdos no del todo discernibles que fundan un horizonte anónimo y que deja, como enuncia el filósofo, al objeto inacabado y anónimo, como lo es la misma experiencia perceptiva. El diagnóstico cáncer, puede así ser concebido con Stoller (2008) como un mosaico de contradicciones que obliga a admitir que la vida está llena de ambigüedades e incertidumbres, operando como cruce existencial. También el estudio de Yaskowich y Stam (2003) expresaba en una línea similar, que debido a la incertidumbre que provocaba, las personas diagnosticadas con cáncer describían el momento del diagnóstico como la fase más difícil y abrumadora.

La comunicación diagnóstica, es comprendida en las experiencias de las mujeres como un “estrella” de todo este campo perceptivo, inacabado, anónimo que participa anterior y externamente, pero que se actualiza en la coyuntura médica, suscitando unos pensamientos, unas voluntades dirá Merleau-Ponty, que devienen en unos ciertos modos de *experienciar* la enfermedad. La interpretación, como percepción de lo que se está comunicando, resulta por tanto múltiple, dinámica y co-construida entre todas aquellas personas implicadas en la relación terapéutica, no pudiéndose de antemano predecir cómo derivará el proceso, cuáles serán las reacciones, cuáles son las primeras percepciones o sensaciones asociadas al recibir este diagnóstico. El caso de Alicia, es sumamente esclarecedor al respecto, dado que, siendo de nacionalidad paraguaya, los modos culturales que participan de la percepción de la enfermedad, actúan diferencialmente respecto a cómo lo hemos naturalizado desde nuestra propia comunidad intersubjetiva y cultural. En su narración, el pecho “es sagrado”, una parte vital de la existencia, de aquí que su experiencia tienda a ser concebida como liminal en primera instancia y luego transformada en pos de reconocer el cuidado brindado por los médicos y médicas:

“Y bueno, no fue lo que yo pensé... yo pensé que sacándome mi pecho que yo me iba a morir, porque yo escuchaba que el pecho era sagrado. Pensé que tocándome el pecho, cortándome que me iba a morir y no era así. Estoy bien gracias a Dios hoy, a Dios y a todos los médicos que me cuidaban, porque ¿cuántos médicos tuve?, hasta hoy...” (Alicia)

Es provechoso introducir la reflexión de Good al respecto, quien avizora la relación compleja y problemática para el estudio de la experiencia: “Las entrevistas antropológicas llevadas a cabo en ámbitos clínicos sin que estén presentes más que el entrevistador y el paciente, pueden fácilmente producir el espejismo de que éste es el ámbito en el que las historias tienen su trayectoria natural (...) Las entrevistas que realizamos en hogares de poblaciones turcas (...) desmienten tales espejismos (...) eran historias que utilizaban formas culturales populares para explicar experiencias compartidas por miembros de la familia (2003. 285). Si

bien sus palabras se circunscriben a su práctica como antropólogo –en su trabajo sobre trastornos epilépticos en población turca–, bien podemos apropiar estas apreciaciones y traspolarlas a la relación médico/a-paciente. Cuando nos enfrentamos con otros modos culturales como matrices de interpretación, lo que queda en evidencia es el espejismo sobre el cual operamos y nos movemos en el mundo. Éste resulta otro argumento para introducir la multiplicidad y heterogeneidad como aspectos constitutivos de toda relación médico/a-paciente, que confirma la imposibilidad de establecer a priori el modo en que puede ser apropiado e interpretado el diagnóstico<sup>52</sup> en la consulta médica.

Otro de los aspectos a considerar en el proceso comunicativo es acerca de qué y cuánta información otorgar. En la investigación local de Luxardo y Manzelli los autores refieren a casos en que los/as pacientes con diagnóstico de cáncer sintieron que la información había sido parcial, no explicitando por ejemplo las consecuencias; genérica y difusa; o también excesiva en cuanto a la cantidad de detalles y pronósticos cuando no era lo que se esperaba recibir (2015: 344). Puede notarse, que aquí el tipo de comunicación no refiere sólo al dato, sino a cómo se enuncia desde una implicación y una negociación con la misma persona afectada –aspecto que enfatizaba Silvia párrafos más arriba. Elsa reflexiona sobre este aspecto en particular, poniendo en evidencia la necesidad de reconocer la *multiplicidad*, “darse cuenta qué paciente está frente”, como capacidad perceptiva necesaria en estas situaciones ante la emergencia del diagnóstico:

“La realidad fue que tuve profesionales muy buenos, porque el profesional tiene que contener al paciente y darse cuenta de qué paciente tiene frente. Porque hay pacientes que no quieren saber nada, pero otros pacientes que quieren saber algo, otros que quieren saber todo. Yo creo que estoy en el medio. Yo tengo que comprender algunas cosas, como para poder adecuarme mejor a la situación y transformarla en algo positivo”. (Elsa)

La disyuntiva acerca de qué comunicar y cómo hacerlo, es una preocupación en algunos círculos profesionales, aunque suele perderse de vista como opera con posterioridad en las prácticas terapéuticas y decisiones de las pacientes.

<sup>52</sup> Luxardo y Manzelli, a partir de los resultados de algunas etnografías incorporadas por Mathews, mencionan que en China que las mujeres cuando reciben el diagnóstico de cáncer tienen miedo a la muerte y a la incertidumbre, algo que también encontraron antropólogos entre mujeres libanesas. En México, en cambio, informan que las mujeres diagnosticadas con cáncer se sentían por fuera del mundo viviendo otra realidad. Por su parte Wiener dice que entre pueblos originarios de Norteamérica, nombrar la enfermedad es invitarla al cuerpo y que equiparan los tumores con la muerte, por lo tanto el diagnóstico es tabú. La experiencia del diagnóstico de cáncer entre afroamericanos también aparecen como sinónimo de muerte de acuerdo con las experiencias de sus familiares (2015: 347).

### 3.2.6 Consideraciones finales

El encuentro que inaugura un proceso de enfermedad, lejos de presentarse como acto mecánico o desprovisto de ambivalencias, resulta un proceso complejo como hemos intentado advertir a lo largo de este trabajo. Asimismo, debemos considerar la distinción entre producción de enfermedad y apropiación o experiencia sentida. En este derrotero, la comunicación desborda una situación protocolar constituyéndose en una de las instancias más importantes de lo que será la trayectoria terapéutica de quien transita cáncer de mama, participando activamente en los modos de *experienciar* la enfermedad, en su asimilación y en los diferentes modos de transitarla –bajo la incertidumbre, la apatía, la indiferencia o desde contención, el cuidado y el compromiso con quien se tiene en frente.

El reconocimiento de la *multiplicidad*, es algo que permite comprender por qué la comunicación debe atender a este aspecto de modo categórico. Como advertimos desde las producciones de Byron Good y Annemarie Mol, la utilización de un lenguaje por parte de la medicina que se pretende “neutral” no abraza ni comprende todo ese campo complejo, heterogéneo, la multiplicidad de experiencias que participan inextricablemente de lo que se denominará “cáncer de mama”. Este *hiato*, se establece como una disyunción en la relación médico/a-paciente, la cual, si bien es parte constitutiva, requiere de su registro y agudeza perceptiva, he aquí la *habilidad*, como *know how* reconocido por las mujeres de este estudio, asociadas a la amorosidad, atención y cuidado para con ellas.

Por otro lado, y pese a cualquier esfuerzo, las subjetividades no pueden vivenciar esta experiencia desde una dimensión objetual, el cuerpo constituye la base misma de la subjetividad y aún cuando pueda primar una sensación de alienación, rápidamente queda en evidencia en la misma consulta médica, que ese cuerpo no vive separado de su expresión, como experiencia sensitiva y afectiva. De modo que, como comprendemos desde los testimonios de las mujeres entrevistadas, cuando la objetivación prima por sobre ese reconocimiento del cuerpo-sujeto y se pierden de vista el complejo proceso interpretante que media esa comunicación diagnóstica, no sólo se ignora a quien es el sujeto de la enfermedad, sino que también, se adhiere malestar y sufrimiento en los modos de *experienciar* la enfermedad, una sobreobjetualización que niega la unidad fenoménica de la experiencia.

## REFERENCIAS

Blochner, A. (2001). Narrative's virtues. *Qualitative Inquiry*, 7(2), 131-157.

Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 5, 168-195.

Foucault, M. (1984). La ética del cuidado de uno mismo como práctica de la libertad. Entrevista con Michel Foucault realizada por Raúl Fornet-Betancourt, Helmut Becker y Alfredo Gómez-Müller. *Revista Concordia*, 6, 96-116.  
[http://www.topologik.net/Michel\\_Foucault.htm](http://www.topologik.net/Michel_Foucault.htm)

Foucault, M. (2011). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Garcia, E. (2012). *Maurice Merleau-Ponty. Filosofía, corporalidad y percepción*. Buenos Aires: Editorial Rhesis.

Good, B. (2003). El cuerpo, la experiencia de la enfermedad y el mundo vital: una exposición fenomenológica del dolor crónico. En *Medicina, Racionalidad y Experiencia*, 215-246. Barcelona: Bellaterra.

López, M. C. (2010). Hermenéutica del cuerpo doliente-dolido desde la fenomenología del sentir. *Investigaciones Fenomenológicas*, 2, 89-123.

[http://www2.uned.es/dpto\\_fim/InvFen/InvFen\\_M.02/pdf/InvFen\\_M02.pdf](http://www2.uned.es/dpto_fim/InvFen/InvFen_M.02/pdf/InvFen_M02.pdf)

Luxardo, N. y Manzelli, H. (2015). Narrativas clínicas: la atención del cáncer desde la perspectiva de efectores y pacientes. En *Cáncer y Sociedad. Múltiples Miradas, Enfoques, Recortes*, 319-385. Buenos Aires: Biblos.

Merleau, M. (1993). *Fenomenología de la percepción*. Madrid: Planeta Agostini.

Mol, A. (2002). *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press.

Muñoz, C. (2012) *Lecturas del cuerpo-del-paciente: problemas epistemológicos y semióticos de la diagnosis clínica* (Tesis de doctorado no publicada). Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de Entre Ríos, Paraná.

Stacey, J. (1997). *Teratologies: A Cultural Study of Cancer*. London: Routledge.

Stoller, P. (2008). Remissioning life reconfiguring anthropology. En McMullin, Juliet; Weiner, Diane (Ed.) *Confronting Cancer: Metaphors, Advocacy and Anthropology*, 27-42. Santa Fe: School for advanced Research Press.

Testa, M. (1998). El Hospital. Visión desde la cama del paciente. *Boletín del Departamento de Docencia e Investigación del Instituto de Rehabilitación Psicofísica*, 2(4), 20-28.

Yaskowich, K. y Stam, H. (2003). Cancer Narratives and the Cancer Support Group. *Journal of Health Psychology*, (8), 720-737.

### **3.3. Desaprender el modelo: aportes desde el campo comunicacional para des-colonizar la academia médica.<sup>53</sup>**

**Valeria Albardonedo**

Universidad Nacional del Comahue (UNCo), Facultades de Ciencias Médicas (FACIMED) y de Derecho y Ciencias Sociales (FADECS), Argentina  
enialbardonedo@yahoo.com

**Resumen.** El artículo parte de considerar la inclusión de la comunicación como contenido curricular de la formación universitaria de médicos. A partir de las principales discusiones y hallazgos de una investigación en clave crítico-discursiva que tomó como unidad de análisis la carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue (Patagonia Argentina); propone establecer relaciones entre aquellos discursos que sostienen la inclusión de la comunicación y la perspectiva decolonial en la academia médica. Se pretende reflexionar a partir de los discursos analizados, sobre las posibilidades de incluir la perspectiva de-colonial en la formación de médicos a partir del campo comunicación y salud. A modo de conclusión se señala la necesidad de incorporar dicha perspectiva para una formación geopolítica en función de temas y problemas de salud de relevancia para el continente latinoamericano.

**Palabras Clave:** discursos; perspectiva de-colonial; Academia Médica.

#### **Tema central**

El presente trabajo aborda la inclusión de la comunicación como contenido curricular de la formación académica de médicos. Pretende establecer relaciones entre aquellos discursos que sostienen la inclusión de la comunicación y la perspectiva de-colonial en la academia médica. Dicha perspectiva se asume, como toda aquella práctica que logre advertir y poner en tensión las consecuencias del paradigma civilizatorio moderno, alentando a la vez, lugares de exterioridad y construcciones alternativas tanto para la producción de conocimientos, como para la acción y la intervención. En términos de práctica pedagógica, implica cuestionar y desafiar la razón única de la modernidad occidental para animar a pensar desde y con

<sup>53</sup>. Este artículo fue presentado y publicado en las Memorias del Grupo Temático 5 Comunicación y Salud del XIV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIC), San José-Costa Rica, 2018.

racionalidades, conocimientos, prácticas y sistemas civilizatorios y de vivir distintos. (Walsh, 2013).

Particularmente en salud, la perspectiva en cuestión propone desaprender y superar el modelo médico hegemónico centrado en la atención de la enfermedad a fin de consolidar el marco de la Salud Colectiva<sup>54</sup>. Se apunta a promover y fortalecer un paradigma para la formación caracterizado por la preeminencia de lo colectivo sobre lo individual, el reconocimiento y respeto a la diversidad, la participación, interculturalidad, equidad de género, protección del medio ambiente; en el cual las personas logren satisfacer sus necesidades y construir el bienestar común en armonía con la naturaleza. (Feo Istúriz, *et al*: 2012).

Se apunta a identificar y advertir las contribuciones que los discursos sobre la comunicación en la academia médica, pueden aportar para incluir y/o fortalecer la perspectiva de-colonial; así como los límites u obstáculos que dichos discursos imponen -potencialmente- a su inclusión.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), viene estableciendo lineamientos para una formación médica orientada a la Atención Primaria de la Salud (APS) en la que la comunicación surge como un eje valorado. Sin embargo, el modelo de formación que comienza a construirse curricularmente, incluye la comunicación desde enfoques y presupuestos que se advierten aún sin discutir de cara a las particularidades que la APS asume en América Latina (AL)<sup>55</sup>.

Las perspectivas comunicacionales que se privilegian y afirman y las que se excluyen o marginalizan en la discursividad que circula en la academia médica, pueden leerse en clave crítica con el objetivo de interpelar el modelo médico hegemónico y comenzar a jerarquizar una formación centrada en prácticas pedagógicas de-coloniales.

---

<sup>54</sup>. Actualmente puede definirse como campo interdisciplinario de producción de conocimientos, saberes e intervención. (Almeida Filho, *et al*: 1999). Tiene sus bases en la determinación social de la salud y se interesa en los colectivos, la salud y la vida. Sus planteos más actuales apuntan críticamente al pensamiento occidental y las concepciones dominantes de salud, ligadas a la enfermedad y las ciencias médicas. Entiende que la salud necesita ser liberada de la sujeción al pensamiento médico para que pueda ser comprendida como vivencia, logrando así que se apropien de ella sujetos concretos en tanto partícipes de su construcción. (Sosa Sánchez, *et al*: 2015).

<sup>55</sup>. La región latinoamericana en general, reformuló necesariamente los principios universalistas y equitativos de la propuesta de Alma Ata en función de las sucesivas dictaduras cívico-militares. Períodos que dejaron como herencia fragmentación del tejido social y una marcada reticencia a la participación comunitaria. Posteriormente, los gobiernos de corte neoliberal que se sucedieron en la década de los 90' diezmaron las capacidades estatales e impulsaron ajustes estructurales de acuerdo a los imperativos de Organismos Internacionales como el BM y FMI. Los mismos organismos que entre sus "recetas" impulsaron versiones selectivas y focalizadas de la APS, versiones que echaron por tierra el enfoque integral y garante de derechos preconizado originariamente.

## Objetivos

El trabajo propone profundizar y vincular con la perspectiva de-colonial reseñada, los principales resultados y conclusiones de un trabajo de investigación que desarrollé en el marco de la tesis presentada para alcanzar el grado de Magister en Ciencias Sociales y Humanidades con orientación en Investigación Educativa en la Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires, Argentina. En dicha investigación se indagó sobre los discursos que construyen, sostienen y normalizan la incorporación de la comunicación como contenido curricular en un marco institucional concreto, la carrera de medicina que se dicta en la Universidad Nacional del Comahue (UNCo), Patagonia Argentina.

A partir de dicha propuesta, algunos de los objetivos específicos se concentran en:

Reflexionar sobre las posibilidades de incluir la perspectiva de-colonial en la formación de profesionales médicos a partir del campo de la comunicación y salud como referente epistémico.

Reflexionar acerca de los discursos dominantes y alternativos que sostienen la inclusión curricular de la comunicación en la institución referenciada y los significados que los mismos estabilizan.

Identificar temas, experiencias y/o contenidos curriculares que puedan proyectarse desde la comunicación y salud para fortalecer la perspectiva de-colonial en la formación académica de médicos en el continente Latinoamericano.

### 3.3.1 Caracterización del estudio y discusión teórica propuesta

#### Discursos sobre la comunicación en la formación médica

En primer lugar, conviene reseñar los principales fundamentos que tuvo la investigación desarrollada en el marco de la tesis que llevó por título "La inclusión de la comunicación como contenido curricular de la formación médica en la UNCo. Un estudio bajo la perspectiva del Análisis del Discurso". Interesa mencionar que, si bien la carrera en cuestión<sup>56</sup>, otorga el título de médico, orienta la formación hacia la medicina general.

<sup>56</sup>. La carrera se creó en 1996. Se encuentra ubicada en la ciudad de Cipolletti, al norte de la Patagonia Argentina, no obstante, ingresan y cursan la carrera estudiantes de todas partes del país y también del exterior. Su currículum se centra en la APS a través de una estructura modular de cuatro ciclos; Introductorio, Biomédico, Clínico y de Síntesis. Actualmente, ingresan entre 600 y 800 estudiantes por año.

Tanto en el plan de estudios como en los programas de distintas asignaturas que lo integran, los contenidos de comunicación se incluyen desde una amplitud y diversidad de concepciones que pueden enmarcarse en una suerte de tendencia a nivel internacional.

La citada tendencia se ha generalizado y formalizado desde la década de 1990 en países de AL y Europa, inclusive en Argentina. Puede definirse, por un lado, como una orientación con características innovadoras en la formación de profesionales médicos; que se adopta en función de fortalecer cuestiones relativas al profesionalismo y al vínculo médico-paciente.

Por otro lado, se observa que las modalidades de inclusión formal de la comunicación surgen en una coyuntura político-institucional determinada y, a su vez, evidencian una serie de controversias en torno a su transposición.

En relación con la coyuntura, el establecimiento de la comunicación como contenido, coincide con un ciclo de reformas en Educación Superior que en la mayoría de los países citados se implementan paralelamente al avance del neoliberalismo.

En relación a las controversias, inicialmente giraron sobre la condición epistemológico-conceptual de la comunicación poniendo en duda si podía constituirse como objeto de un proceso de enseñanza-aprendizaje. Superadas, pero con el impacto del legado que promovió concebirla como una “habilidad innata”, la discusión -aún vigente- se sitúa en la discusión de patrones de estandarización y en las consecuencias de privilegiar paradigmas positivistas en la objetivación de la relación médico paciente (Hamui Sutton et. al 2015; Cléries Costa, 2010).

A priori puede afirmarse que, los discursos privilegiados por la academia médica latinoamericana en torno a la comunicación, permanecen anclados en los supuestos del pensamiento moderno occidental, exaltando su eficacia y determinando el cómo, el qué y el para qué de la comunicación. (Albardonado, 2015; Belmonte, 2017). Incluso aquellos discursos que se advierten propulsores de la jerarquización de la APS, la Participación comunitaria y la Promoción de la salud (PS). En los mismos, subyace una concepción subsidiaria de la comunicación que se entronca con los inicios de la Comunicación para el desarrollo y consecuentemente, de la Comunicación para la salud.

La discusión pasa entonces por los discursos que se legitiman en la práctica pedagógica y la transposición del contenido “comunicación” que comienza a estabilizarse para revisar cómo influye la misma en la consolidación o bien en el desaprendizaje del modelo médico hegemónico.

En el desaprendizaje, los horizontes de significado se invierten para examinar críticamente el marco conceptual que estructura el modo de interpretar el mundo. Particularmente en la formación médica, la sobrevaloración del aprendizaje biomédico y la estandarización creciente de las prácticas constituyen aspectos a desaprender (Medina *et al.*, 2007)

Dada su constitución epistémica y política, el campo de la Comunicación y Salud puede proyectarse como referente en la formación médica para un desaprendizaje en clave de-colonial.

### **Replanteos epistémicos: Comunicación y Salud como campo posible en la afirmación de la perspectiva de-colonial**

El campo de la comunicación y salud se configura en la intersección del campo comunicacional y el campo sanitario, abarcando así fenómenos que se expresan en diversas prácticas sociales. Ya el hecho de asumirse como intersección, brinda la posibilidad de salir de la parcelación del conocimiento científico para centrarse en un diálogo de saberes y conocimientos.

Como antecedente ineludible del campo en cuestión, se consideran los estudios conformados desde la Comunicación para el Desarrollo que en AL toman la forma de práctica de intervención a fines de 1950, en el marco de los procesos de transferencia cultural y tecnológica desde las sociedades consideradas “desarrolladas” hacia las “tradicionales”. No obstante, ya en la historización de su constitución epistémica se realiza una lectura crítica de las concepciones desarrollistas que orientaban aquellas primeras experiencias destacando enfáticamente la relación entre la investigación para la persuasión, el cambio de conductas y el marco teórico- metodológico de carácter funcionalista y conductista sobre el que se consolidaron (Cuberli, 2008).

En este sentido, puede afirmarse que la relación comunicación-salud se constituye como campo, en diálogo directo con el debate político- epistemológico que en AL ha sido crucial para la producción de conocimiento de base revisionista y crítica sobre la Comunicación para el Desarrollo. Debate sobre el que también se consolida la perspectiva de-colonial en el ámbito de los estudios comunicacionales de la región. Dicha perspectiva desmonta el desarrollo como formación discursiva (Escobar, 2007) y fundamentalmente el legado instrumental que la formación como tal, afirma y reproduce.

“Su uso [el de la comunicación] al servicio del desarrollo se verá institucionalizado a partir de la incorporación en agendas de gobierno, programas de desarrollo, en los que se privilegia una

concepción netamente subsidiaria e instrumental. Este modo de considerar a la comunicación como un recurso estratégico al servicio del desarrollo permanece vigente en la práctica de los principales organismos y agencias de cooperación internacional". (Belmonte, 2017, p.6)

El citado fragmento echa luz sobre la herencia de las concepciones funcionalistas y sobre la manera en que las mismas construyeron un discurso hegemónico que aún resulta pregnante tanto en el saber y el sentido práctico como en el conocimiento científico-académico.

Para el campo de la salud, el dominio de dicho discurso devino en lo que la OPS - uno de los organismos que bien puede ser representativo de los que evoca la cita de Belmonte- definió como una "estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública" (OPS, 1986). Si bien esta definición luego fue ampliada, considerando "distintas áreas que incluyen (...) la comunicación interpersonal, la abogacía por la salud en los medios, la comunicación sobre riesgos, la comunicación social y el marketing social" (OPS, 1998) tal como sugiere Resende Carvalho (2008), es necesario analizar críticamente las propuestas de la PS sobre la base de una valoración ético política y desde el conocimiento del contexto histórico en el que se aplican sus estrategias.

El análisis que reclama Carvalho, es en esencia de-colonial y en ese sentido habilita a desacralizar el desarrollismo también para la transformación de los vínculos en el sistema de salud. Cuestión que se encuentra contenida en la definición más actual del campo Comunicación y salud.

### **Enfoque y/o metodología de abordaje**

La tesis citada anteriormente, priorizó un abordaje interpretativo, centrado en una investigación cualitativa a través del Análisis Crítico del Discurso (ACD). En dicha perspectiva, el discurso se concibe como una práctica social situada histórica y políticamente.

En tanto práctica analítico-investigativa se asume como matriz tridimensional que repara en la práctica textual, como el producto oral o escrito de una producción discursiva; en la práctica discursiva, que se inserta en una situación social determinada; y, por último "como un ejemplo de práctica social que estructura áreas de conocimiento, que no sólo expresa o refleja entidades, prácticas, relaciones, sino que las constituye y conforma" (Martín Rojo, 1997, p.4).

La investigación se referenció en la matriz citada y seleccionó categorías y elementos de análisis del campo de la lingüística, adaptadas al análisis social del discurso.<sup>57</sup> A partir de las mismas se construyó un abordaje crítico que permitió revelar conexiones entre el discurso y el contexto político- institucional. El mismo apuntó a identificar y esclarecer las convenciones, creencias, concepciones y fundamentos naturalizados y legitimados sobre la inclusión de la comunicación como contenido en la formación médica de grado.

Se trabajó sobre un corpus documental integrado por el Plan de estudios de la carrera, la resolución 1314/07 de circulación nacional -en la que se establecen los contenidos curriculares básicos y los criterios de intensidad sobre la formación práctica correspondientes a las carreras de Medicina que se dictan en el país- y los programas de cuatro asignaturas. Se realizaron once entrevistas semiestructuradas a informantes clave, entre los que se seleccionaron docentes, estudiantes y graduados.

### **3.3.2 Principales resultados**

Los resultados de la investigación centrada en el ACD en el contexto de la carrera citada, revelaron el dominio de dos discursos; el discurso de las competencias enlazado al discurso médico normalizador. Ambos, vehiculizan una comprensión instrumental y subsidiaria de la comunicación en la práctica médica que apunta a fortalecer el profesionalismo desde atributos estandarizables, medibles y calificables.

Dicha comprensión encuentra sustento en estrategias discursivas que fijan el significado y orientan la comprensión del contenido "comunicación". Las mismas estrategias crean y legitiman términos tales como "comunicación efectiva", "destrezas de comunicación", "habilidades de comunicación interpersonales", "capacidades de comunicación", "técnicas de interacción y comunicación". Cabe destacar que se advirtió un encadenamiento profuso y repetitivo de los términos citados en tres asignaturas troncales y también en las concepciones de los entrevistados.

Así, el tratamiento de la comunicación se detiene en lo que puede aportar para los procedimientos y el trato, dejando de lado su carácter de praxis. Consecuentemente, se afirma

<sup>57</sup>Los elementos y categorías para el análisis respondieron a la lógica de la matriz y se seleccionaron en base a funciones y procesos de las tres dimensiones que la integran: práctica textual, la práctica discursiva y la práctica social. Se citan algunos de ellos: lexicalización, cohesión y significado de las palabras para la primera dimensión; intertextualidad, presuposiciones, sobreentendidos, preconstruidos culturales y topoi, para la segunda y hegemonía para la última. El desarrollo y análisis a partir de las mismas fue realizado en base a las contribuciones de autores exponentes del ACD, tales como Norman Fairclough, Ruth Wodak, Teun van Dijk, entre otros.

el modelo médico hegémónico en la formación, remozado ahora a través de estrategias discursivas que exaltan la especificidad del profesionalismo a través de tecnicismos.

No obstante, se advierte también la incidencia de discursos alternativos que disputan el sentido instrumental desde una comprensión social y dialéctica de la comunicación. Los mismos se reconocen sobre todo en concepciones que la enuncian como "proceso social", "relación humana", "fundante de las relaciones humanas", como "lo que hace dar cuenta del otro en la práctica médica". Las mismas comienzan a distanciarse de la comprensión funcional y surgen de nociones espontáneas y concepciones previas de docentes y estudiantes, o en el marco de los contenidos de una asignatura del primer año de la carrera, que presenta una unidad de Comunicación en la que se incorpora "Comunicación y salud" como contenido.

### **3.3.3 Reflexiones y conclusiones**

Los discursos dominantes que sostienen la inclusión de la comunicación en la formación médica en la unidad estudiada, dan cuenta del legado del desarrollo y la pregnancia de una comprensión subsidiaria e instrumental de la misma. Si bien este resultado es esperable en el marco de la especificidad de la carrera y el impacto del enfoque de competencias, puede afirmarse que su naturalización obtura el desaprendizaje del modelo médico hegémónico ya que continúa afirmando al profesional como emisor y sujeto del saber y ahora también como poseedor de la "habilidad", "la destreza" y la "competencia de comunicar eficazmente".

En los discursos alternativos –condición que revisten por estar en los márgenes curriculares, sólo en una asignatura del primer año- o bien circunscriptos a fundamentos y argumentos en los que de manera espontánea los entrevistados pasan por alto la funcionalidad, reside la posibilidad de instalar y/o profundizar la perspectiva de-colonial. Fundamentalmente porque dichas concepciones, argumentos, fundamentos y creencias, se distancian de una lógica de la evidencia racional-instrumental-efectista que pretende aplicar a la comunicación los parámetros de la racionalidad científico-técnica con los que se rige la bio-medicina moderna. En cambio, surgen como pensamiento circular, dialéctico y como un sentir en el que se advierte - incipientemente- un "otro" que rebasa al "paciente" como sujeto de la relación.

Dichos discursos encuentran correlato en el campo de la comunicación y salud; ya que el mismo se constituye como tal desde el abordaje de perspectivas y teorías que incluyen la funcionalidad de la comunicación, pero no se agota allí. Por el contrario, aloja las perspectivas de base dialéctica, en especial porque desde ellas se logra analizar los sentidos y

los intercambios simbólicos que se producen en torno a la salud y la práctica médica en tanto práctica social.

Actualmente resulta cada vez más urgente producir conocimiento sobre dichos intercambios en cuestiones que representan desafíos para el campo de la salud y la medicina. Temas y cuestiones como la identidad de género, los derechos sexuales y reproductivos y no reproductivos, las violencias; la salud intercultural, la salud socio-ambiental reclaman un abordaje que supere aquellos centrados en la racionalidad científico-moderna. En este sentido, entra en escena la "otredad" no exclusivamente en términos antropológicos, sino para explicar y dar cuenta de los problemas, las necesidades, deseos y reclamos que se desprenden de dichas cuestiones fuertemente determinadas por los procesos socio-económicos y políticos que ha vivido en las últimas décadas nuestra región.

Así, ese "otro" que aparece en los discursos alternativos reseñados en los resultados del análisis, surge de manera genuina y desde una resonancia social que lentamente y a pesar del peso de la academia de "herencia colonial" (Castro Gómez, 2007) legitima sentires, sujetos y saberes diversos.

Necesariamente, debe apelarse a esa "otras epistemes" que la perspectiva de-colonial aloja. Principalmente porque intenta pensar y validar lugares diversos, fundados en lo corporal y en lo geo –político para el conocer y el saber. Resulta imperioso incorporar desde lo político-epistemológico la "otredad" en la formación de profesionales de la salud en Latinoamérica. Desaprender las epistemes dominantes a partir de dicha premisa es posible desde el campo de la comunicación y salud.

## REFERENCIAS

Albardonedo, V. (2015). La comunicación como contenido en la formación médica: estudio de caso desde la perspectiva del análisis crítico del discurso. En M. Petracchi (Coord.), *La salud en la trama comunicacional contemporánea*, 55-68. Buenos Aires, Argentina: Prometeo Libros.

Almeida, N. y Silva, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, (75), 5-30. Centro de estudios sociales y sanitarios. Rosario, Argentina.

Cfr. Belmonte, V. (2017). Comunicación y decolonialidad en contextos de postdesarrollo: Hacia la construcción de un campo de prácticas y saberes en emergencia. En Torrico. E. y Castro, E. (Coords.) *Comunicación en clave (de) colonial*, ALAIC (en prensa).

Cléries, X. (2010). La esencia de la comunicación en educación médica. *Educación Médica*, 13(1), 25-31.

Cuberli, M. (2008). Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción. *Questión*, 1(18).

Castro, S. (2007). Descolonizar la universidad. La hybris del punto cero y el diálogo de saberes. En Castro-Gómez, S. y R. Grosfoguel (Eds.) *El giro decolonial*, 79-91. Bogotá, Colombia: Siglo del Hombre Editores.

Escobar, A. (2007). *La invención del tercer mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo*. Caracas: Fundación El Perro la Rana.

Feo, O., Feo, C. y Jiménez, P. (2012). Pensamiento contra-hegemónico en salud. *Debate*, 38 (4), 602-614.

Hamui, A., Grijalva, M. G., Paulo, A., Donantes, P., García, S. E., Durán, V. D., Hernández, I. y Sandoval, E. (2015). Las tres dimensiones de la comunicación médico-paciente: biomédica, emocional e identidad cultural. *Revista CONAMED*, 20(1), 17-26.

Martín Rojo, L. (1997). El orden social de los discursos. *Discurso*, 1-37.

Medina, J., Cléries, X. y Nolla, M. (2007). El desaprendizaje: propuesta para profesionales de la salud críticos. *Educación Médica*, 10(4), 209-216

Resende, S. (2008). "Empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Promoción de la salud*, 4(3), 335-347. Buenos Aires.

Walsh, C. (ed.) (2013). Pedagogías decoloniales. Prácticas insurgentes de resistir, (re) existir y (re)vivir. Tomo I. Serie *Pensamiento Decolonial*. Quito, Ecuador: Abya Yala.

## **IV. CAMPAÑAS**

## 4.1. Análisis de una campaña chilena contra el grooming aplicando el modelo de proceso paralelo extendido.<sup>58</sup>

**Claudia Alicia Montero-Liberona**

Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

clmonter@uc.cl

**Patricio Benjamín Montero Lagos**

Universidad de Santiago de Chile, Chile

patricio.montero@usach.cl

**Resumen.** El grooming constituye una amenaza virtual donde un adulto establece un vínculo significativo con un niño para abusar sexualmente de él (Craven, Brown y Gilchrist, 2006). Este estudio analizó, mediante la aplicación del Modelo de Proceso Paralelo Extendido (Witte, 1992), la campaña chilena “Todos contra el grooming” en Twitter. En total, 986 mensajes fueron clasificados en tres categorías: a) Ruta 1, en donde un 64,4% de los mensajes apelaron al miedo o se relacionaron con una amenaza; b) Ruta 2, con un 31,4% donde los mensajes estuvieron vinculados a la autoeficacia y a una acción recomendada a los individuos; y c) Otros, donde un 4,6% de mensajes no estuvieron vinculados con la campaña. Estos resultados son consistentes con los obtenidos por LaVoie y Quick (2013) e indican la importancia de realizar futuros estudios vinculados con este modelo.

**Palabras Clave:** grooming; campañas públicas; modelo proceso paralelo extendido.

### Introducción

El grooming constituye hoy un riesgo a nivel mundial. Considerando el masivo uso de las tecnologías de la comunicación y la información y las redes sociales, en el amplio espectro del ciberespacio, uno de los problemas asociados con el uso de la internet, especialmente en menores de edad, es el grooming. En particular, este último ha sido definido como el vínculo significativo que un adulto establece con un niño, y que le permite acercarse y obtener la confianza del menor de edad (Craven, Brown y Gilchrist, 2006).

<sup>58</sup> Este artículo fue presentado y publicado en las Memorias del Grupo Temático 5 Comunicación y Salud del XIV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIC), San José-Costa Rica, 2018.

La preparación y el abuso sexual, tanto offline como online, son realizados por individuos que, como señala Berson (2003), cuentan con una naturaleza manipuladora, cuyas señales los niños no están en condiciones de advertir. De esta forma, el proceso de preparación de un niño considera la creación de un vínculo cercano, en donde, el menor accede a reunirse presencialmente con su nuevo amigo. Respecto a las precauciones que los adultos deben tomar ante la exposición de los menores a la red, Malesky (2007) recomienda involucrar y enseñar a los padres y adultos de los peligros que el internet puede ofrecer a los menores de edad.

Ante esta realidad, Chile no está ajeno. La creciente tendencia del uso de celulares, por parte de los niños continúa aumentando en el país. De acuerdo al reciente estudio Global Kids Online, realizado por Livingstone y colegas (2017), y que tuvo como protagonistas a mil niños entre 9 y 17 años, "el 92% declaró utilizar internet a diario mediante smartphones, mientras que un 53,2% de ellos utiliza la red varias veces al día" (p. 7). Sin embargo, ante esta alta tasa de uso de la red, los menores de edad también manifestaron que no todas sus experiencias han sido positivas. Específicamente, "un 36% reportó que, al menos, tuvo una experiencia en internet que lo hizo sentir mal y que, de ellos, solo el 50% buscó apoyo tras esta experiencia negativa" (Livingstone et al., 2017, p. 7). Estas cifras se vinculan con otro estudio realizado por la empresa VTR (2012), y que contó con la participación de 400 jóvenes de primero a cuarto medio, sobre los peligrosos usos y hábitos de los jóvenes chilenos en redes sociales. Según este último estudio, "el 50% de los niños chateaba o se comunicaba vía mail con desconocidos. (...) Mientras, un 74% ha recibido peticiones de desconocidos sin amigos en común, y el 22% las ha confirmado. Al contrario, un 53% ha solicitado amistad a desconocidos con amigos en común; y un 15% lo ha hecho a completos desconocidos" (VTR, 2012, p. 6). Finalmente, la encuesta concluye que, si bien "un 17% del total de encuestados no considera que existan peligros en la web" (VTR, 2012, p. 5), los que sí reconocen que existen riesgos, "aun no lo relacionan, necesariamente, con el manejo de su propia privacidad" (VTR, 2012, p. 5).

El acoso sexual virtual constituye una realidad cada vez más frecuente en Chile. En cifras, en 2013, la Policía de Investigaciones, principalmente a través de su Brigada de Ciber Crimen en las ciudades de Santiago y Valparaíso, indagó 386 delitos vinculados al grooming (Policía de Investigaciones de Chile, 2015). Luego, al año siguiente, la misma policía declaró un aumento a 390 casos, de los cuales, solo 15 personas fueron detenidas (Policía de Investigaciones de Chile, 2015). Frente a la amenaza del grooming, la responsabilidad de padres y adultos de velar por la protección de los menores de edad ante las redes sociales adquiere mayor relevancia. En esta línea, ante los retos y riesgos del uso de internet por parte de los menores, Tejedor y Pulido (2012) reconocen que es necesario empoderarlos y proponer estrategias

educativas globales. Específicamente, los autores destacan dos aspectos: por una parte, "diseñar modelos comunitarios de prevención, incluyendo a toda la comunidad, especialmente a los familiares" (Tejedor y Pulido, 2012, p. 70); y por la otra, "promover el protagonismo de los menores en la aplicación de los programas de prevención frente a los riesgos de las interacciones online" (Tejedor y Pulido, 2012, p. 70).

Este estudio exploratorio constituye un primer análisis para indagar sobre la frecuencia del uso de las rutas del MPPE en los comentarios publicados en el Twitter de la campaña "Todos contra el Grooming". Concordante con la primera propuesta de Tejedor y Pulido (2012), este trabajo considera las campañas de bien público como una opción relevante a ser considerada por todos los actores sociales, tanto en Chile como en el mundo.

Dentro del contexto de la salud pública, las campañas sociales son consideradas esfuerzos comunicacionales relacionadas con la transmisión de información relevante para la salud de las personas. Para Rice y Atkin (2009), las campañas de comunicación públicas son "intentos deliberados para informar, persuadir o motivar el cambio de comportamiento, en un público relativamente bien definido y típicamente numeroso, dentro de un período de tiempo determinado, a través de actividades de comunicaciones que incluyen medios de comunicación de masas y, a menudo, complementadas con apoyo de relaciones interpersonales" (p. 436). Las campañas cruzan diversos ámbitos relacionados con la salud de las personas y el marketing social, relativo a conductas prosociales y medioambientales, compartiendo similitudes y diferencias con ámbitos comerciales. De esta forma, enfrentarse al desafío de conocer a los receptores y sus cambios de comportamiento constituyen un ámbito fundamental que debe ser abordado con cautela, velando no caer en posibles efectos no deseados (Montero-Liberona, 2014).

Ante las actuales amenazas por internet a los menores de edad, el propósito de este estudio consiste en analizar, desde la perspectiva del Modelo de Proceso Paralelo Extendido (MPPE), una campaña social contra el grooming realizada en Chile. Para dichos fines, se seleccionó la campaña "Todos contra el grooming", creada por la Policía de Investigaciones de Chile (PDI).

#### **4.1.1 Campaña "TODOS CONTRA EL GROOMING"**

Creada por la Jefatura Nacional de Delitos Económicos, a través de la Brigada Investigadora del Ciber Crimen de la PDI de Chile, esta campaña ha circulado en redes sociales, tanto en Chile como en el extranjero. Su objetivo es aumentar la concientización del problema del

grooming en la sociedad chilena. Sus destinatarios son tanto padres, madres o adultos, como menores de edad y jóvenes que utilizan las redes sociales, advirtiéndoles de los peligros que éstas conllevan.

El spot de la campaña narra la historia de una menor de edad, Camila, quien dialoga por internet con otro joven menor de edad, Pancho. Durante el spot, la menor idealiza a su amigo y confía él; ya que otra amiga “en común”, la “Vale”, ha tenido contacto virtual previo también con el mismo joven. Tras “conocerse” mediante una fotografía por computadora, Camila acepta reunirse personalmente con Pancho. Sentada en el banco de una plaza, la niña recibe un mensaje de Pancho, quién le explica que está atrasado y que, en su lugar, su hermano Felipe irá a encontrarse con ella. Así, un joven mayor, Felipe, llega a encontrarse con Camila, quien le permite a la niña llevar el perro de su amigo Pancho, el que Camila había visto por fotografías en el chat. Tras caminar con Felipe, Camila ingresa a un edificio. El spot cambia drásticamente su ritmo y música. En las siguientes imágenes, la niña es forzada a intimar con Felipe. Al finalizar el video, Camila deambula sola y de noche por la calle. La historia cierra con un mensaje entregado por el joven actor y cantante chileno, Augusto Schuster, quien señala: “¿Cuántos de tus amigos en redes sociales conoces realmente? El grooming no es un juego. Es un abuso. Recuerda que, en internet, tu foto no es sólo tuya, es de todos”. Finalmente, el spot finaliza con el siguiente mensaje: “Esta podría ser tu historia. Denuncia a [grooming@cibercrimen.cl](mailto:grooming@cibercrimen.cl). #Todoscontraelgrooming. PDI. Policía de Investigaciones de Chile”. El video está disponible en el enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=c1dEKmA8vVw>.

#### **4.1.2 Modelo de Proceso Paralelo Extendido**

Comúnmente utilizado en el mundo anglosajón, el miedo constituye una emoción básica de los seres humanos. En el contexto de la comunicación en salud, las apelaciones al miedo han sido vinculadas al Modelo del Proceso Paralelo Extendido (MPPE, Witte, 1992). El MPPE fue elaborado sobre los siguientes componentes teóricos: a) “la apelación al miedo [“threat appeals”, en inglés], conformada por el contenido del mensaje; b) el miedo propiamente tal [“fear”, en inglés], catalogado como una emoción con un valor negativo, acompañado de un alto nivel de excitación provocado por una amenaza que se percibe como significativa y personalmente relevante; c) la amenaza en sí misma [“threat”, en inglés], conceptualizada como un estímulo externo que la persona sabe o no sabe de su existencia; d) la eficacia [“efficacy”, en inglés], que apunta a un mensaje del medio ambiente o clave que lleva a la autoeficacia [“self-efficacy”, en inglés], que se refiere a la cognición de la eficacia de una persona; y e) las variables de resultado [“outcome variables”, en inglés], que conllevan a los

posibles resultados de aceptación, rechazo o resultados no esperados de un mensaje" (Witte, 1992, p. 331-332). A esto último debe además considerarse que siempre el mensaje debe contener una respuesta recomendada que cualquier individuo debe ser capaz de seguir para sentirse seguro ante el mensaje de miedo presentado (Witte, 1992). Es necesario considerar que la suma de todos estos elementos conforma un proceso cognitivo individual, que debe ser cuidadosamente estudiado para que este modelo tenga éxito.

Las personas expuestas a un mensaje que contenga una apelación al miedo, usualmente, realizarán dos posibles evaluaciones o caminos de respuesta. De acuerdo a Witte (1992), las dos rutas son:

a) La Ruta 1 consistirá en evaluar cuán seria es la amenaza y su apelación al miedo en base a su severidad y susceptibilidad. Por una parte, la severidad será entendida como la magnitud de la amenaza vinculada a la probabilidad de experimentar los costos de salud asociados al comportamiento efectuado. Por la otra parte, la susceptibilidad enfatiza que la amenaza de salud puede ocurrir a cualquier persona que se involucra en el comportamiento que se advierte. De esta forma, la combinación de severidad y susceptibilidad originarán una evaluación global en una persona, ante la magnitud de la amenaza generándole miedo (Witte, 1992). Esta ruta es conocida como proceso de control de miedo. Tan solo una vez que el mensaje es percibido como una amenaza, y este proceso está completa generándose miedo en un individuo, la segunda ruta se desencadena.

b) La Ruta 2, también denominada proceso de control de peligro, consiste en que, ante la emoción experimentada, la persona procede a considerar la respuesta recomendada en el mensaje. Por tanto, este modelo advierte que es fundamental no solo entregar el mensaje en el contexto de la comunicación en salud; si no que, también, incluir la respuesta recomendada a la audiencia. Al igual que en la ruta anterior, la respuesta recomendada tiene dos subcomponentes: la autoeficacia y la respuesta eficaz. Por autoeficacia es entendida la percepción que tiene la audiencia sobre su capacidad de realización de la recomendación entregada. Luego, la respuesta eficaz, por tanto, se refiere a la percepción que la respuesta entregada efectivamente ayuda o disminuir o a eliminar la amenaza que está experimentando.

Un caso de una exitosa apelación al miedo y sus resultados fueron estudiados en el mundo anglosajón por LaVoie y Quick (2013), quienes encontraron que, en el caso de una campaña del tabaco, los mensajes referidos al proceso de control de peligro fueron minoría (LaVoie y Quick, 2013).

#### 4.1.3 Metodología

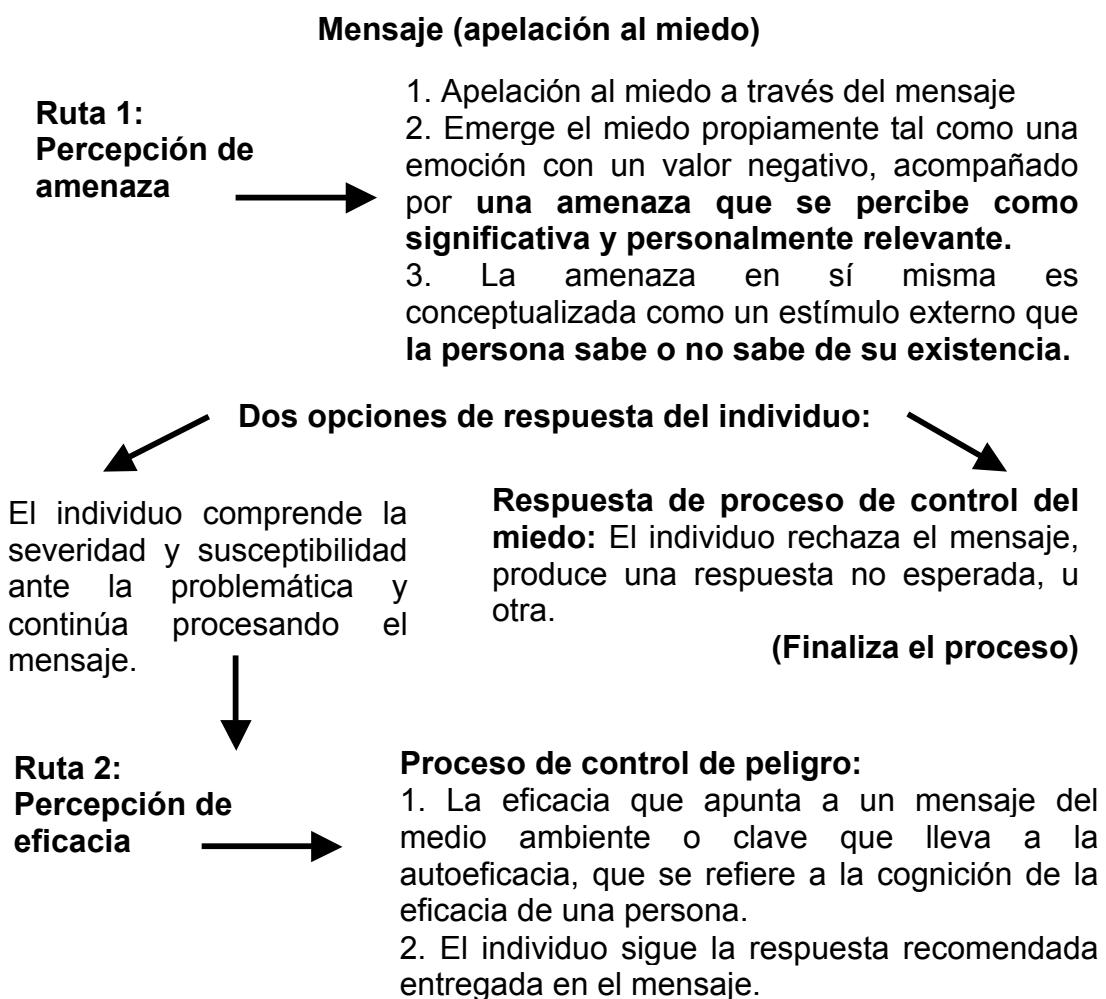
La campaña “Todos contra el Grooming” fue escogida dada su popularidad en redes sociales a la luz que, en el canal YouTube, registró más de 100.000 visitas entre abril de 2015 a diciembre 2017. En particular, la red social elegida fue la cuenta de Twitter de la campaña.

El enfoque metodológico de este estudio se basó en las relaciones establecidas por el MPPE (Witte, 1992), presentadas en la Figura 1. Para ello, cada mensaje fue clasificado en una de las tres categorías siguientes:

- a) Ruta 1, cuyo tweet contiene una apelación al miedo, una amenaza percibida como significativa y personalmente relevante por un individuo, cuyo estímulo es o no conocido. Un ejemplo de esta categoría es: “Yo creo que todos hemos salido con alguien así, que miedo”.
- b) Ruta 2, consistente en un tweet relacionado con la eficacia de un individuo y la respuesta recomendada que el individuo entrega para superar la amenaza presentada. Un ejemplo de esta categoría es: “Revisa este video con tus hijos, convérsalo en familia y compártelo”.
- c) Otros, para aquellos tweets que no tienen relación con el mensaje de la campaña. Un ejemplo de esta categoría es: "Augusto nombró a sus fans en el SQP TE AMO".

Las categorías emergentes de los tweets fueron registradas y sometidos a un análisis de frecuencias utilizando el software estadístico SPSS:

**Figura 1. Esquema de las relaciones del Modelo de Proceso Paralelo Extendido (Witte, 1992) usado en este estudio.**



#### 4.1.4 Principales resultados

En base a la metodología planteada, tras revisar la cuenta de Twitter de la campaña, se registraron un total de 986 tweets. Cada tweet fue estudiado como una unidad de análisis individual, siendo clasificados en base a las tres categorías explicadas en la metodología de este estudio.

Tras completarse esta clasificación, los análisis de frecuencia fueron realizados. Como resultado del análisis estadístico, las tendencias de las frecuencias de las respuestas revelaron que el 64,4% de los mensajes estuvieron referidos a la Ruta 1; en tanto, el 31,4% de los mensajes fueron para la Ruta 2. Adicionalmente, para la categoría otros se encontraron el 4,6% de los mensajes. Por tanto, en términos globales, el mensaje de apelación el miedo que contiene la campaña estudiada captura la atención de un 95,4% de los tweets estudiados.

Respecto a las relaciones propuestas basadas en el MPPE, un 60% de los tweets (n=592) sólo reconoce que existe una problemática social que constituye una amenaza relacionada con la emoción del miedo. De ese total, una vez completada la Ruta 1, un 25% de los tweets (n=251) contienen una acción relacionada con el mensaje de la campaña: por un parte, el 21% (n= 211) acepta el mensaje e inicia su proceso por la Ruta 2, mientras que, por otra parte, un 4% (n=40) rechaza el mensaje o tiene una respuesta no esperada con respecto a la campaña, siguiendo el proceso de control del miedo. Adicionalmente al 21% anterior, un 10% de los individuos activaron su proceso de control de peligro, siguiendo una acción como parte de la respuesta recomendada, vinculada con su propia autoeficacia, para superar el peligro o la amenaza del grooming presentada en la campaña. Es importante recordar que, en tanto, un 5% (n= 45) no tuvieron un contenido pertinente, correspondientes a la categoría otros.

Asimismo, es importante destacar que 47 de los 986 (correspondiente al 4,8%) tweets fueron realizados por personas que no fueron chilenos. En la Tabla 1 se presentan mayores detalles.

**Figura 2. Porcentaje de Tweets de países no chilenos encontrados.**

<b>% (n) de Tweets</b>	<b>País</b>	<b>Ejemplo de Tweet</b>
0,1 (n=1)	Perú	"No nos quedemos atrás! Chile ya inicio la campaña! #PERU #UNIDO #TODOSCONTRAELGROOMING <a href="http://fb.me/4FLvhYory">http://fb.me/4FLvhYory</a>
0,1 (n=1)	México	PAPÁS a ver este video #TodosContraelGrooming #Mexico #Mundo <a href="https://youtu.be/hFGHq5QGck0">https://youtu.be/hFGHq5QGck0</a> vía @YouTube
3,5 (n=35)	Honduras	Basta los niños no tienen culpa #danielakawas no los compares #todoscontraelgrooming, No destruyas familias @CONADEH (Comisionado Nacional de los Derechos Humanos, Honduras).
1 (n=10)	País no identificado	PDI lanza fuerte campaña que busca prevenir el grooming. Una realidad en toda latinoamérica. #TodosContraElGrooming

#### 4.1.5 Reflexiones y conclusiones

De acuerdo al Modelo de Proceso Paralelo Extendido (MPPE), una exitosa apelación al miedo debe ser provocado tanto por el contenido del mensaje como por la emoción de miedo en sí misma. En el spot de la campaña “Todos contra el Grooming”, el contenido del mensaje está conformado por el relato de la historia de la protagonista. Las imágenes iniciales apelan a una joven chilena que, sin darse cuenta, accede a reunirse con alguien que no conoce. El cambio de color y dramatismo, tanto en las imágenes como en la música, ilustran las consecuencias de lo ocurrido a la protagonista del spot. En ese sentido, la amenaza de lo que es el grooming es ejemplificado a lo largo de la historia, y la emoción de miedo que genera, es presentada mediante el cambio en la dirección de la historia, de una situación cotidiana y que pudo ser vista con simpleza, a unas consecuencias inesperadas vividas por la menor de edad.

Este trabajo consideró una primera aproximación empírica a la evaluación de esta campaña. Considerando que no fue posible encontrar ningún estudio o evaluación de esta iniciativa disponible en Chile, este trabajo constituyó la primera aplicación del Modelo del Proceso Paralelo Extendido a una problemática tan compleja como es el grooming.

De acuerdo al modelo MPPE, una campaña exitosa debe generar una amenaza percibida y una percibida eficacia (Witte, 1992). A la luz de del MPPE, el modelo propone que, para que una apelación al miedo tenga éxito, el proceso debe ser completado tanto en la Ruta 1 como en la Ruta 2. Los resultados de este estudio, en que la minoría de los mensajes estuvieron referidos al proceso de control de peligro son consistentes con los hallazgos obtenidos en otra investigación anterior realizada en la cultura anglosajona (LaVoile y Quick, 2013). En base a esta primera medición inicial, se propone contrastar este resultado con otras futuras mediciones, tanto en Chile como en otros países latinoamericanos.

En general, los mensajes en Twitter que dan cuenta de la preocupación de las personas ante la temática del grooming respecto al cuidado de otros van más allá que solo la toma de decisión del autocuidado. Sin embargo, este resultado debiese ser confirmado a través de nuevos estudios que conlleven situaciones de autocuidado y del velar por los demás ante el grooming en diferentes audiencias, tales como padres, menores de edad, amigos, y otros.

En cuanto a las posibles limitaciones de este estudio, a futuro, cada una de los subcomponentes del MPPE debiesen ser testeadas con datos primarios, mediante instrumentos construidos a la luz de este modelo. Sin embargo, el uso de este enfoque teórico debe utilizarse con cautela, a modo de distinguir los niveles de apelación al miedo que individual y

socialmente sean más adecuados para cada cultura y país. Por tanto, el desafío es a continuar explorando este modelo tanto en Chile como en el mundo.

## REFERENCIAS

- Berson, I. R. (2003). Grooming cybervictims: The psychosocial effects of online exploitation for youth. *Journal of School Violence*, 2(1), 5-18. Doi: [http://doi.org/10.1300/J202v02n01\\_02](http://doi.org/10.1300/J202v02n01_02)
- Craven, S., Brown, S., y Gilchrist, E. (2006). Sexual grooming of children: Review of literature and theoretical considerations. *Journal of Sexual Aggression*, 12, 287-299. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13552600601069414>
- LaVoie, N. R., y Quick, B. L. (2013). What is the truth? An application of the Extended Parallel Process Model to televised truth® ads. *Health Communication*, 28(1), 53-62. Doi: <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.728467>
- Livingstone, S., Kroeger, N., Stoilova, M., y Yu, S. H. (2017). Global Kids Online Knowledge Exchange and Impact: Meeting Report from 20–21 June 2017.
- Malesky Jr, L. A. (2007). Predatory online behavior: Modus operandi of convicted sex offenders in identifying potential victims and contacting minors over the Internet. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16(2), 23-32. Doi: [https://doi.org/10.1300/J070v16n02\\_02](https://doi.org/10.1300/J070v16n02_02)
- Montero-Liberona, C. (2014). Análisis de los comentarios de lectores en dos diarios digitales internacionales sobre los efectos no deseados de una campaña chilena de violencia doméstica. *Comunicación y Medios*, 30, 72-88.
- Policía de Investigaciones de Chile (Diciembre, 2015.). PDI lanza campaña de prevención del grooming. <https://www.pdichile.cl/noticias2015/abril/22abr015/nota.html>
- Rice, R. E., y Atkin, C. K. (2009). Theoretical Principles and Practical Applications. *Media effects: Advances in theory and research*. 3rd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 436-68.
- Tejedor, S., y Pulido, C. (2012). Retos y riesgos del uso de Internet por parte de los menores. ¿Cómo empoderarlos? *Comunicar*, 20(39), 65-72. Doi: <https://doi.org/10.3916/C39-2012-02-06>

VTR (Noviembre, 2012,). Usos y hábitos de los jóvenes chilenos en redes sociales.  
[https://www.cooperativa.cl/noticias/site/artic/20121129/asocfile/2012112921372/estudio\\_internet\\_segura\\_1\\_.pdf](https://www.cooperativa.cl/noticias/site/artic/20121129/asocfile/2012112921372/estudio_internet_segura_1_.pdf)

Witte, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. *Communications Monographs*, 59(4), 329-349.

Doi: <https://doi.org/10.1080/03637759209376276>

## 4.2. Embarazo adolescente en México: análisis de spots difundidos en una campaña nacional para la atención y prevención.<sup>59</sup>

**Luis Alfonso Guadarrama Rico**

Universidad Autónoma del Estado de México  
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, México  
lagrico@famecom.org

**Resumen.** En 2015 México aplicó la Estrategia Nacional para Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA), enfocada a reducir la tasa de natalidad específica en madres de 15 a 19 años. Para los propósitos de este trabajo, se eligieron dos anuncios, uno televisivo y otro radiofónico, mismos que estuvieron dirigidos a madres y padres de familia que tuviesen hijas e hijos adolescentes, precisamente en el rango etario de 15 a 19 años. Los dos spots fueron difundidos durante los últimos ocho meses del año 2018, como parte final de la campaña nacional y de la ENAPEA. Para analizar los dos *spots*, se aplicó una metodología mixta, basada en el análisis narrativo y en el cruce con indicadores cuantitativos. Se puso énfasis en la representación social de las madres y padres adolescentes. La conclusión es que prevaleció una brecha entre la narrativa y la representación de quienes usualmente procrean cuando son madres y padres adolescentes. Además, se representó a la clase social media, en detrimento de un apego comunicativo para tratar de impactar a la mayoría de las probables madres adolescentes mexicanas, incumpliendo con el principio de dirigir mensajes a la población objetivo, desde la comunicación para la salud.

**Palabras clave:** embarazo adolescente; comunicación para la salud; sexualidad adolescente; campañas de prevención.

### Introducción

Los discursos de los organismos internacionales, específicamente en materia de políticas pública para la protección a la salud de los adolescentes, se ha enmarcado en el amplio rango

<sup>59</sup> Este artículo fue presentado y publicado en las Memorias del Grupo Temático 5 Comunicación y Salud del X Congreso de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIC), Bogotá-Colombia, 2010.

de 10 a 19 años de edad. Por ello, existen políticas fraguadas desde la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través de organismos como: la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/sida (ONUSIDA) y, a partir del año 2010, ONU-Mujeres, quienes han trazado el cauce a seguir para enmarcar etariamente a la adolescencia en la mayor parte del mundo.

Desde tales políticas públicas, focalizadas en adolescentes que van de 10 a 19 años de edad, es como se ha instado a que los Estados-Nación que integran la ONU, suscriban cumbres, cartas, actas, acuerdos y metas para erradicar, en 2030, el embarazo adolescente en niñas de 10 a 14 años de edad, así como para reducir a la mitad la tasa de embarazo en mujeres adolescentes que tengan entre 15 y 19 años de edad.

México es uno de los países que se ha sumado a tales metas u objetivos; deseables, por supuesto, pero lamentablemente difíciles de alcanzar. Si bien el país había realizado esfuerzos en prevención y reducción del embarazo adolescente, hace casi cuatro años una noticia cobró resonancia al menos en una región del mundo; se daba a conocer que la tasa específica de natalidad en madres adolescentes era de 77 por cada mil mujeres, entre quienes tenían de 15 a 19 años. Este indicador colocó a México en el primer sitio entre los 36 países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

Para poner en contexto dicho indicador, hay que decir que en la región latinoamericana y del Caribe, en entre 2010-2015 se reportó una tasa de 66.5. Es decir, en 2014 México superó con poco más de 10 puntos el escenario. (OPS, 2016). Si además se considera que la tendencia mundial registraba una tasa de 46 por cada mil, la intranquilidad era por demás notoria.

Como resultado de ello, o al menos en parte, el 23 de enero de 2015 México puso en marcha la Estrategia Nacional para Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA). Para medir el avance de tal estrategia, se ofreció que, hacia el mes de diciembre de 2018, «la tasa específica de natalidad en madres adolescentes de 15 a 19 años, se reduciría de 77 a 63.1» (Gobierno de la República, 2015: 90).

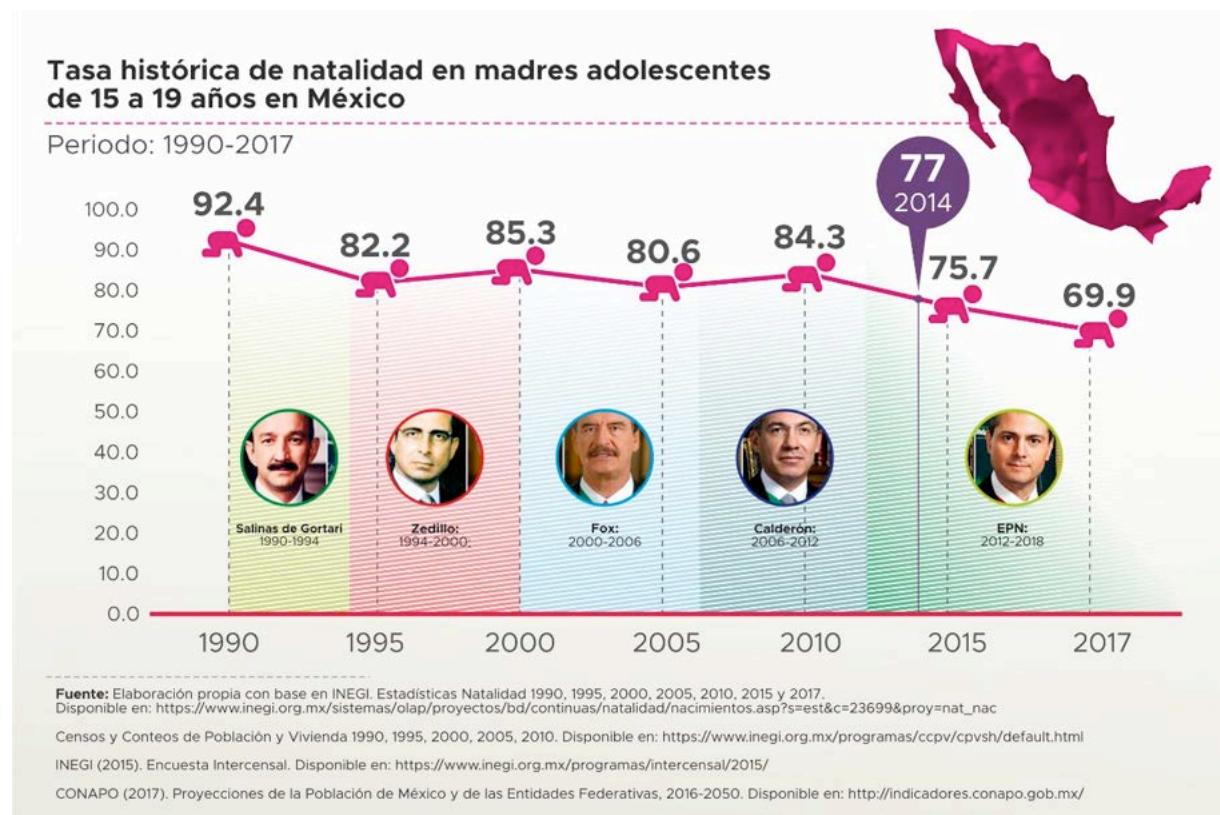
La ENAPEA estuvo basada en un sistema de participación intersectorial desde los tres ámbitos de gobierno (federal, estatal y municipal), respaldada también en una consulta a Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) especializadas en el tema, así como al sector académico. Durante el periodo 2015-2018, se efectuaron reuniones de coordinación, programas, proyectos y campañas en medios convencionales y digitales, así como un conjunto de acciones diversas en todo el país.

A la distancia de cuatro años de aplicación, se esperaba conquistar la meta anunciada, en torno a la tasa específica de natalidad materna en mujeres adolescentes de 15 a 19 años. Si bien no estamos en condiciones de esperar que las campañas en general o un *spot* en particular, sean la única causa de un determinado resultado, también es cierto que — comunicativamente hablando — se tiene como expectativa que dicho esfuerzo cumpla con su cometido esencial, es decir, que se construya y difundan los mejores mensajes para impactar a la población objetivo.

En el caso que nos ocupa, son las y los adolescentes que con mayor probabilidad podrían verse envueltos o potencialmente implicados(as) en el embarazo no intencional, así como alguna de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Si ello se lograba, se cumpliría con la tarea encomendada, en términos de una campaña de prevención, con relativa independencia de los indicadores exógenos que al respecto se establecieran.

#### **4.2.1 Contexto reciente**

En la siguiente gráfica se aprecia cómo durante los últimos 27 años la tasa de natalidad en madres adolescentes ha descendido, aunque no en la medida de lo esperado. Durante la gestión de Carlos Salinas de Gortari, la tasa descendió entre 10 y 11 unidades. Nótese cómo durante el régimen del presidente Ernesto Zedillo repuntó un poco. Con el panismo de los presidentes Fox y Calderón (de óptica claramente conservadora), prácticamente se mantuvo la tendencia, en tanto se inició con una tasa de 85 y, apenas bajó un punto, cuando se volvió a evaluar, es decir, dos años antes de que Felipe Calderón Hinojosa concluyera.



Un poco avanzada la gestión del entonces presidente Enrique Peña Nieto (EPN) se tomó como referencia la tasa de 77 por cada mil mujeres adolescentes. Puede verse que durante la gestión de EPN descendió entre siete u ocho puntos la tasa de natalidad adolescente, hasta finales de 2017<sup>60</sup>.

Está claro que el gobierno mexicano, mediante distintas políticas públicas, programas y campañas ha tratado de reducir el embarazo adolescente en general,<sup>61</sup> aunque se ha enfocado más a medir y evaluar la tasa de natalidad específica en mujeres adolescentes. Ante una problemática de salud en México, como es la prevención y reducción del embarazo adolescente en general y, de la tasa de fecundidad adolescente en el grupo de 15 a 19 años, se tiene claro que una o más campañas mediáticas específicas, no aspiran a constituirse en elementos monocausales de ciertos resultados observados (positivos, irrelevantes o negativos) en la política pública operada en México.

<sup>60</sup> Más adelante se especifica cómo cerró la tendencia hacia finales de 2018.

<sup>61</sup> Aludimos a la expresión «embarazo adolescente en general» en tanto consideramos que dicho fenómeno socio-demográfico y cultural incluye distintas condiciones o situaciones, entre las que se consideran: la fecundación como tal, la presunción y corrobación o no de embarazo, la interrupción legal o clandestina del mismo o, su continuación hasta llegar al nacimiento o evento gineco-obstétrico. Este último es el que actualmente se registra.

Lo que sí considero es que, más allá de que los resultados deben y pueden ser revisados o analizados, las campañas y, específicamente los *spots*, pueden y deben pasar por un examen acerca de su óptica y función comunicativa, dada la magnitud del problema social que pretendieron aludir, revelar o incentivar su atención social. Es decir, más allá de los resultados fácticos reportados por la ENAPEA en México, esperaríamos que los dos *spots* analizados, cumplieran con seis criterios comunicativos que exige el abordaje o tratamiento mediático de una problemática de salud pública. Veamos.

#### 4.2.2 Metodología

Para analizar la narrativa de la campaña dirigida a las madres y padres de familia, acerca de la prevención del embarazo adolescente y de otras ITS, se revisó el documento oficial que el Gobierno de México publicó y que denominó *Estrategia Nacional para Prevención del Embarazo Adolescente* (Gobierno de la República, 2015). También se consideraron los tres informes anuales subsecuentes, correspondientes a la estrategia (Gobierno de la República, 2016, 2017 y 2018), así como las minutas de reuniones nacionales, colocadas en el sitio oficial del Consejo Nacional de Población (CONAPO).

Se obtuvieron copias digitales de los *spots* dirigidos a las madres y padres de familia que oficialmente difundió el CONAPO; uno para televisión y el segundo, con modificaciones hechas por la misma institución, para estaciones de radiofónicas, así como en otros medios y, su respectiva circulación, multiplicación, transformación, mutación, mutilación, reedición y reinterpretación a través de las redes sociales digitales.

Mediante la plataforma nacional del Instituto Nacional de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en fecha 12 de septiembre de 2018, se solicitó información al CONAPO, con el propósito de contar con datos o cifras acerca de la transmisión de los dos *spots* seleccionados, así como el número de impactos logrados durante la duración de la campaña en medios. La respuesta se obtuvo el 11 de octubre de 2018. Exceptuando el lapso del 28 de junio al 1º de julio, en el periodo de 1º de enero al 16 de julio de 2018, los *spots* radiofónicos sumaron 578,788 impactos. Respecto al *spot* en televisión, entre el 17 de julio y 24 de agosto, se reportaron 105,378 impactos.<sup>62</sup>

<sup>62</sup> El 1º de julio de 2018, se efectuó en México la jornada electoral para la elección presidencial y otros cargos para renovar tanto la Cámara de Diputados, el Senado, así como otras votaciones para elegir cargos de elección popular en distintas entidades y congresos locales del país. Por ley, previo a la jornada, se aplica un periodo de veda, en la que se suspenden, entre otras cosas, los anuncios o *spots* gubernamentales que tengan que ver con programas sociales, a pesar de que se trate de problemas sociales como la prevención del embarazo.

Visto que el interés de este trabajo fue analizar la correspondencia entre la narrativa de la campaña sobre el embarazo adolescentes, dirigida a las y los adolescentes, así como a los padres y madres de familia, se trazó el perfil sociodemográfico de las madres adolescentes de 15 a 19, así como de los padres de los(as) recién nacidos(as).

Para ello, se recuperaron y procesaron los datos generados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), correspondientes a los años 2015 y 2017. Los indicadores sobre natalidad en madres y padres adolescentes utilizados para este artículo corresponden al año 2017, en tanto el registro oficial de los nacimientos ocurridos en 2018, se consolidan hasta el próximo mes de septiembre de 2019. Asimismo, se emplearon algunas cifras de 2015, en tanto que en ese año se puso en marcha la ENAPEA. Para ello, se generó una matriz con las variables que el propio INEGI proporciona a través de sus cubos de información dinámica, respecto a cada madre adolescente que procrea una hija o hijo y, en la mayoría de los casos, las que corresponden con el progenitor. La matriz de datos, para dicho perfil, quedó integrada por seis variables para la madre y seis más para el masculino que procreó con la madre adolescente, con sus respectivas sub-variables.

Perfil	Perfil										
Madre Adolescente	Padre Adolescente o mayor										
1. Edad En año natural de la progenitora, al nacimiento al recién nacido o nacida.	1. Edad En año natural del progenitor, al nacimiento al recién nacido o nacida.										
2. Dos posibles rangos de edad Rangos: 10 a 14 o 15 a 19.	2. Dos rangos iniciales y más Rangos: 10 a 14; 15 a 19; 20 o más, en rangos etarios de cinco.										
3. Entidad federativa 32 códigos, uno para cada entidad federativa, conforme al INEGI.	3. Entidad federativa 32 códigos, uno para cada entidad federativa, conforme al INEGI.										
4. Estado de conyugalidad <table border="1"> <tr> <td>Soltera</td> <td>Unión libre</td> <td>Casada</td> </tr> <tr> <td>Separada</td> <td>Divorciada</td> <td>Viuda</td> </tr> <tr> <td colspan="3">No especificado</td> </tr> </table>	Soltera	Unión libre	Casada	Separada	Divorciada	Viuda	No especificado			4. Estado de conyugalidad No disponible en la base de datos del INEGI, para el caso de los progenitores.	
Soltera	Unión libre	Casada									
Separada	Divorciada	Viuda									
No especificado											
5. Escolaridad <table border="1"> <tr> <td>Sin escolaridad</td> <td>Secundaria o equivalente</td> </tr> <tr> <td>Primaria incompleta</td> <td>Otra</td> </tr> </table>	Sin escolaridad	Secundaria o equivalente	Primaria incompleta	Otra	5. Escolaridad <table border="1"> <tr> <td>Sin escolaridad</td> <td>Secundaria o equivalente</td> <td>Otra</td> </tr> <tr> <td>Primaria incompleta</td> <td>Preparatoria o equivalente</td> <td>No especificado</td> </tr> </table>	Sin escolaridad	Secundaria o equivalente	Otra	Primaria incompleta	Preparatoria o equivalente	No especificado
Sin escolaridad	Secundaria o equivalente										
Primaria incompleta	Otra										
Sin escolaridad	Secundaria o equivalente	Otra									
Primaria incompleta	Preparatoria o equivalente	No especificado									

Primaria completa	No especificado	Primaria completa	Profesional
<b>6. Ocupación</b>		<b>6. Ocupación</b>	
Con empleo	Sin empleo	Con empleo	Sin empleo

Con base en la información procesada, a través del programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), si el perfil de las chicas que habían encarado un parto --en el rango de 15 a 19 años de edad-- correspondía a la narrativa presentada en la campaña, aceptaríamos que se cumplía con uno de los elementos comunicativos de la emisión de mensajes, es decir, que deben estar dirigidos a la población objetivo.

Al respecto, se parte de la idea que una campaña emitida por instituciones gubernamentales o públicas, especialmente las referidas al campo de la salud, deberían cumplir con seis criterios comunicativos. Los primeros cuatro, tienen que ver con responsabilidades que atañen al emisor, veamos:

1) Que la construcción y diseño del mensaje cumpla con la mayoría de las once categorías que exige la comunicación efectiva para la salud (*Office of Disease Prevention and Health Promotion*, 2010), mismas que tienen que ver con: la exactitud, evidencia o fundamento, fiabilidad, consistencia, balance, competencia cultural, entendible, disponibilidad, alcance, repetición y, pertinencia temporal; 2) Informar, dar a conocer o proponer acciones o pautas de comportamiento deseables a la población objetivo, sobre el tema, problema o asunto que se pretende notificar; 3) Buscar, técnica, discursiva o narrativamente la más alta eficiencia y efectividad posible para comunicar aquello que se pretende hacer saber a grupos o personas específicas y, 4) Utilizar los medios, canales, tecnologías y pautas socio-temporales para impactar efectivamente en la mayoría de la población objetivo que requiere atención; que necesita ser advertida o notificada; o, que padece determinada problemática de salud.

Los dos restantes, que tienden e implican la construcción del puente comunicativo hacia los perceptores, corresponden a los siguientes dos criterios: 5) Que holísticamente el mensaje, en su multiplicidad oral, escrita, visual y/o interactiva esté construido para que la significación que se expresa en la población perceptora, mantenga o procure una dosis mínima de isomorfismo con el sentido e intención original que la instancia emisora pretende y, 6). Que la población objetivo o segmento perceptor a quienes va dirigida la campaña (o los mensajes), esté representada o mostrada discursivamente --de forma gráfico-visual, interactiva y situacional, socioeconómicamente hablando— para conseguir el mayor involucramiento, participación, concienciación o respuesta esperada.

## 4.2.3 Resultados

### 4.2.3.1 La Estrategia Nacional para Prevención del Embarazo Adolescentes

Después de revisar los documentos oficiales de la ENAPEA, reportados entre 2015 y 2018, así como las minutas de reuniones nacionales y estatales, se identificaron dos objetivos para el año 2030: 1) Reducir a la mitad la tasa de fecundidad en la población de 15 a 19 años y, 2) Erradicar el embarazo en niñas menores de 15 años.

Ha de tenerse en cuenta que, en general, la población objetivo de la ENAPEA sumaba en el año 2017, poco más de 22 millones de adolescentes, quienes tenían entre 10 y 19 años de edad. De ellas y ellos, prácticamente a partes iguales en mujeres y hombres, 11.2 millones estaban entre 10 y 14 años y, 10.7 millones más, se movían en el rango de 15 a 19 años. Poco más de 40 % de este segmento poblacional, vive en condiciones de pobreza; una tendencia que se desprende estructuralmente de lo que sucede en el resto del país.

Al inicio, la coordinación de la ENAPEA estuvo a cargo del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Luego pasó a manos del Consejo Nacional de Población (CONAPO). La estrategia estuvo basada en la colaboración interinstitucional, dando origen al Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA), integrado por 29 instituciones, desagregadas en 20 dependencias federales, cuatro organismos internacionales,<sup>63</sup> dos instituciones de educación superior y tres Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC).

La estrategia convocó a las 32 entidades del país, con el propósito de operar programas, acciones y campañas, a través de sus respectivos gobiernos e instituciones y, desde tales ámbitos, intentaban llegar a los 2,458 municipios. Para ello, se formaron 32 Grupos Estatales para la Prevención del Embarazo Adolescentes (GEPEA).

Como ha sucedido en otras problemáticas sociales que reclaman de una política pública y de acciones concretas, tanto el GIPEA como los 32 GEPEA son tan grandes que —aparte de constituirse en una estructura poco práctica— las responsabilidades específicas para atender este fenómeno social se difuminaron o diluyeron entre tantas manos que poco se puede saber sistemáticamente sobre avances tangibles, medibles y evaluables *ex ante, durante y ex post*.

<sup>63</sup> Dichas instituciones fueron: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), ONU Mujeres, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y, el Organismo Internacional de Juventud.

Está fuera del interés de este trabajo minimizar los esfuerzos realizados por la ENAPEA. Queda de manifiesto que se llevaron a cabo reuniones de trabajo, tanto a escala nacional, regional, estatal y en diversos municipios. Cierto es que se registraron esfuerzos emanados del complejo sistema de salud público mexicano,<sup>64</sup> básicamente consistentes en brindar atención a la población adolescente y juvenil sexualmente activa, a través de servicios gineco-obstétricos, de planificación familiar, atención a ITS, así como a cursos y talleres de capacitación.

Con base en el informe que el CONAPO y la Secretaría de Gobernación (SG) presentaron el 23 marzo de 2018, se sabe que únicamente ocho entidades estatales cumplieron con la información solicitada para nutrir los seis componentes estipulados en la ENAPEA. Informaron completa y oportunamente los estados de Campeche, Ciudad de México, Guanajuato, Hidalgo, Morelos, Nuevo León, Puebla y Yucatán. Otras diez entidades de la república enviaron su informe, pero no se apegaron a los lineamientos estipulados y, 14 entidades no enviaron la información acordada (Gobierno de la República, 2018).

Mediante la operación de instituciones nacionales se aportaron esfuerzos significativos para apoyar a la ENAPEA. El Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) diseñó y puso en marcha un sitio denominado *Familias y sexualidades. Prevención del embarazo en adolescentes*. Adicionalmente, dicha impartió capacitación a representantes de 25 entidades del país, para incorporar a los hombres en la prevención del embarazo adolescente (INMUJERES, 2018). La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) diseñaron y difundieron 14 videos para dar a conocer a jóvenes con acceso a internet, los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Después de tres años de operación de la ENAPEA (2015-2018), a través de reuniones nacionales, estatales, regionales, municipales; de programas focalizados; de campañas, *spots* tanto televisivos, radiofónicos, como en medios digitales; de la operación de portales especializados en distintas temáticas vinculadas al fenómeno del embarazo adolescente; de cursos en línea; relanzamientos de los 14 Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes; distribución de condones en distintos puntos del país; charlas, conferencias, pláticas en un

<sup>64</sup> En México, históricamente han existido instituciones de salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y otras más, dedicadas a brindar atención a la población que cuenta con seguridad social y, por otra parte, instituciones y programas que, con recursos federales y estatales, operados por la Secretaría de Salud del Gobierno de la República, tratan de proteger y de otorgar servicios médicos a la población que no cuenta con seguridad social y que mayoritariamente forma parte de la economía informal o simplemente que por distintas circunstancias no tiene acceso al sistema de salud nacional.

sinnúmero de sitios; capacitaciones a distintos grupos de población, incluidos jóvenes, docentes, personal de salud, personal directivo; encuentros en sitios públicos con grupos de padres y madres de familia, adolescentes y jóvenes --vedas electorales aparte-- los indicadores arrojaron lo siguiente:

I. Si bien se ofreció que la tasa de fecundidad adolescente, hacia el mes de diciembre de 2018, en el grupo de 15 a 19 años de edad, se reduciría a 63.1 (Gobierno de la República, 2015). El informe del GIPEA de 2018 reportó que dicha tasa «basada en estimaciones del CONAPO fue de 70.5 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes» (Gobierno de la República, 2018: 20).

Pese a todo lo realizado, es cierto que, de manera entusiasta, esperanzadora, diferencialmente colaborativa, pero también asistemática, arrítmica, irregular y no pocas ocasiones anárquicas, no se alcanzó la meta, pues estuvo siete puntos por debajo de lo esperado. Cuando de controlar el ejercicio de la sexualidad se trata, hay otro poder individual, colectivo, del propio deseo erótico-sexual y de sus incontrolables leyes, que se imponen y sobrepasan a las políticas públicas.

II. Se pasó por alto dar cuenta de los avances acerca del lacerante problema de la fecundidad en madres-niñas de 10 a 14 años de edad. Un compromiso que está llamado a ser erradicado en el año 2030. El informe de la ENAPEA evitó detenerse en este problema social mayúsculo, desde todos los puntos de vista ¿Cuánto se avanzó? ¿Cuánto se redujo? ¿Qué medidas preventivas se lograron aplicar y cuáles fueron los resultados? ¿Cuántos delitos de violación, estupro y abuso sexual se penalizaron y recibieron su castigo sus perpetradores? No existe una sola línea al respecto en el informe sumario de la ENAPEA.

III. Estuvo ausente una evaluación holística acerca de los resultados generados por la ENAPEA. Es decir: ¿A qué podemos atribuir que la tasa de fecundidad adolescentes de 15 a 19 disminuyó casi siete puntos? En principio, a todo cuanto se desplegó; pero cuál fue el peso específico de cada acción o programa. No se sabe. Ante ello, en las ciencias sociales en general y en la comunicación en particular, tenemos una gran oportunidad y desafío, a fin de contribuir con propuestas para arribar a un sistema de evaluación más claro, riguroso y metodológicamente construido.

IV. Con relación al grupo de madres adolescentes de 15 a 19 años de edad, que tuvieron nacimientos en ese rango de edad, el Gobierno de México, a través de la ENAPEA, ofreció bajar la tasa de 77 a 63. No era sencillo para un país tan complejo como el nuestro, pero los

políticos tienden a anunciar metas sobre aquello que sus asesores les aconsejan, sin comprender cabalmente las implicaciones de ello.

En suma, como todo proceso histórico-social, a la ENAPEA le precedieron, le acompañaron y le secundaron una serie de avances, reformas, leyes, movimientos sociales a escala nacional e internacional, programas y acciones propios de su materia. Certo es que también a la estrategia le antecedieron y acompañaron resistencias sociales procedentes de distintos grupos conservadores<sup>65</sup>, así como de gobiernos estatales y municipales; mismas que, cual país diverso y complejo, continuaron entretejiéndose durante el lapso que se mantuvo la ENAPEA.

#### **4.2.3.2 Narrativa de los dos spots**

Como parte de la campaña «Es tu vida, es tu futuro. ¡Hazlo Seguro!», en 2018 se transmitieron los últimos dos *spots* de la ENAPEA; uno para televisión y otro para radio. Los tópicos abordados fueron: el VIH, el herpes genital y el embarazo no intencional; solamente que dichos mensajes estuvieron dirigidos con mayor énfasis a los padres y madres de familia, mediante dos eslóganes: «¡Platica con tus adolescentes, sobre sexualidad! Evita embarazos no planeados», así como «Y tú ¿ya platicaste sobre sexualidad con tus hijos?». Como se ha comentado, dichos *spots* fueron seleccionados para desarrollar esta ponencia. Líneas más adelante se ofrecen más detalles.

Más allá de que no se lograron las metas anunciadas por el Gobierno de México, en la reducción de la natalidad del embarazo adolescente, lo que se esperaba es que la campaña mediática, focalizada a las madres y padres de familia, en la que también se implicaba a las y los adolescentes, cumpliera con los seis criterios comunicativos. A continuación, se presenta el cruce de este ejercicio analítico.

##### **4.2.3.2.1 Propuesta de conversación en las familias para la salud sexual y reproductiva en adolescentes**

El *spot* para televisión, con una duración de 30 segundos, estuvo inscrito dentro de la campaña «Es tu vida, es tu futuro ¡Hazlo seguro!». El guión literario estuvo dirigido a las

---

<sup>65</sup> Por ejemplo, grupos como el Comité Nacional Pro-vida, la Unión Nacional de Padres de Familia, El Consejo Mexicano de la Familia Frente Nacional, el Partido Encuentro Social (PES), el Partido Acción Nacional (PAN), entre otros actores.

madres y padres de familia, así como a los abuelos(as) y, en un segundo plano, pero no menos importante, a las y los adolescentes.

La narrativa, en el inicio o exposición del relato, plantea tres «situaciones típicas» de adolescentes escolarizados que viven en medios urbanos y que, llegan o recientemente estaban en su casa. El primero es un chico que arriba durante la tarde a la sala-estudio, donde están: su abuelo, quien realiza alguna actividad frente a una computadora laptop y, su abuela, quien lee un libro. La segunda chica que, pasado un poco el mediodía ha retorna de clases, se ha colocado en una esquina de la cocina, mientras su papá prepara o calienta algo frente a la estufa. La tercera escena inicial, incluye a un chico de apariencia estudiantil que ingresa a la alcoba de su madre, mientras ella está revisando un documento que, al parecer, tiene que ver con algún servicio que hay que pagar, en tanto sostiene una libreta en la que hace algunos cálculos económicos.

El nudo, micro-desarrollo o exposición del conflicto narrativo se cumple cuando cada personaje notifica la situación en la que se halla. El primer chaval informa a sus abuelos que será papá; la adolescente notifica a su papá que está embarazada y, el otro joven imberbe avisa a su madre, con diagnóstico en mano, que tiene VIH. Como parte consustancial al nudo narrativo, en el *spot* se hace uso del primer plano, del plano medio y, para el caso del VIH, se adiciona el contraplano y el *close up*, debido a que estos dos últimos, operan mejor para la transmisión de emociones.

Desde luego, en tanto el *spot* televisivo (también el radiofónico) va dirigido a madres y padres de familia, a base de primeros planos y de *close up*, y de movimientos de cámara, comunica a los espectadores el asombro, la commoción y la tristeza que provocan estas noticias en los respectivos parientes. Para cerrar la alteración narrativa que conlleva el conflicto o nudo, mediante el recurso de la voz en *off*, en el *spot* se inquierte a la audiencia adulta si esa es la plática que quieren tener las madres o los padres de familia con sus hijas o hijos adolescentes.

El foco resolutivo para deshacer o evitar el conflicto narrativo, descansó sobre la idea de que el diálogo entre madres, padres y sus respectivas hijas e hijos, constituyen la pauta o sendero para impedir que tales sucesos ocurran, es decir, embarazos no intencionales, ITS y, desde luego, entre estas últimas, el VIH.

En el caso del *spot* para radio, el mensaje fue básicamente el mismo, solamente que, por un lado, se modificó la secuencia, colocando en primer lugar a la chica adolescente que notifica a su padre que está embarazada, seguida del chico que anuncia que próximamente será papá; por otro, se agregó la ITS del herpes genital, informado por una estudiante que le hace saber a

su profesora que sospecha haber contraído dicha ITS y, por último, la notificación de un hijo adolescente que comunica a su madre que vive con VIH. Como desenlace, una voz femenina en *off*, insta a madres y padres a hablar con sus hijas e hijos sobre sexualidad.

Al final del mensaje radiofónico, se invita a la audiencia a consultar información en «Cómo le hago», un sitio oficial sobre tópicos de salud sexual y reproductiva, focalizado amigablemente hacia adolescentes y jóvenes. La dirección del sitio es: <https://comolehago.org>. En atención a las similitudes que tienen ambos *spots*, haré énfasis sobre el anuncio televisivo de esta campaña.

En el *spot*, se emplean escenas cotidianas; dos al filo del mediodía y la tercera al caer la tarde-noche, mismas que se desarrollan, respectivamente para cada problemática, en la sala, en la cocina y, en la alcoba materna. En cada caso, son los chicos quienes manifiestan la necesidad de hablar para comunicar una noticia que, comprenden, tendrá implicaciones en su salud sexual, reproductiva y para su respectiva familia.

La postproducción empleó como recurso para transmitir el impacto emocional de los nudos o problemas enunciados, el manejo de sonidos que connotaran tensión y, para subrayar la solución (el diálogo familiar) musicalizó con sonidos abrillantados y alegres, modificando la ritmidad de la batería. El remate del *spot* retoma el nombre de la campaña, expresando: «Es tu vida, es tu futuro ¡Hazlo seguro!». Finalmente, se identifica a las instituciones emisoras del mensaje: CONAPO y la Secretaría de Gobernación.

En el *spot* televisivo, los escenarios seleccionados --sala, cocina y alcoba--, por sus dimensiones, calidad de la construcción, acabados en pisos y muros, tipo de mobiliario, accesorios y la vestimenta de los personajes, denotan y connotan que se trata de adolescentes y familias de clase social media y, en algunos casos, se podría considerar que el nivel socioeconómico correspondería al medio-superior. Ello también está acentuado por la iluminación apreciada en cada espacio escénico. El rango etario de la chica y de los dos chicos, podría moverse entre 14 y 16 años.

#### **4.2.3.3 Análisis**

Ambos *spots*, como parte de la campaña de prevención y reducción tanto del embarazo, de la natalidad en adolescentes, como de las ITS específicas como el VIH y el herpes genital, tendrían que dirigirse expresamente al nicho de audiencia más afectada por cada problemática. Es decir, estas campañas tendrían que ser diseñadas discursiva y visualmente

para dar cuenta de que, entre otros aspectos, se intenta aplicar el principio que busca el Mayor Involucramiento de Personas Afectadas, conocido como GIPA, por sus siglas en inglés (UNAIDS, 2007).<sup>66</sup> ¿Se cumplió con tal propósito o función comunicativa? Hagamos un breve contraste.

En los *spots* analizados, tanto para televisión como para radio, así como para un incalculable impacto a través de redes sociales como *Facebook*, *YouTube*, *Whatsapp* y distintos medios digitales que habitan en la red de redes, narrativamente, los *spots* dirigidos a madres y padres de familia, estuvieron circunscritos a familias de los medios urbanos, de clase media, cuya estructura familiar podría connotar:

I) A los y las adolescentes que podrían estar temporalmente, o en una parte del día, a cargo de sus respectivos abuelos. Desde tal condición, se representa la inminente paternidad temprana de un chico adolescente. La polisemia nos lleva a senderos en los que habría cabida para un adolescente que ha perdido a sus progenitores; o que está a cargo de ellos, tras la separación o el divorcio; o que son las personas en las que más confía y, no en su padre o en su madre; o bien, que está de vacaciones con sus abuelos y, otros más etcéteras.

II) A la hija adolescente escolarizada que, posiblemente viva en un hogar conyugal-nuclear o, monoparental de cabeza masculina, quien notifica a su padre sobre su embarazo y,

III) Al hijo adolescente escolarizado, con posible hogar conyugal nuclear, o bien monoparental de cabeza femenina, quien informa a su madre que acaba de enterarse, mediante prueba clínica, que vive con VIH. Como se ha comentado, diferencialmente, en el *spot* para medio radiofónico, se agrega a una profesora, a la que una estudiante le informa que posiblemente ha adquirido herpes genital.

Tanto los jóvenes como las chicas parece que asisten a la escuela; está claro que forman parte de una clase social media --cierto es que en radio no se puede inferir claramente-- y sus edades, guiados por la apariencia física, bordean entre 14 y 16 años de edad.

¿La narrativa de estos mensajes corresponden o se conectan directamente con el perfil sociodemográfico y educativo observado en el embarazo adolescente en México? ¿Los grupos clave que en México viven con VIH corresponden al perfil presentado en el *spot* televisivo? ¿Las familias a las que se interpela para instarles a que conversen con sus hijas e hijos sobre

---

<sup>66</sup> En los países de habla hispana, dicho principio se conoce mediante el acrónico MIPA, que corresponde a Mayor Involucramiento de Personas Afectadas. Surgió en 1994, durante la cumbre de SIDA en París.

sexualidad en general y sobre el embarazo no intencional u otras ITS, representan a la mayoría de las familias que podrían encarar, a través de sus hijas e hijos, este tipo de problemáticas de salud? Veamos.

#### **4.2.3.3.1 La natalidad específica en madres y padres adolescentes**

Para llevar a cabo este análisis, en torno al posible impacto favorable y significación polisémica de los mensajes emitidos por el CONAPO, me apoyé en el procesamiento que efectué para obtener el perfil sociodemográfico que tienen las madres adolescentes y los correspondientes progenitores que han tenido hijos(as) en este segmento, siempre que tengan entre 15 y 19 años de edad. El resultado fue el siguiente:

Los nacimientos reportados en madres adolescentes que tienen entre 15 y 19 años de edad, representan 97.5 % del total, en el grupo de 10 a 19 años. El restante 2.5 % se registró en niñas-madres de 10 a 14 años. Consecuentemente, los *spots* debieron estar dirigidos al grupo etario de 15 a 19 años. Así fue, solamente que con algunas imprecisiones o tratamientos un tanto sesgados.

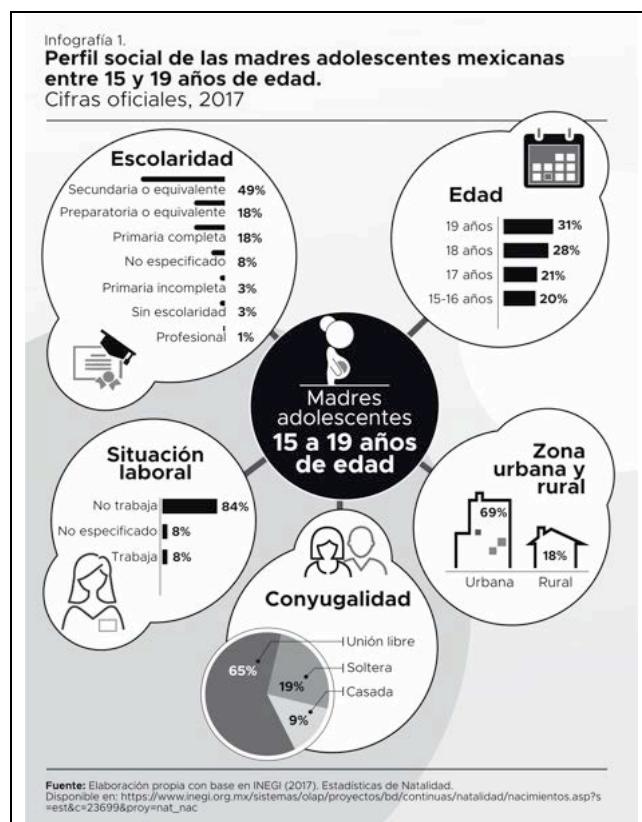
Ocho de cada diez madres adolescentes, que forman parte de este grupo de 15 a 19 años, habían cumplido entre 17 y 19 años de edad cuando tuvieron hijos e hijas. Consecuentemente, la campaña estuvo parcialmente fuera del rango de quienes mayoritariamente encaran tanto el embarazo como la natalidad durante esta última parte de su adolescencia. Las chicas de 15 a 16 años, apenas representaban 20 % de los casos en México. En la campaña de prevención, esperaríamos la representación de chicas que tuviesen entre 17 y 19 años de edad, con el propósito de impactar al mayor número de casos, a través de los distintos medios de comunicación.

Todavía más. Si hemos de atenernos a la mayor frecuencia de adolescentes que experimentaron embarazo-parto, tendríamos que admitir que el mayor número de casos fue entre los 18 y 19 años de edad, pues los nacimientos ocurrieron mayoritariamente cuando ellas habían cumplido 19 años.

#### **4.2.3.3.2 Escolaridad y grupos etarios**

Ahora vamos a la escolaridad. Si la mayoría de las mujeres están entre 17 y 19 años de edad, se espera que al menos una proporción aceptable o tendencial, haya concluido sus estudios de

secundaria general o técnica, o tanto mejor, que estén cerrando el nivel medio superior, es decir, preparatoria o equivalente. En el *spot* televisivo, la chica que anuncia a su padre que está embarazada quizá connota que cursa sus estudios de secundaria. Si bien prácticamente la mitad de las madres adolescentes reportan estudios en dicho nivel, al tener entre 17 y 19 años, queda de manifiesto que 80 % de ellas tienen rezago educativo. Es decir, la campaña cumplió parcialmente con la escolaridad, en prácticamente 50 % de los casos, pero descoyuntó la edad tendencial para dicho nivel educativo. Ver la siguiente infografía.



Si los *spots* de la campaña se hubiesen dirigido a la población objetivo, entonces las representaciones sociales tendrían que haber connotado a las adolescentes con rezago escolar, dentro del sistema educativo formal mexicano.

#### 4.2.3.3.3 Natalidad adolescente en medios urbanos, rurales o indígenas

Se observa que prácticamente 70 % de los casos de natalidad específica en madres adolescentes se concentra en zonas urbanas. Así está el país, desde que comenzó el éxodo

campo-ciudad, a partir de los años 40, hablando del siglo pasado. Sin embargo, ello no exime de que los *spots* hubiesen intentado una breve alusión a las y los adolescentes que radican en medios rurales e indígenas.

Ninguno de los *spots* presentó o connotó que las adolescentes en situación de embarazo no intencional, o con alguna ITS, procediera de medios rurales o de comunidades indígenas. La focalización de los mensajes hacia la población urbana fue acertada, en tanto más de dos tercios radican en este tipo de localidades; como sucede en el resto de México. Sin embargo, ha de tenerse en cuenta que se excluyó una parte de la población a la que debió informarse; constituida por adolescentes que viven en medios rurales o que pertenecen a comunidades indígenas.

#### **4.2.3.3.4 Natalidad adolescente y estados de conyugalidad**

En la actualidad, ante un embarazo no intencional, lo que poco se espera es que sobrevenga el matrimonio civil; especialmente debido a que se trata de un suceso que usualmente cambia el curso de vida en cada chica y su respectiva pareja; más aún cuando se sabe que durante los últimos años han crecido las uniones consensuales o las uniones libres (Ariza y De Oliveira, 2004; Beck y Beck; 1998; Roudinesco, 2006). En parte, es lo que explica que 65 % de los casos de madres adolescentes registradas durante 2017, vivían en unión libre y que, todavía más, casi 20 % de las adolescentes con hijos(as) se adscriban a la condición civil de la soltería. Al tratarse de un *spot* centrado en la noticia o nudo, es comprensible que en el primer aviso o puesta en común, los 30 segundos no alcancen para proyectar qué ocurrirá con respecto a la conyugalidad de los chicos implicados.

#### **4.2.3.3.5 Maternidad adolescente y desempleo**

La situación laboral, dada la edad de las madres adolescentes, no se clarificó expresamente en la narrativa de los mensajes. Se puede inferir, por la edad de los chicos y de la chica representada en el anuncio televisivo, que carecen de empleo, en tanto están dedicados a sus estudios o, si forzamos un poco, que están al inicio del nivel medio superior. Baste hacer notar que, con base en las tendencias estadísticas, ocho de cada diez madres adolescentes no cuentan con empleo, dada también su situación etaria y de escolaridad. Revisar misma infografía superior.

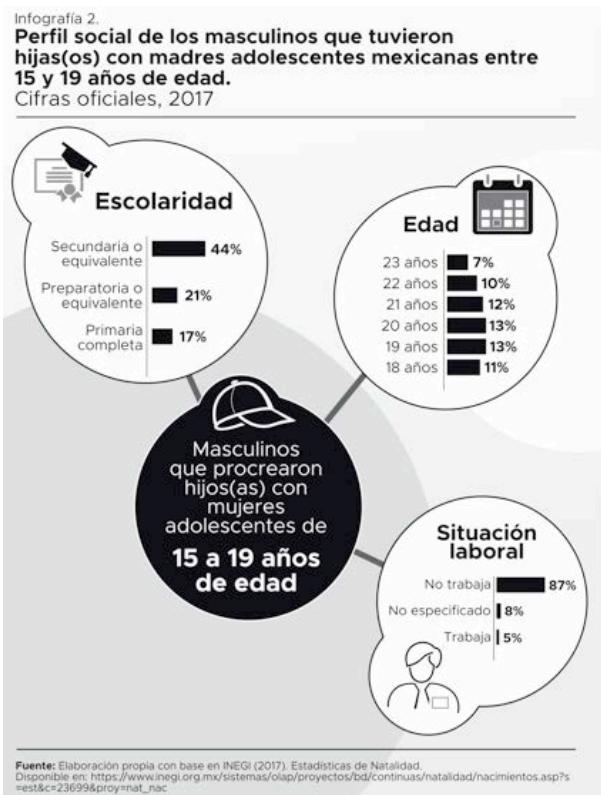
#### **4.2.3.4 El embarazo adolescente, un asunto de masculinos**

La perspectiva de género exige que, al menos inicialmente, se ponga de relieve lo que sucede con los masculinos implicados en un fenómeno social. En este caso, con el embarazo adolescente ¿Qué perfil sociodemográfico tienen los hombres que están relacionados con el embarazo adolescente en México? Ahora veamos los siguientes indicadores, correspondientes al mismo año 2017.

Mientras las madres adolescentes apenas reportaron estudios de secundaria, nivel medio superior y/o rezago en sus respectivos estudios, más de 60 % de ellos –que por cierto ya no son adolescentes—poseen estudios de primaria incompleta o bien apenas concluyeron los cursos de secundaria. Ver siguiente Infografía 2.

Por si fuese poco, al menos la mitad de los padres que tuvieron hijos con chicas adolescentes eran mayores de edad y, desde luego, en algunos casos, tenían varios años más que sus parejas. Para ser más claros, la mitad de los casos tenían 21 años o más, cuando sus vástagos nacieron. Uno de cada dos progenitores, claramente, era mayor de edad cuando embarazó a una chica que era menor de edad.

Comencemos por la situación etaria, puesto que al menos constituye un punto de partida biológico-social, si bien no es el único. Si las adolescentes se embarazan, supongamos que casi a partes iguales, cuando cumplen entre 18 y 19 años de edad, los tipos con quienes gestan, tienen entre 19 y 23 años de edad y ellos acumulan 80 % de los casos en ese rango. Circula el imaginario social de que los y las adolescentes se embarazan entre sí. Me parece que, por razones históricosociales y culturales, no es del todo exacto.



Para atender y resolver el día a día que implica un proceso de embarazo, parto, así como la crianza de una hija o vástago, se requieren de recursos económicos. Es cierto que a partir de lazos afectivos familiares o intrafamiliares y, desde luego, de la solidaridad procedente de redes sociales se pueden atemperar situaciones críticas de la más diversa índole. Lo que no es menos cierto es que cuando nueve de cada diez padres que procrearon con madres adolescentes carecen de empleo (debido a su nivel de escolaridad y condición etaria), se explica por sí mismo dicho perfil y consecuente el drama cotidiano que sobreviene. He aquí los datos empíricos que evidencian por qué, en la mayoría de los casos, un embarazo adolescente se reproduce más fácilmente el círculo de pobreza, tanto en México como en otros países.

En este aspecto, lo que llama la atención en el *spot* televisivo es que no se le dio visibilidad a la mayoría de los progenitores que fecundan con madres adolescentes. Se trata de un adolescente que apenas bordea los 14 y 16 años. Suponiendo mecanismos polisémicos, es inevitable que un segmento de las audiencias crea que la mayoría de los embarazos adolescentes no intencionales están ocurriendo dentro del mismo grupo de mujeres y hombres adolescentes; especialmente cuando observa en el *spot* que un chico avisa a sus abuelos sobre su inminente paternidad y que enseguida, una chica notifica a su padre que va está

embarazada. La narrativa se condujo en ese sendero sociológico, pero la evidencia empírica demuestra que es insostenible dicha narrativa.

#### 4.2.4 Conclusiones

La ENAPEA desplegó una gran cantidad de sesiones de trabajo de coordinación o de concertación a lo largo y ancho del país, de actividades, programas y, desde luego, de iniciativas tendientes a reducir el embarazo adolescente. Aquello que diluyó su alcance y resultados *ex ante, durante y ex post*, fue la carencia de sistematicidad para medir y evaluar el impacto de sus propias acciones a lo largo de casi tres años de operación.

Cierto es que los dos *spots* plantean la necesidad de conversar, es decir, señalan pautas o acciones para atemperar o evitar el problema o nudo que se exhibe en el anuncio. Hasta ahí, bien. El tiempo apremia y, no es posible reconocer que, para conversar, primero, se necesitan al menos dos en plena o parcial disposición y estado de ánimo; segundo, que no por el hecho de habernos convertido en madres o padres, tal condición nos aporta los nutrientes ni las competencias comunicativas para enrumbar el diálogo con los demás y quizás más difícil si de nuestros hijos o hijas se trata. Que dialogar siempre es complejo, exigente e incierto el paraje al que podríamos llegar.

En términos de comunicación efectiva para la salud, los dos *spots* cumplieron con los criterios de disponibilidad, alcance, repetición y pertinencia temporal, al transmitir los mensajes a través tanto de medios convencionales como digitales y redes sociales. La eficiencia y efectividad, trató de alcanzarse.

Los dos *spots*, más allá de sus reconocidos logros técnicos y narrativos, estuvieron alejados de la exactitud, la evidencia o fundamento, fiabilidad, consistencia, balance y, en menor medida, respecto a la competencia cultural y el alcance. Dejaron fuera al grupo de mayor impacto etario; descoyuntaron la condición de escolaridad de la edad, también la situación laboral y, dejaron fuera la conyugalidad a la que pertenecen las madres adolescentes, así como a los masculinos que participan en el embarazo adolescente.

Por lo que toca a la campaña, estuvo enfocada a la clase social media y media alta, afincada en zonas urbanas; quienes difícilmente experimentan rezago escolar en los estudios de secundaria y nivel medio superior. Por ende, los anuncios, especialmente el televisivo y, en

segundo plano el radiofónico, estuvieron parcial o totalmente fuera de foco, respecto al nicho demográfico al que debieron dirigirse.

Esta parte de la campaña, a mi entender, incumplió con los criterios comunicativos que se esperan –desde el ámbito de las políticas públicas-- para tratar de llegar a la mayoría de las personas más afectadas (MIPA) por una problemática social como es la natalidad adolescente.

El anuncio televisivo puso de manifiesto que en la manufactura (guión) y postproducción del *spot*, predominó la visión troquelada por la clase social a la que pertenecen tanto los productores, así como las instancias gubernamentales que aprobaron dicho anuncio de prevención social. Intentaron, desde su visión pragmática, atender un asunto cuyas causas se inscriben más en su ideología de clase social que en la problemática del embarazo adolescente en México, desde hace varias décadas.

Los grupos etarios, el nivel educativo, las condiciones laborales y la situación conyugal, en ese orden, fueron tratados marginalmente en los *spots* de prevención del embarazo adolescente y de otras ITS, pero la campaña cumplió políticamente (aunque no socialmente) con su cometido institucional.

Por lo que respecta al VIH y al sida, los grupos clave<sup>67</sup> que viven con este virus y con la situación de entrar o no a fase sida, en realidad a los jóvenes escolarizados –si bien hay que promover el ejercicio de tener sexo seguro, realmente entre la población juvenil y escolarizada, está a razón de uno por cada mil chicos, en dicha condición. Quizá si el joven que aparece en el *spot* hubiese sido personificado como integrante de los Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), a fin de connotar o sugerir que se trataba de un integrante de ese grupo clave, habría cumplido con su propósito comunicacional.

El dilema ético al que se enfrentaron en el CONAPO, en la Secretaría de Gobernación, así como en el Gobierno de México, estuvo focalizado en cómo intentaban comunicar un problema ligado a una política social como el embarazo adolescente, que realmente atañe más a clases sociales media bajas y pobres, que, a ellas mismas, pero que sirven para recircular preocupaciones tanto del control de la sexualidad como de la reproducción durante la adolescencia.

---

<sup>67</sup> Los tres grupos clave de mayor prevalencia en México, para VIH y sida son, en orden son: Hombres Trabajadores Sexuales (HTS), Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSM) y, Mujeres Transexuales (MT). Por ende, tampoco los anuncios guardaron correlación directa con lo expuesto.

En menos palabras, prefirieron comunicarse con su propia clase social, en detrimento de enviar un mensaje al grueso de la población que, sin formar parte de ellos y ellas, en realidad vive el problema del embarazo, la gestación y la crianza de madres y padres adolescentes. Como diría Karl Marx, la clase social reflejará lo que hacemos en la vida social.

Queda a la zaga el diseño de *spots* y campañas que se desprendan de datos confiables, de evidencias empíricas y narrativas que brinden elementos argumentativos para construir guiones fundamentados, confiables y pertinentes temporalmente a la problemáticas y grupos sociales a los que se dirigen.

## REFERENCIAS

Ariza, M. y De Oliveira, O. (2004). *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*. México: UNAM.

Beck, U. y Beck, E. (1998). *El normal caos del amor. Las nuevas formas de la relación amorosa*. Barcelona: Paidós Contextos / El Roude.

CONAPO (2018), *Informes Estatales. Encuentro Nacional de Grupos Estatales para la Prevención del Embarazo Adolescente*. México: CONAPO.  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/321451/Plenaria\\_Informes\\_estatales.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/321451/Plenaria_Informes_estatales.pdf)

Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social (2017). Informe de las actividades realizadas en el Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2017. México: CEMyBS.  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/323894/EDOMEX\\_Informe\\_GEPEA\\_2017.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/323894/EDOMEX_Informe_GEPEA_2017.pdf)

Gobierno de la República (2015). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA\\_0215.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA_0215.pdf)

Gobierno de la República (2016). Informe 2016. Estrategia Nacional para la Prevención del embarazo Adolescente. México: CONAPO.  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/204556/Informe\\_Ejecutivo\\_del\\_GIPEA\\_2016\\_27032017\\_Version\\_Final.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/204556/Informe_Ejecutivo_del_GIPEA_2016_27032017_Version_Final.pdf)

Gobierno de la República (2017). Informe 2017. Estrategia Nacional para la Prevención del embarazo Adolescente. México: CONAPO.

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/309108/InformeEjecutivo2017.pdf>

Gobierno de la República (2018), Informe 2018. Estrategia Nacional para la Prevención del embarazo Adolescente. México: CONAPO.

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/417443/Informe\\_Ejecutivo\\_GIPEA\\_2018.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/417443/Informe_Ejecutivo_GIPEA_2018.pdf)

INEGI (2017). Estadísticas Natalidad. México: INEGI.

[https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/natalidad/nacimientos.asp?s=est&c=23699&proy=nat\\_nac](https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/natalidad/nacimientos.asp?s=est&c=23699&proy=nat_nac)

Instituto Nacional de las Mujeres (2018). Familias y sexualidades. Prevención del embarazo en adolescentes. México: INMUJERES.

<http://familiasysexualidades.inmujeres.gob.mx/index.html>.

Instituto Nacional de las Mujeres (2018). Manual de capacitación para la incorporación de los hombres en la prevención del embarazo en adolescentes desde la perspectiva de género. México: INMUJERES. [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101303.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101303.pdf)

Office of Disease Prevention and Health Promotion (2010). Use communication strategically to improve health, in 11 Health Communication. Healthy People. Department of Health and Human Services: USA.

<http://www.healthypeople.gov/2010/Document/pdf/Volume1/11HealthCom.pdf>

OPS (2016). Acelerar el progreso. Hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Washington, D.C., EEUU. OPS, OMS, UNFPA, UNICEF. [https://www.unicef.org/panama/spanish/EmbarazoAdolescente\\_ESP\(1\).pdf](https://www.unicef.org/panama/spanish/EmbarazoAdolescente_ESP(1).pdf)

Roudinesco, É. (2006). *La familia en desorden*. México: Fondo de Cultura Económica.

UNAIDS (2007). The Greater Involvement of People Living with HIV GIPA. Suiza: UNAIDS.

[http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/2007\\_The\\_Greater\\_Involvement\\_of\\_People\\_Living\\_with\\_HIVI\\_GIPA.pdf](http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/2007_The_Greater_Involvement_of_People_Living_with_HIVI_GIPA.pdf)

## **AGRADECIMIENTOS**

Este artículo ha sido posible gracias al apoyo profesional de Sandra Lorena Padilla García, a quien le reconozco su paciencia y meticulosidad para hallar y procesar información, a fin de generar indicadores con respecto a este tema. También a David Arriaga, por su notable paciencia, creatividad y disposición, ya que hizo posible la representación sintética de diversos indicadores que incluí en este trabajo. Desde luego, a mi colega Antonio Quintero Zamora, en tanto siempre está cerca para auxiliarme en todo aquello que necesito estadísticamente para explorar otros ángulos de mis pesquisas. A mi colaboradora profesional más estratégica, Iliana Guadarrama Varón, quien me crea las condiciones idóneas para realizar este tipo de ejercicios de investigación, gracias Iliana.

### **4.3. Acciones transdisciplinarias comunitarias de comunicación para la salud en Baja California.<sup>68</sup>**

**M. Elena Zermeño Espinosa**

Universidad Autónoma de Baja California, México

[maelena@uabc.edu.mx](mailto:maelena@uabc.edu.mx)

**Elsa del Carmen Villegas Morán**

México, Universidad Autónoma de Baja California, México

[elsahermanito@yahoo.com](mailto:elsahermanito@yahoo.com)

**Jorge Alejandro Martínez Partida**

México, Universidad Autónoma de Baja California, México

[alejandromtz@uabc.edu.mx](mailto:alejandromtz@uabc.edu.mx)

**Resumen.** Se describen experiencias transdisciplinarias comunitarias de comunicación para la salud derivadas de la investigación-acción con participación de docentes, estudiantes de diversas disciplinas y diferentes unidades académicas, así como de la población atendida, mismas que tienen como propósito promover la salud y prevenir la rickettsiosis, enfermedad declarada en el 2015 como emergencia epidemiológica en México, destacando en número de enfermos y muertes la capital de Baja California; de ahí que esta investigación cualitativa reporte las principales acciones emprendidas por universitarios de Ciencias de la Comunicación (LCC), Ciencias de la Educación (LCE), Psicología (LP) y Ciencias Veterinarias (MVZ); con la inclusión de niños, jóvenes y adultos de colonias en riesgo; quienes han implementado grupos focales, talleres, conferencias, teatro guiñol, spots en video o audio y otras formas simbólicas que promueven el cuidado de sus familias, de la mascota, la fumigación contra garrapatas en el hogar y actuar coordinados con los vecinos, con la Secretaría de Salud del Gobierno de Baja California y otras instituciones sociales; beneficiando con este modelo dialógico a más de 4413 pobladores en esta frontera norte de México, del 2011 a principios de mayo de 2016.

**Palabras clave:** comunicación para la salud; participación comunitaria; transdisciplina. rickettsiosis.

<sup>68</sup> Este artículo fue presentado y publicado en las Memorias del XIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIC), Colonia Santa Fe Cuajimalpa Ciudad de México, 2016.

## Introducción

El presente texto concibe la comunicación como un proceso de interacción, de re-conocimiento del otro, mediante el intercambio de sentidos y significados compartidos que permitan la coordinación de acciones para la creación de nuevas posibilidades transformadoras.

En cuanto a salud se refiere, dicha interacción, re-conocimiento y complementariedad son vitales, por lo que esta investigación-acción tiene como propósito fortalecer los procesos de

interacción entre el área médica y los pobladores, de manera que se promueva la salud y se prevenga la rickettsiosis; mediante la Comunicación para la Salud (CS), vertiente de las Ciencias de la Comunicación, que se lleva a cabo en forma integradora tanto en Brasil como en México, desde hace treinta años y es entendida por Baena y Montero (1989:11) como el "manejo de los recursos didácticos de apoyo, el proceso, los métodos, las técnicas y, por supuesto, los medios de comunicación", dándole énfasis a la intervención comunitaria.



Fuente: Google-INEGI (2017).

pertenece a su capital, Mexicali, ubicada en las coordenadas 32° 39' 48" de latitud norte; donde sobreviven temperaturas de hasta de 50°C en verano, situación que propicia enfermedades endémicas como la mencionada rickettsiosis.

La rickettsiosis es ocasionada por la bacteria *Rickettsia rickettsii*, transmitida por la mordedura de la garrapata a los humanos y de no atenderse a tiempo puede ser mortal; ya que afecta al cerebro, piel, corazón, pulmón, riñón, músculos y sistema gastrointestinal. Está presente en 28 Estados mexicanos y en al menos 7 países americanos: EE.UU., Canadá, Costa Rica, Panamá, Colombia, Argentina y Brasil; de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OPS, OMS; 2004).

Específicamente en Mexicali resurgió la rickettsiosis durante el 2009, junto con la pandemia del H1N1, lo que anuló una adecuada intervención gubernamental, ya que mundialmente

estaban enfocados en la influenza, mientras que en una zona marginada de esta capital morían "súbitamente" varios vecinos (niños, jóvenes y adultos) sin explicación alguna.

Al conocer tales acontecimientos, el Dr. Luis Tinoco del Instituto de Investigaciones en Ciencias Veterinarias (IICV) de la UABC, estudió el fenómeno y descubrió que la bacteria rickettsia era la causante de dichas muertes.

Si bien, la Secretaría de Salud de Baja California (SSA BC) finalmente puso atención a esta problemática, lo hizo obligada por la misma población que había interpuesto denuncias en los medios masivos de comunicación; y desde entonces esta Secretaría ha tomado decisiones certeras, pero también erráticas con respecto a los comunicados, distribución del recurso económico y forma de aplicar los fumigantes.

Por lo anterior, esta intervención se sustentó en el Modelo denominado "Estrategias Comunitarias de Comunicación para la Salud (ECCOS)" de la Dra. Zermeño (2012), quien en el 2011 se coordinó con el Instituto de Investigaciones en Ciencias Veterinarias (IICV) y la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Autónoma de Baja California; así como en el 2013 con la SSA BC.

ECCOS promueve una adecuada capacitación en cascada y participación activa de todos los involucrados, fomentando su salud integral con acciones básicas de higiene personal, cuidados en la familia, del hogar y de la mascota (esto último en prevención de rickettsiosis).

Por ello, a continuación se presentan aspectos metodológicos y experiencias transdisciplinarias comunitarias en torno a las estrategias de comunicación para la salud para prevenir rickettsiosis, emprendidas por docentes y alumnos de la UABC, así como la participación activa de niños, jóvenes y adultos de distintos niveles educativos, en el periodo comprendido del 2011 al 2018.

#### **4.3.1 Marco conceptual**

Por esta intervención se entiende la Comunicación para la salud como el proceso que busca: La interacción directa entre los diferentes sectores, instituciones e integrantes que conforman la sociedad; vinculados con distintas disciplinas que aportan a la salud integral de las personas, con objeto de facilitar la construcción de sentidos favorables para su salud, en forma transdisciplinaria y con participación activa, considerando sus contextos socioculturales e históricos (Zermeño, 2012).

Siguiendo a Morin (2001), la transdisciplina es la reunión de diferentes disciplinas, con el fin de lograr el intercambio, ir "más allá", buscar no sólo la cooperación, articulación y objeto común, sino un proyecto común.

Durante las intervenciones comunitarias con ECCOS se promueve el diálogo entre los participantes, sin descuidar sus mediaciones individuales e institucionales, mismas "que articulan las prácticas de comunicación con las dinámicas culturales y los movimientos sociales" (Martin Barbero, 2004); ya que "la comunicación se nos turnó cuestión de *mediaciones* más que de medios, cuestión de *cultura* y, por tanto, no sólo de conocimientos sino de re-conocimiento" (Ibid, 1998). De ahí que, las mediaciones comunicativas implican:

**SOCIALIDAD:** Dimensión interpersonal y colectiva... que se inspira y orienta en otras rationalidades, como la de los afectos... pone en la escena de lo cotidiano diferentes actores sociales en su lucha por sobrevivir, relacionarse y mantener su identidad.

**RITUALIDAD:** Dosis de mecanismo, de mera repetición, creatividad y reflexión. Con la ritualidad de las prácticas sociales se hace posible, operativamente, la expresión de los nuevos sentidos producidos por los sujetos sociales.

**TECNICIDAD:** Rebasa lo meramente instrumental, es parte consustancial de los procesos y la condición para el diseño de nuevas prácticas sociales. Sin competencias perceptivas no es posible la transformación de las prácticas (Martin-Barbero, 1990, 2004).

Así, enfatiza Guillermo Orozco (2001), el elemento fundamental a fortalecer es el diálogo, como auténtico proceso de producción de sentidos y significados, hacia la construcción de un nuevo producto comunicativo que dista del sentido otorgado al mensaje original y que ahora está permeado con las diferentes mediaciones de los interlocutores y la situación particular en la que se produjo.

De ahí que, el modelo ECCOS consista en habilitar a los participantes en la elaboración de estrategias comunicativas en torno a su salud integral, a partir de capacitaciones en cascada, donde se considera:

La caracterización del perfil sociocultural de la comunidad, con los indicadores de: salud, sociodemográficos, culturales, institucionales y comunicativos; así como la propuesta y fundamentación de las estrategias comunicativas que incorpora elementos de carácter interactivo-participativo, complementándose con los elementos divulgativos mediáticos, de

manera que permita el involucramiento de las instituciones sociales y la participación activa de los pobladores, mediante el diálogo (Zermeño, 2012).

### **4.3.2 Metodología**

Se partió de un enfoque cualitativo, con diseño no experimental, en diversas comunidades de Mexicali, Baja California; cuyos instrumentos de recolección de datos fueron cuestionarios, grupos focales y observación participante.

Los cuestionarios permitieron diagnosticar y evaluar el nivel de conocimiento de la enfermedad, su percepción de riesgo, acciones emprendidas para prevenirla y su disposición para participar en este trabajo de investigación-acción participativa (IAP); donde todos los involucrados propusieron, acordaron y ejecutaron sus estrategias para la prevención de rickettsiosis en su entorno. La observación participante permitió la triangulación de resultados y su interpretación.

Los grupos focales se integraron por padres de familia, líderes comunitarios, comités de vecinos y estudiantes universitarios, reflexionándose sobre lo que consideran estar saludables y cómo motivar a la población para que tomen acciones preventivas hacia el cuidado de su salud, qué estrategias seguir para compartirlo con sus familiares, amigos, vecinos u otros pobladores. Igualmente, evaluaron productos comunicativos elaborados por la UABC, la SSA BC u Hospital General, orientados hacia la prevención de rickettsiosis.

### **4.3.3 Experiencias con el modelo ECCOS**

#### **Primeros encuentros**

Ante el brote de rickettsiosis en Mexicali y el manejo inadecuado del gobierno -en el 2009-, el IICV conformó un consejo veterinario enfocado a la atención de este tema de salud pública, donde el Dr. Alejandro Martínez docente del IICV y entonces presidente del Colegio Estatal de Médicos Veterinarios de Baja California, A.C., por su doctorado en Desarrollo Rural reconoció la necesidad de "educar" a la población. Por ello, en febrero de 2011 el IICV se coordinó con la Facultad de Ciencias Humanas (FCH) de la UABC.

El equipo inicial de este Programa Universitario de Prevención de Rickettsiosis fue coordinado por dos médicos veterinarios del IICV y una comunicóloga de la FCH: Dr. Tinoco, Dr. Martínez y Dra. Zermeño; quienes crearon conjuntamente el programa y

concursaron en una convocatoria universitaria de servicio social; lográndose \$415 mil pesos para becas, trabajo de campo y otros rubros que permitieron integrar al menos a 70 estudiantes de ambas unidades académicas, aunado a "12 docentes de distintas profesiones: Medicina Veterinaria, Economía, Epidemiología, Ciencias de la Comunicación y de la Educación, Psicología, Sociología y Oceanología (Zermeño, et. al. 2012, p. 5)

Con el recurso humano y económico conseguido fue posible aplicar mil encuestas para conocer el perfil sociocultural de los pobladores de la primera colonia atendida; así como su nivel de información acerca de la enfermedad. Al mismo tiempo, se obtuvieron muestras de sangre y de garrapatas en las mascotas de los hogares encuestados para identificar la prevalencia de rickettsiosis.

Algunos resultados de la primera encuesta, aplicada casa por casa a las familias de las manzanas muestreadas, fueron que cerca del 81% de los hogares tienen al menos un perro y 67% de estas mascotas han padecido garrapatas, las cuales retiran manualmente para aplastarlas (62%), lo que representa un riesgo de contagio.

Considerando que las garrapatas se resguardan en cualquier hendidura y el piso de tierra es un buen escondite para éstas; se tornaba un peligro inminente que 46% de los perros vivieran en los patios de tierra y sólo el 77% los bañaran regularmente; aunque no necesariamente con garrapaticida. Más de la mitad de los encuestados (51%) reconoció no llevar a sus perros al veterinario, 68% estaban dispuestos a esterilizar su mascota; pero un 80% manifestó no contar con los recursos para realizarlo.

### **Participación activa**

Para involucrar a la comunidad atendida primero se realizó un acercamiento a su perfil sociocultural, entendido en el mismo tenor que Thompson (2006) y Bourdieu (2008) como el "proceso de producción, difusión e interpretación de formas simbólicas en torno a la salud, considerando su contexto, vivienda, escolaridad, servicios públicos, hábitos de consumo...instituciones involucradas, líderes de opinión y formas de comunicación, entre otros aspectos". (Zermeño, 2012).

Se encontró que tanto la primera colonia abordada, como las más de 10 posteriores a las que se acudió por presentar mayor incidencia en la enfermedad, cuentan con extensos terrenos sin pavimentar, incluso casas con pisos de tierra, poco respeto a su medio ambiente y a su salud, expresado en el desinterés de mantener limpio su entorno. Asimismo, prevalece un nivel

socioeconómico precario, se rodean de lotes baldíos convertidos en basureros que favorecen la reproducción de la garrapata.

En más del 80% de los pobladores en todas las comunidades abordadas predomina un nivel educativo básico; por lo que se tuvo que emplear un lenguaje y códigos sencillos de comprender al momento de capacitarlos sobre cómo prevenir esta enfermedad y desarrollar habilidades comunicativas que les permitieran compartir los aprendizajes en forma asertiva y con los conceptos correctos.

Entre algunas manifestaciones de formas simbólicas plasmadas por los colonos se observaron grafitis en zonas federales y un mural hecho por jóvenes con el retrato de su amigo que murió por rickettsiosis, justo en la zona de más alto riesgo.

La televisión y la radio fueron los dos principales medios de comunicación más frecuentados por los pobladores. A través de la tv se enteraron sobre la “rickettsia” el 81% de los encuestados; pero sólo el 38% sabía que la garrapata del perro era el vector que provoca la rickettsiosis.

En contraste, los volantes (29%) y las pláticas con los vecinos (23%) fueron las formas simbólicas mayormente reconocidas por los entrevistados como medios de información sobre los problemas de su comunidad.

Ante ese panorama y otros resultados obtenidos, en el 2011 se vio la pertinencia de capacitar a los alumnos de la Facultad de Ciencias Humanas (FCH) que participaban en este programa, con respecto a los tópicos de prevención de rickettsiosis y cuidado de la mascota por los doctores Tinoco, Martínez y Julio Mercado del IICV, así como en aspectos al desarrollo de estrategias comunicativas, educativas y comunitarias a cargo de las autoras de este documento, miembros del Cuerpo Académico Procesos de Comunicación en Organizaciones e Instituciones Sociales "PROCOIS"; además de otros docentes de Psicología y Sociología que fungieron como asesores.

Para continuar con la participación activa por cada uno de quienes se involucraban en este programa universitario de prevención de rickettsiosis; y ante el acercamiento de la Secretaría de Salud del Estado de Baja California (SSABC) con la Dra. Zermeño, en el 2013, se acordó que se les compartiría el modelo de trabajo y la SSABC otorgaría capacitaciones al equipo de la Unidad de Servicios Integrales en Comunicación (USIC), por parte del Jefe Estatal de Promoción y Salud (con el Psic. Gabriel Preciado), así como del jefe de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Mexicali (con el Dr. Oscar Ginera y su equipo).

Con la misma intención, en el 2015 se integró a las capacitaciones y talleres comunitarios el médico veterinario zootecnista Eduardo Jáuregui Valle, quien fungió como presidente del Colegio de Médicos Veterinarios de Pequeñas Especies de Mexicali y es actual asesor de dicho colegio. Posterior a esta fase, se diseñaron e implementaron las estrategias de Comunicación para la salud.

De esa forma, se trabajó en el 2011 de manera coordinada con 15 estudiantes de Ciencias de la Comunicación, Ciencias de la Educación y Psicología (LCC, LCE y LP) que cursaban la asignatura de Proyectos de Intervención Transdisciplinaria en la FCH o realizaban su servicio social en la Unidad de Servicios Integrales en Comunicación (USIC), ambos a cargo de la Dra. Zermeño, con quienes "se implementaron talleres, pláticas, ferias de la salud y teatro guiñol a más de 460 personas, niños y jóvenes que multiplicaron la información en su escuela y familias" (Zermeño et. al., 2012, 2).

En ese primer momento de trabajo con la comunidad universitaria se logró crear la identidad del programa universitario, quedando denominado como Unidos por la Salud (UPS), así como el diseño de su imagen visual, el logo, hojas membretadas, la mascota; el lema "cuidando a tu mascota, te cuidas tú" y varios productos comunicativos, involucrándose en éstos últimos a los niños, jóvenes o padres de familia participantes.

Asimismo, tres estudiantes de la licenciatura en Ciencias de la Comunicación diseñaron carteles, lonas, volantes, spots y jingles. Una alumna de Ciencias de la Educación redactó el primer borrador del guion para el teatro guiñol, una más elaboró los títeres de fieltro y un diseñador gráfico materializó el teatro.

Derivada de la experiencia previa de USIC con la Facultad de Enfermería en otro espacio universitario llamado Universidad en la Comunidad (UNICOM), la Dra. Zermeño propuso la realización de una Feria de la Salud, pero con un concepto de salud integral; es decir, donde no sólo se abordará el tópico de prevenir la enfermedad, sino que el evento fuera un motivo de encuentro e interacción entre los integrantes de la comunidad.

Así, en esta ocasión la 1ra. Feria de la Salud para prevenir rickettsiosis, organizado por docentes y alumnos de la FCH e IICV (médicos veterinarios, comunicólogos, educólogos y psicólogos de UPS); mostraron a los pobladores de la primera colonia atendida, todos los productos comunicativos diseñados, la función de teatro guiñol, talleres infantiles de manualidades para las mascotas, demostraciones del baño garapaticida, aplicación de

inyecciones desparasitantes y vacunas antirrábicas, impartición de pláticas sobre qué es, cómo se transmite y cómo prevenir la enfermedad.

USIC enfatizó en la importancia de la participación activa de los colonos en esta Feria de la Salud, así que se invitó a quienes estaban inscritos en el Centro de Desarrollo Municipal (DESOM); quienes mostraron sus dotes artísticas y deportivos mediante sus grupos de música, canto, zumba y kung fu; junto con algunos compañeros de medicina veterinaria que también cantaron.

A pesar de que esta Feria se hizo en agosto, un mes con altas temperaturas, se logró un ambiente agradable con todos los asistentes, debido al concepto de verbena popular y los regalos otorgados, mismos que fueron logrados por la gestión del Dr. Tinoco con Laboratorios Veterinarios y los prestadores de servicio social de USIC con patrocinios de bebidas refrescantes, hielo, ambigús; además de una convivencia sana que incluía el bienestar familiar, junto con sus mascotas.

Otra estrategia comunicativa emprendida dos meses previos a la 1ra. Feria de la Salud, fue que los equipos interdisciplinarios de UPS acudieran con grupos de niños, jóvenes y adultos para impartirles talleres sobre prevención de rickettsiosis y desarrollo de habilidades comunicativas, con duración de 8 sesiones durante cuatro semanas y la visita del médico veterinario en al menos una sesión; concluyendo con productos comunicativos trabajados por la misma población, con los que acudían a otros grupos de su escuela, con sus familiares y vecinos para promover la salud mediante: canciones, representaciones teatrales, un "noticiero televisivo", periódicos murales y carteles a mano.

En el 2013 se amplió el horizonte y la red de apoyo, debido al contacto que hiciera la Secretaría de Salud a la Dra. Zermeño para que les compartiera el modelo de trabajo; del cual supieron por la publicación de los resultados del 2011 en la revista electrónica brasileña *Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*. A partir de ahí se realizaron 20 reuniones entre el personal de la SSABC, la UABC y otras instancias, para concretar un trabajo conjunto entre la FCH, el IICV y la SSABC.

Con objeto de comprobar el impacto de ECCOS, en el 2013 el Dr. Ginera y el Psicólogo Preciado supervisaron *in situ* los talleres implementados por USIC-UPS en una Escuela Primaria que tuvo muertos por esta enfermedad. Ambos funcionarios de la SSABC manifestaron el acierto de dirigir estos esfuerzos a los niños, ya que responden muy bien a las técnicas de aprendizaje elaboradas por el equipo USIC.

Así, el modelo ECCOS se volvió a implementar en el 2013 y del 2015 a la fecha. Posterior a las capacitaciones, los padres de familia realizan sus propios productos comunicativos para compartir los aprendizajes significativos a otros adultos, se coordinan con sus vecinos y fumigan sus casas simultáneamente; trascendiendo incluso la frontera territorial, porque lo comparten con sus familiares de EEUU.

Otros alcances de estas experiencias transdisciplinarias son:

Promocionales radiofónicos grabados por 17 niños de dos escuelas primarias atendidas.  
Grabación y difusión de 4 cápsulas de video con entrevistas a niños que participaron en los talleres, así como un video promocional animado.  
Más de 10 entrevistas en radio, televisión y medios impresos para difundir la prevención de la rickettsiosis y las acciones de USIC-UPS.  
Diseño y entrega de volantes en los cruceros y tianguis de alta concurrencia.  
Representación de la FCH con la participación de la Dra. Zermeño en las mesas de trabajo integrada por especialistas convocados por la SSABC para tomar decisiones sobre cómo prevenir la rickettsiosis en el Estado.  
Por dichas mesas de trabajo, en el 2014 una empresa productora de carnes invitó a USIC a llevar el teatro guiñol a escuelas primarias de la periferia de la ciudad y a impartirles talleres preventivos intensivos a 133 de sus trabajadores, en todos los niveles de su organigrama.

**Figura 2. Presentación del teatro guiñol en la Feria del Libro de la UABC**



**Fotos: Navelli Nuñez**

En el 2014 se lograron 21 becas para estudiantes de la FCH y otros recursos por la cantidad de \$170 mil pesos, tras la aprobación de la investigación propuesta en la Convocatoria de Fortalecimiento de Cuerpos Académicos 2013-2014 de la Secretaría de Educación Pública.

En el 2015 se implementó el programa USIC-UPS en el Valle de Mexicali. Los niños y jóvenes de esta comunidad crearon una obra de teatro y la presentaron ante toda su escuela, igual que su propio teatro guiñol.

Un grupo de jóvenes del Valle que participó en los talleres de USIC-UPS, respondieron a una invitación de la SSABC y estuvieron a cargo de un módulo en Feria de la Salud, explicando a los asistentes las

medidas preventivas. Los niños hicieron funciones de su teatro guiñol ante las autoridades de salud y los asistentes a la Feria.

En el 2015 y 2016 también se participó en la Feria Internacional del Libro organizada por la UABC, donde USIC realizó funciones de teatro guiñol que presenciaron niños, jóvenes, padres y profesores. Igualmente se invitó a USIC a las Brigadas Universitarias de Salud, donde se involucró a los asistentes en la participación de un programa de televisión ficticio mostrando los aprendizajes obtenidos en el teatro guiñol.

En el primer semestre del 2016, integrantes de USIC adaptaron tres canciones populares con información de los métodos para prevenir rickettsiosis, hicieron una botarga con la supermascota de UPS (un perrito con capa) y se continuó con la aplicación de talleres para niños y jóvenes.

A principios de mayo de 2016, USIC organizó la 2da. Feria de la Salud para prevenir rickettsiosis en una escuela primaria ubicada en la zona de mayor riesgo en Mexicali y los 350 niños estuvieron muy atentos asimilando la información del teatro guiñol, lo cual se corroboró haciéndoles preguntas sobre el tema y durante los ocho talleres realizados con los niños para mostrarles con más detenimiento los tópicos. USIC gestionó la presencia de dos especialistas: el jefe del Departamento de Epidemiología del Hospital General de Mexicali - Dr. Moisés Rodríguez Lomelí- y el MVZ Jáuregui; quienes orientaron a los 11 profesores, la directora del plantel y el personal de intendencia sobre esta problemática.

En el 2017 se beneficiaron a 185 niños, jóvenes y adultos de 5 localidades rurales y en condición de pobreza de Ensenada, Baja California; inscritas al Proyecto Estratégico de Seguridad Alimentaria (PESA) de la FAO, que por invitación de la Agencia de Desarrollo Rural “Manejo y Producción Integral”, USIC les otorgó capacitación con el tópico “Prevención de rickettsiosis”, impartida por la Dra. Zermeño, en su calidad de coordinadora del programa e integrante del grupo Cimarrones en Extensión Rural Universitaria (CERI).

En el 2018, USIC recibió una invitación del grupo oncológico “Por amor a la vida”, adscrito al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para impartir la conferencia “cuidando a mi familia”, dirigida a 30 asistentes (sobrevivientes de cáncer de mama, sus familiares y otro público externo), quienes fueron informados sobre los 17 objetivos del Desarrollo Sostenible promovidos por la Organización Mundial de la Salud, así como de los antecedentes, concepto, medios de transmisión y cómo prevenir la rickettsiosis.

Igualmente, de agosto a diciembre de 2018 se continuó con la capacitación con talleres, conferencias y teatro guiñol a 387 niños, jóvenes y adultos para prevenir rickettsiosis, mediante prestadores de servicio social y voluntarios de USIC; también se recibió la invitación a presentar una ponencia en el “1er. Foro de Análisis de Percepción de Riesgo en Rickettsiosis”, organizado por la Secretaría de Salud del Estado (SSABC) y el Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD); además se promovió la salud integral a través de la página de USIC en la red social de Facebook, donde se logró un alcance de 632 personas que visualizaron los mensajes sobre salud y con seguidores de México, España, Cuba, Brasil y EEUU.

#### **4.3.4 Conclusiones**

En tópicos de salud, así como de cualquier otra índole que involucre a la población, todo esfuerzo aislado entre las dependencias gubernamentales u otras instituciones resulta infructuoso, aun cuando canalicen recursos económicos y humanos que buscan mejorar las condiciones de salud o prevenir enfermedades.

Por ello, con el modelo ECCOS se propuso un trabajo integrado entre las instituciones sociales y la capacitación en cascada, así como la intervención horizontal en la toma de decisiones, de manera que permitiera la apropiación y multiplicación de las estrategias de comunicación para la salud entre la población.

Este ejercicio implicó un proceso de interacción con la participación activa de docentes, asesores y estudiantes del programa de servicio social “Unidad de Servicios Integrales en Comunicación -USIC-” de la Facultad de Ciencias Humanas -FCH- y el Cuerpo Académico “Procesos de Comunicación en Organización e Instituciones Sociales -PROCOIS-”, el Instituto de Investigaciones en Ciencias Veterinarias -IICV- y la propia comunidad. Este proceso en cascada ha sido pertinente porque la problemática es poco conocida o existen prejuicios, ya que la gente ha convivido en forma vitalicia con la garrapata, sin que “les ocurriera nada”.

Con el modelo ECCOS, se comparte información precisa, sencilla, fundamentada y con una orientación práctica, por lo que reconocen la gravedad de la apatía y elaboran sus propias estrategias comunicativas para poner en acción sus propias propuestas.

Así se logró facilitar la socialidad, ritualidad y tecnicidad, que promulga Martin Barbero, al promoverles el desarrollo del diseño de nuevas prácticas sociales que conllevara a la

transformación de prácticas saludables para prevenir la rickettsiosis e incluso promover su salud integral con el encuentro de los vecinos, amigos y familiares para fumigar simultáneamente su hogar en el caso de los adultos y jóvenes, así como compartir los aprendizajes significativos, mediante productos comunicativos creativos, en el caso de los niños.

En ambientes académicos, durante este periodo se ha difundido las experiencias a través de ponencias, artículos en revistas arbitradas, un capítulo de libro y la participación en Congresos realizados en Lima, Perú; Phoenix, Arizona; La Habana, Cuba; San Diego, California y San José, Costa Rica; así como en las ciudades mexicanas de Zihuatanejo, Puebla, Estado de México, La Paz y Mexicali.

Si bien, en ocasiones se ha intervenido con una sola sesión porque se acepta la invitación de las instituciones sociales; al menos se deja la inquietud para que los asistentes dejen de lado los mitos y presten atención a este problema de salud pública. Lo ideal es adoptar comunidades y darle continuidad año con año hasta lograr la adopción de hábitos saludables para el cuidado de sus mascotas, sus familias y su entorno, con objeto de prevenir rickettsiosis y su salud integral.

## REFERENCIAS

- Baena, G. y Montero, S. (1989). *Comunicación para la salud*. México: Ed. PAX.
- Bourdieu, P. (2008). *Capital cultural*. Octava edición. México: Siglo XXI Editores.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015).  
<http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/bc/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017).  
<https://www.google.com.mx/maps/@28.5573564,-115.5548796,7.43z>
- Martín, J. (1990). De los medios a las prácticas. *Cuadernos de Comunicación y Prácticas Sociales*, (1), PROIICOM. Universidad Iberoamericana, México.
- Martín, J. (1998). De los medios a las mediaciones. *Comunicación, cultura y hegemonía*. Barcelona: Gustavo Gili.

Martín, J. (2004). *Oficio de cartógrafo. Travesías latinoamericanas de la comunicación en la cultura*. Chile: Fondo de Cultura Económica.

Morin, E. (2001). Sobre la interdisciplinariedad. *Boletín No. 2 del Centre International de Recherches et Etudes Transdisciplinaires*. (CIRET). <http://www.pensamientoComplejo.com.ar/>

OPS/OMS (2004). Consulta OPS/OMS de expertos sobre rickettsiosis en las Américas. Informe Final. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil.

Orozco, G. (Septiembre/Diciembre, 2001). Audiencias, televisión y educación: Una deconstrucción pedagógica de la “televidencia” y sus mediaciones. *Revista Iberoamericana de Educación*, (27). Organización de Estados Iberoamericanos (OEI). <http://www.rieoei.org/rie27a07.htm>

Thompson, J. B. (2006). *Ideología y cultura moderna: Teoría crítica social en la era de la comunicación de masas*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco.

Zermeño, M. E. (2012). *Estrategias Comunitarias de Comunicación para la salud (ECCOS) a partir del estudio de caso de una comunidad de Mexicali, B.C.* (Tesis de doctorado). Universidad de La Habana.

Zermeño, M. E., Tinoco, L., Villegas, E., Martínez, J. A. y Cardona, A. (Diciembre, 2012). Comunicação e educação para a saúde que previnem mortes por riquetsiose. *RECIIS, Comunicação e Saúde – temas, questões e perspectivas latinoamericanas*, 6(4). <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/591/1231>.

## **V. DISCURSOS SOCIALES y MEDIOS DE COMUNICACIÓN**

## **5.1. Febre do silêncio: o doente de malária nos discursos governamentais e midiáticos do Amazonas nos séculos XIX e XXI.<sup>69</sup>**

**Andréa Maria Pampolha Arruda**

Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (Semsma Manaus)

andreaarruda@icloud.com

**Inesita Soares de Araujo**

Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS),  
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), inesita.araujo@icict.fiocruz.br

**Resumo.** A malária, doença milenar que afeta milhões de pessoas no mundo, em especial na África subsaariana, sudeste asiático e América do Sul, persiste na região amazônica brasileira desde o final do século XIX como sua principal endemia e um grande problema de saúde pública. Presente na vida e no imaginário popular tem sido objeto frequente dos discursos do Estado e da Imprensa, vozes socialmente autorizadas e com forte poder na construção dos seus sentidos e da realidade simbólica que dá vida e forma à sua existência. Neste estudo, apresentamos como o poder público e os jornais amazonenses significaram o doente da malária e as pessoas em risco de adoecer durante o Ciclo da Borracha (final do século XIX), quando houve uma explosão de casos da doença em função da atividade extrativista de látex, e como o significam no período contemporâneo, quando ainda são registrados entre 100 mil e 200 mil adoecimentos anuais apenas no estado do Amazonas. Os resultados da pesquisa integram a dissertação “Imprensa, Estado e Malária no Amazonas: vozes e sentidos tecidos no tempo”, apresentada em abril de 2015 ao Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), do Instituto de Comunicação e Informação Tecnológica em Saúde (Icict-Fiocruz). Com o aporte teórico da Semiologia Social e aplicando-se a Análise Social de Discursos como método, foram analisados 47 textos de jornais e documentos oficiais produzidos entre 1898 e 1900 e entre 2005 e 2007. A análise apontou que o doente, aquele que materializa a existência da doença, é um sujeito passivo ou ilustrativo nas cenas discursivas de ambos os períodos, uma voz historicamente silenciada e, por isso, enfraquecida no seu poder de produzir sentidos sobre a malária e suas questões e de interferir na construção social e simbólica da realidade.

<sup>69</sup> Este artigo foi apresentado e publicado nos Anais do Grupo Temático 5 Comunicação e Saúde do XIII Congresso da Associação LatinoAmericana de Pesquisadores em Comunicação (ALAIC), Ciudad de México-México, 2016.

**Palavras-chave:** comunicação e saúde; malária; análise do discurso; Amazonas.

### **5.1.1 A malária em discurso: inquietações para análise**

No final do século XIX, a produção de borracha no Brasil foi aquecida pelas novas necessidades do mercado internacional, atraindo para os seringais amazônicos milhares de migrantes, especialmente nordestinos afetados pela seca. Parte dessa gente, movida pela utopia de dias melhores e mais ricos, chegou ao estado do Amazonas para trabalhar sob condições precárias, em uma floresta onde as elevadas temperaturas, a alta umidade e a fartura das águas favoreciam a transmissão da malária, dentre outros males (Albuquerque; Mutis, 1998). Muitos destes trabalhadores morreram na selva, de solidão e febre, sem jamais ter encontrado a vida próspera e a riqueza que procuravam. Seu trabalho, no entanto, ajudou a gerar recursos até então inimagináveis para a realidade local e a redefinir Manaus como uma “Paris dos Trópicos”, com belas obras e soluções urbanas avançadas, incluindo sistema de bondes elétricos, telefonia e porto flutuante. O trabalho dos seringueiros no interior de recortes florestais ainda virgens também ajudou a elevar a malária a níveis epidêmicos na Amazônia. Entre 1894 e 1914, de acordo com levantamento do médico Alfredo da Matta (Loureiro, 2004), 12 mil pessoas morreram com malária somente na capital, Manaus, o que representa 64% do total de óbitos registrados no período.

Nas décadas seguintes à derrocada da economia do látex, por volta de 1916, a incidência de malária aumentou e diminuiu repetidas vezes, motivada por fatores políticos e sócio-ambientais. Todavia, continuou a provocar prejuízos e cicatrizes na vida do estado, representando, nos dias atuais, uma incômoda e desafiadora realidade: uma espécie de mola espiral sobre a qual é necessária permanente pressão<sup>70</sup>. Em 2013, ocorreram no Amazonas 77,5 mil casos de malária<sup>71</sup>, mas na última década as notificações variaram entre 70 mil e 200 mil casos, chegando a 228 mil, em 2005<sup>72</sup>.

Ao longo dos mais de cem anos que separam o Amazonas extrativista do Amazonas industrial - sustentado agora pelo polo produtivo da Zona Franca de Manaus - inúmeras e significativas mudanças ocorreram, com reflexos nas relações sociais, nos discursos leigos e especializados sobre a malária e nos modos de conviver com esta endemia de vida quase sempre superlativa.

<sup>70</sup> Expressão usada pela secretária de Estado da Saúde, Leny Passos, em 2004, durante avaliação estadual do Programa Nacional de Controle de Malária.

<sup>71</sup> Sivep-Malaria. Disponível em <[http://portalweb04.saude.gov.br/sivep\\_malaria/default.asp](http://portalweb04.saude.gov.br/sivep_malaria/default.asp)>. Acesso em 15 de março de 2015.

<sup>72</sup> Relatório de Gestão da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS-AM), 2005. Disponível em <<https://drive.google.com/file/d/0B88O4bmlOVFjTkR3RU5Y3lxTlk/edit>>. Acesso em 15 de março de 2015.

Ao mesmo tempo, foram estabelecidas lutas não apenas para o controle objetivo de um doença endêmica e recorrentemente epidêmica, mas também para determinar o poder de nomear, classificar e qualificar a malária, um substantivo de muitos nomes (paludismo, impaludismo, febre palustre, maleita, sezão, dentre outros), amplamente manejado nos limites e no reforço de sua condição nefasta (de terrível flagelo a mal secular), materializada na imagem do doente.

### **5.1.2 Realidades em construção: a produção social dos sentidos**

O processo de luta pela hegemonia discursiva envolve interlocutores com diferentes poderes simbólicos (Bourdieu, 1989), não dissociados das estruturas sociais (Fairclough, 2001; Araujo, 2000, 2002). Por isso, Imprensa e Estado ocupam posições discursivas privilegiadas: são campos historicamente legitimados pela sociedade e interferem decididamente nos processos de perpetuação ou reformulação de crenças e valores sociais. A voz do Estado, quando reproduzida ou incorporada pela mídia torna-se duplamente legitimada, amplificando sua força e poder.

Se os diferentes campos da atividade humana estão irremediavelmente comprometidos com a linguagem (Bakhtin, 2011), então é pelo discurso que as disputas pela produção de sentidos ocorrem. É o discurso, aqui entendido como um conjunto de textos articulados e situados no contexto histórico, social e cultural, que, com primazia, constrói e reconfigura realidades simbólicas, sendo, portanto, um “objeto de desejo”, nas palavras clássicas de Foucault (2012, p.10). Campos, instituições e sujeitos usam a palavra e o modo de pronunciá-la em favor de seus pontos de vista e para torná-la hegemônica.

Tomando Foucault como ponto de partida, Fairclough (2001) dá ênfase à relação do discurso com a prática e com a estrutura social, o que significa que a prática discursiva participa da construção das identidades e relações sociais e dos sistemas de conhecimento e crença, por meio de processos repetitivos (que reproduzem e substanciam sentidos e estruturas hegemônicas) ou criativos (que transformam realidades, produzindo mudanças sociais).

O sentido depende de variáveis que se encontram em todas as etapas de sua produção, circulação e consumo, ou seja, em cada função da sua cadeia produtiva, representação apropriada da economia, pela qual diferentes autores (Pinto, 1999, 1994; Verón, 1980; Araujo, 2000, 2002), consideram os fluxos e as etapas dos processos comunicativos. No contexto desta cadeia estão sujeitos, condições, intenções e interações, compondo a dinâmica de um mercado simbólico (Araujo, 2002), onde são processadas as negociações pelo poder de tornar dominantes determinados sentidos.

Nas estratégias de seleção dos discursos, Orlandi (2011) cita o silenciamento (política do silêncio), por meio do qual o dizer de um modo sempre implica na interdição de outros modos possíveis.

Os conceitos de polifonia e dialogismo sustentam o postulado semiológico da Heterogeneidade Enunciativa (Pinto, 1999) o que implica no entendimento da não unicidade do sujeito como autor de um discurso e no reconhecimento de que no texto há múltiplas de vozes, convocadas pelo autor empírico de modo intencional ou inconsciente. Estas vozes, ou sujeitos, ocupam diferentes posições na cena discursiva e revelam seu poder maior ou menor de definir a direção dos sentidos.

Os jornais integram o conjunto cada vez mais amplo de dispositivos de comunicação social, servindo de espaço público para uma variedade de discursos, inclusive e muito frequentemente o governamental. Os documentos públicos oficiais, por sua vez, secularmente servem de suporte para a manifestação oficial do poder público e produzem sentidos que os jornais se encarregam de fortalecer ou enfraquecer, numa relação desde sempre complexa e essencial.

Rodrigues (1990) enfatiza o campo midiático como responsável pelos processos de mediação, o que significa que funciona em relação aos objetivos e interesses dos demais campos com os quais mantém relações de cooperação e disputa. Por meio do discurso e seu funcionamento, o campo midiático exerce uma “técnica política de linguagem” (Sodré, 2001), capaz de intervir na consciência humana, requalificar a vida social, estruturar e reestruturar percepções e cognições e estabelecer uma agenda coletiva.

Lugares sociais e de interlocução centrais e periféricos determinam a coexistência de sujeitos com maior ou com menor poder simbólico. Contemporaneamente, como no final do século XIX, os sentidos continuam a ser produzidos na relação do sujeito com a linguagem e, em que pesem todos os avanços e promessas de um mundo melhor, com tecnologias teoricamente inclusivas e interativas, as desigualdades continuam a definir quem tem o poder construir realidades sociais e simbólicas.

Este estudo<sup>73</sup> teve como aporte teórico a Semiologia Social, ciência que estuda os fenômenos da comunicação como fenômenos de produção de sentidos e, como método, a Análise Social

---

<sup>73</sup> Apresentamos aqui parte dos resultados da pesquisa para a dissertação "Imprensa, Estado e Malária: vozes e sentidos tecidos no tempo", realizada no PPGICS - Programa de Pós-Graduação e Informação e Comunicação em Saúde, cujo

de Discursos (ASD), que se preocupa essencialmente em apontar a maneira como os sentidos são produzidos em determinadas condições sociais, históricas e culturais. Em termos teórico-metodológicos, a proposta foi a de desvelar o "dispositivo de enunciação" (Verón) dos jornais e documentos do *corpus* de análise.

O recorte temporal teve como critério a quantidade de referências à malária nos textos jornalísticos e oficiais publicados durante a fase áurea do Ciclo da Borracha e os períodos (o mais remoto e o mais atual) de maior relevância epidemiológica da doença no Amazonas, o que nos levou aos anos de 1898 a 1900 e de 2005 a 2007, de onde foram extraídos 47 textos publicados nos jornais *Commercio do Amazonas* e *A Federação* (período antigo) e *A Crítica* e *Diário do Amazonas* (período recente) e nos seguintes documentos oficiais dos dois períodos: *Diario Official*, Mensagens Governamentais de 1898 e 1900 (em 1899 a malária não foi citada), "Proposta de reestruturação do Programa de Controle da Malária no Estado do Amazonas visando o declínio no número de casos e a sustentabilidade do Programa" (2005), Mensagem Governamental de 2006 e "Plano Plurianual de Prevenção e Controle Integrado da Malária no Estado do Amazonas (2007).

### 5.1.3 Silenciado ou pressuposto: um sujeito sob o discurso

O doente de malária esteve ausente ou, na condição de sujeito falado, permaneceu em quase sempre em silêncio nos discursos da mídia e do Estado no final do século XIX, ocupando os lugares mais periféricos da cena discursiva<sup>74</sup> e muitas vezes servindo ao propósito da ilustração, para sustentar enunciados elaborados por outros enunciadores, revelando-se na imagem do pobre, do indigente e do excluído.

Em ofício de 1899, por exemplo, o médico Alfredo da Matta<sup>75</sup> informa sobre a situação da malária em Manaus e manifesta preocupação com os doentes. No texto, o médico os denomina "vítimas" e "indigentes atacados de febres" e estabelece uma relação entre doença e pobreza como condição que se perpetua em um processo cíclico. Seu discurso desvela o sentido de "periferia" associado à malária e seu doente, o que será recorrente tanto no passado quanto na contemporaneidade.

---

objetivo geral foi analisar como foram produzidos, pela mídia e pelo poder público, os sentidos da malária e suas questões, no final do século XIX e no início do XXI no Amazonas.

<sup>74</sup> Considerando o "lugar de interlocução", ou seja, o lugar ocupado pelos sujeitos no mercado simbólico, descrito por Araujo, aqui privilegiamos a dimensão discursiva do conceito que, em geral, fica ocultada pela força de sua dimensão relativa à cena social. Estes lugares definem-se no texto a partir do direito à voz, sendo as posições mais centrais ocupadas pelos que enunciam (sujeitos ativos) e as posições mais periféricas, pelos sujeitos falados, com pouca ou nenhuma voz (passivos).

<sup>75</sup> Matta, 1899, p.1

O então governador do Amazonas José Cardoso Ramalho Junior, na Mensagem Governamental de 1898, também investe o doente com sentidos da pobreza, usando expressões como “indigentes atacados da malária” e “enfermos pobres”, qualificações que os mantêm em uma dupla periferia: a social, pelas condições de vida objetivamente narradas e a discursiva, por seu silêncio e passividade. Estes lugares serão reforçados em inúmeros textos do período, incluindo o relatório do médico Carlos Grey sobre mortalidade por malária no Instituto Benjamin Constant<sup>76</sup>. No discurso de Gray, as internas representam a imagem dos doentes, sendo vítimas não apenas da doença, mas da pobreza. Algumas seriam como “planta nascida em terreno exausto, fora da influência benéfica do sol e dos carinhos do agricultor”, nas quais se vê “a decadência da raça”, provocada pelo “nascimento no seio da miséria”. Outras “têm os estigmas do impaludismo”<sup>77</sup>, estando “depauperadas pelas condições de seu nascimento e pela vida miserável da primeira infância”. As expressões as (des)qualificam triplamente como órfãs, racialmente degeneradas e doentes.

Ainda como exemplo de qualificação negativa do doente, o relatório de 1900<sup>78</sup>, do médico Domingos Pinheiro, refere-se a uma “sombria trindade patogênica”<sup>79</sup> ou “grande mal amazônico” que afetaria os habitantes do interior do Estado, qualificados como “população laboriosa e ordeira”, mas em estado de “penúria”, de “miséria fisiológica inconfessável” e com “vícios de toda sorte”. Neste contexto, o autor inclui os indígenas, como raramente se fez: “De feito, mergulhados na estupidez selvagem de um barbarismo medieval, em absoluto inconciliável com os elementares preceitos de civilização e de progresso [...], convictos na prática do sentimentalismo bruto e cego fundamentado nos encantos inocentes de uma fonte inesgotável de lendas [...], os indígenas [...] foram dos que mais baquearam nesta horrorosa hecatombe”.

Em apenas um dos espaços discursivos analisados - o obituário - o doente foi revelado com nome, sobrenome, idade e naturalidade, sendo este o caso de “Francisca Aprígia da Silva, filha de Manoel Aprigio do Carmo, 50 anos, amazonense, solteira, vítima de malária”<sup>80</sup>.

<sup>76</sup> Grey, 1899, p.1; Idem, 1899b.

<sup>77</sup> Estigmas neste caso indicam os sinais de cronicidade da doença, como se depreende deste e de outros textos do período, e não marcas discriminatórias.

<sup>78</sup> Pinheiro, 1900, p.1.

<sup>79</sup> Expressão que se refere a malária, alcoolismo e beriberi, na visão do autor “três estados mórbidos de suma gravidade pelas formas e modalidades as mais caprichosas e bizarras, que associadas complicariam o “horroroso cenário patológico da região”.

<sup>80</sup> Obituário, 1900, p.2; idem, 1899, p.2. Este gênero de publicação não integra o *corpus* analítico, como mencionado no capítulo anterior, servindo apenas para contextualizações e exemplos.

A dupla periferia que situou social e discursivamente os doentes do século XIX mantém-se evidente no século XXI. Aqui, revela-se ainda sua condição de sujeito pressuposto - aquele que se imagina diante de palavras e referências (casas, habitações, registros, notificações, casos, malária) cuja realidade somente na sua existência pode se consumar. Em textos como “Estado investe para reduzir em 15% casos de malária”<sup>81</sup>, de julho de 2005, doença e o doente são representados quase exclusivamente pela via numérica, trazendo à luz um sujeito despessoalizado, integrante do que o editorial da mesma edição classificou como um “amontoado de números”.

Este dispositivo de enunciação marca igualmente o discurso oficial. Na Mensagem Governamental de 2006, por exemplo, nenhuma vez o doente real ou potencial é mencionado de maneira direta, permanecendo subjacente em “casos” da doença.

Na contemporaneidade também se observa o doente como um sujeito implícito em expressões como “comunidades”, “moradores”, “população”. Esta coletividade, quase sempre ilustrativa, eventualmente é convocada para sustentar ou contestar enunciados, o que vai ocorrer mesmo quando o doente é referido pelo nome, local de moradia e idade. Em “Combate à malária será intensificado na cidade”<sup>82</sup>, por exemplo, as narrativas de duas personagens ilustram o aumento de casos da doença, além de reforçar os sentidos de sofrimento, dor e morte, comuns nos textos de ambos os períodos, com enunciados do tipo “sofrendo há uma semana”, “pensei que ia morrer, “a dor era tanta que não conseguia nem pensar”.

Este sentido de periferia emerge também da referência explícita a doentes “ricos” e “pobres”, na matéria “Surtos de malária no Tarumã e Puraquequara”<sup>83</sup>, onde o autor os une pela doença, mas demarca diferenças, sinalizando para a maior vulnerabilidade dos segundos: “os sintomas da doença vão continuar cada vez mais fortes, sobretudo nas populações da periferia”. O discurso posiciona a população no lugar social da vítima e reforça a imagem da malária como doença da periferia social. A utilização do termo ‘periferia’ traduz uma situação real: a maioria dos doentes vive em bairros da periferia da cidade porque nestes locais um conjunto de fatores sociais e ambientais favorece a transmissão da malária. A expressão, no entanto, traz para o texto, sentido que vai além do espaço geográfico. Periferia é um pré-construído, indicador de pobreza e exclusão, aqui situando o doente em um espaço real e simbólico afastado do centro, onde concentra-se o maior poder de falar e ser ouvido.

---

<sup>81</sup> Lima, 2005, p. A11.

<sup>82</sup> Silveira, 2006, p. C1.

<sup>83</sup> Ximenes, 2006, p. A9

O doente do interior do Amazonas (ocupante da periferia do Estado nos aspectos sociais, políticos e econômicos), desvela-se ainda mais periférico, o que pode ser observado em textos como “Malária diminui no AM”<sup>84</sup>, onde o repórter diz que “há [...] zonas de altíssimo risco no interior, onde a população está exposta à malária de uma maneira primitiva”.

Os indígenas, que no contexto dos programas de controle da malária pertencem a uma categoria especial da população, raramente aparecem nos discursos do século XXI, repetindo o ocorria no passado. No Plano de 2007<sup>85</sup>, surgem na imagem de grupo vulnerável à doença, estando apenas pressupostos em expressões como “áreas indígenas”, citada várias vezes e em enunciados relativos aos objetivos específicos do Plano (“fomentar integração entre Funasa e Secretarias Municipais de Saúde para a realização de ações de prevenção e controle da malária em áreas indígenas”), assim como na indicação da necessidade de “reduzir os percentuais da malária em áreas indígenas e em áreas dos assentamentos” ou nos critérios de prioridade de ação (“municípios com alta incidência de malária indígena”).

#### **5.1.4 Periferia discursiva: o lugar do doente**

A análise dos discursos antigos e contemporâneos sobre a malária no Amazonas mostra que o doente ou a pessoa exposta ao risco de adoecer é um sujeito eventualmente convocado para fortalecer os discursos da Imprensa e do Estado, mas, na maioria das vezes, silenciado e situado na periferia da cena discursiva, sendo poucas vezes nomeado e qualificado.

No século XIX, o doente representou um Eu coletivo e necessitado, em nome de quem a mídia fez reivindicações. Foi, ao mesmo tempo, aquele em nome do qual o Estado justificou suas ações e promessas.

Na fase contemporânea, é evidente a distribuição desigual dos lugares de interlocução nos discursos sobre a malária, onde prevalecem as vozes oficiais. De modo geral, a mídia situa o doente, um sujeito meramente ilustrativo, como beneficiário da ação governamental e, paralelamente, busca na população a legitimação do seu discurso de oposição ao poder público. Para isso, maneja personagens, construídos em imagens e narrativas que privilegiaram episódios reincidentes de adoecimento e relatos de sofrimento, a fim de apoiar enunciados de sentidos previamente determinados.

Nos dois períodos estudados, tanto nos textos jornalísticos quanto nos documentos oficiais, o doente é essencialmente investido da imagem dos desfavorecidos sociais - além de doentes,

---

<sup>84</sup> Idem.

<sup>85</sup> Amazonas, 2007

são pobres, indigentes, excluídos, socialmente periféricos, raramente figuram como fonte principal da notícia e poucas vezes são revelados com nome e sobrenome.

O poder do doente na cena discursiva reflete seu poder na cena social, estando a perpetuação de um sobre a influência do outro. O rompimento do silêncio, da invisibilidade e da exclusão (que se mostra crônica), como, no mais, qualquer mudança social operada pelas vias do discurso, dependeria, como ensina Fairclough, de recorrentes fugas das práticas hegemônicas, um movimento que no tempo e no espaço observados, não nos foi possível identificar.

Os modos usados pela Imprensa e pelo Estado para indicar - ou pressupor - a existência do doente e dos que vivem sob o risco de adoecer de malária são indicadores do lugar social e discursivo que ocupam. Passivos e silenciados, estes sujeitos, há mais de cem anos, permanecem no mesmo lugar: na periferia da cena discursiva. Esta condição indica sua força reduzida na cena social e seu baixo poder de participar de decisões políticas e operacionais e de produzir sentidos sobre a malária, cuja realidade, paradoxalmente, só se consuma na sua existência.

## REFERÊNCIAS

- Albuquerque, B. y Mutis, M. (1998). *A malária no Amazonas*. En Rojas, L., Toledo, L. *Espaço & Doença: um olhar sobre o Amazonas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Araujo, I. S. (2000). *A Reversão do Olhar*. São Leopoldo: Editora Unisinos.
- Araujo, I. S. (2002). *Mercado simbólico: interlocução, luta, poder. Um modelo de comunicação para políticas públicas* (Tese de doutoramento). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Araujo, I. S., Cardoso, J. (2007). *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Bakhtin, M. (2011). *Estética da Criação verbal*. Prefácio à edição francesa Tzvetan Todorov; introdução e tradução de Paulo Bezerra. 6a. Edição. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.
- Bourdieu, P. (1989). *O poder simbólico*. Lisboa: Difel.

Bourdieu, P. (1997). *Sobre a televisão*, seguido de A influência do jornalismo e Os jogos Olímpicos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Fairclough, N. (2001). *Discurso e mudança social*. Tradução Izabel Magalhães. Brasília: Editora Universidade de Brasília.

Foucault, M. (2012). *A Ordem do Discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. Tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio. 22a. edição. São Paulo: Edições Loyola.

Loureiro, A. (2004). *História da medicina e das doenças no Amazonas*. Manaus: Gráfica Lorena.

Orlandi, E. P. (2011). *A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso*. 6a. Edição. Campinas, SP: Pontes Editores.

Pinto, M. J. (1999). *Comunicação e discurso: introdução à análise de discursos*. São Paulo: Hacker Editores.

Pinto, M. J. (1999). *As marcas linguísticas da enunciação: esboço de uma gramática enunciativa do português*. Rio de Janeiro: Numen, 1994.

Rodrigues, A. D. (1990). *Estratégias da Comunicação*. Lisboa: Editorial Presença.

Rodrigues, A. D. (1999). *Experiência, modernidade e campo dos media*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

Sodré, M. (2012). *Antropológica do Espelho: uma teoria da comunicação linear e em rede*. 7a. edição. Petrópolis, RJ: Vozes.

Verón, E. (1980). *A produção do Sentido*. São Paulo: Cultrix/USP.

Verón, E. (2004). *Fragmentos de um tecido*. São Leopoldo: Editora Unisinos.

## **BOLETINS E PUBLICAÇÕES INSTITUCIONAIS**

Amazonas (2007). Governo do Amazonas, Fundação de Vigilância em Saúde, Plano Plurianual de prevenção e controle integrado da malária no Estado do Amazonas, julho/2007 a dezembro/2010. Manaus.

Ramalho, J. C. (1898). Mensagem do Exmo. Sr. José Cardoso Ramalho Junior, vice-governador do Estado: lida perante o Congresso dos Representantes, por ocasião da abertura da primeira sessão ordinária da terceira legislatura, em 10 de julho de 1898. Imprensa Oficial.

Jornais, C. (1899). Benjamin Constant: o relatório médico. *Commercio do Amazonas*, Manaus, 3 a 5 jan.

Lima, V. (2005). Estado investe para reduzir em 15% casos de malária. *Diário do Amazonas*, Manaus, 7 jul.

Matta, A. A. (1899). s/t. *Diario Official*, Manaus, 24 set.

Obituário(1900). *A Federação*, Manaus, 6 mai.

Pinheiro, D. (1900). Relatório apresentado à Inspetoria de Higiene. *A Federação*, Manaus, 15 a 30 set.

Silveira, C. (2005). Combate à malária será intensificado na cidade. *A Crítica*, Manaus, 19 jan.

Silveira, C. (2005). Operação de guerra contra malária nas ruas de Manaus. *A Crítica*, Manaus, 31 ago.

Silveira, C. (2005). Surto de malária sem controle. *A Crítica*, Manaus, 21 ago.

Ximenes, A. (2006). Surtos de malária no Tarumã e Puraquequara. *A Crítica*, Manaus, 27 mar.

## **AGRADECIMENTOS**

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (Fapeam), pela bolsa de estudos que viabilizou a pesquisa.

## 5.2. Cómo trata la prensa Dominicana el VIH y el sida. Conocer para propiciar el cambio<sup>86</sup>

**José Luis Terrón Blanco**

Universitat Autònoma de Barcelona, InCom-UAB, España

[joseluis.terron@uat.cat](mailto:joseluis.terron@uat.cat)

**Elina María Cruz**

Fundación Global Democracia y Desarrollo (FUNGLODE)

[elinamaria2000@gmail.com](mailto:elinamaria2000@gmail.com)

**Resumen.** Este texto pretende resumir los resultados de la investigación *El tratamiento del VIH/sida en los medios de comunicación escritos dominicanos: Diario Libre, El Caribe, El Día, Hoy, Listín Diario y El Nacional*. La investigación se inscribe en el análisis de contenido y tiene una finalidad de intervención social. En síntesis, pretende averiguar de qué se habla cuándo se escribe del VIH/sida, cuándo y cuánto se informa, qué fuentes se emplean, cómo se informa, si las informaciones estigmatizan y si se da un tratamiento de género. Esta investigación forma parte de una serie de estudios que desde 2005 se vienen desarrollando en España y que en la actualidad también se realizan en República Dominicana y México, y que tienen como finalidad ofrecer argumentos para el trabajo colaborativo entre ONG, administraciones y periodistas.

**Palabras clave:** VIH; prensa escrita; comunicación y salud.

### 5.2.1 Introducción y metodología

Este texto persigue ofrecer los resultados de la investigación *El tratamiento del VIH/sida en los medios de comunicación escritos dominicanos: Diario Libre, El Caribe, El Día, Hoy, Listín Diario y El Nacional*<sup>87</sup>.

---

<sup>86</sup> Este artículo fue presentado y publicado en las Memorias del Grupo Temático 5 Comunicación y Salud del XII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIC), Lima-Perú, 2014.

<sup>87</sup> El equipo de investigación está dirigido por José Luis Terrón, del InCom-UAB, y lo componen Elina María Cruz (coordinadora en República Dominicana; FUNGLODE), Edel Aguasanta (FUNGLODE), Jenny Almonte (FUNGLODE), Leonela Taveras (FUNGLODE) y Ramon G. Sedó (InCom-UAB).

La investigación, metodológicamente, se inscribe en el análisis de contenido y, en síntesis, pretende averiguar de qué se hablaba y cómo cuando se escribe sobre el VIH o el sida, cuándo y cuánto se informa, de quiénes se habla, qué fuentes se utilizan (¿los miembros o asociaciones de la comunidad VIH/sida, se utilizan como fuente?), cómo se informa (haciendo hincapié en la transmisión correcta o incorrecta de mensajes científicos), con qué carácter, qué características tienen esas informaciones (género, sección, edición, autoría, etc.), si estigmatizan, si se da un tratamiento de género y qué correlación establecen las informaciones entre enfermedades oportunistas y VIH o sida.

Como objeto de estudio se escogieron seis diarios dominicanos: *Diario Libre, El Caribe, El Día, Hoy, Listín Diario y El Nacional*. Se trata de los periódicos con más difusión en la República Dominicana, con líneas editoriales diferenciadas y, además, todos cuentan con buscadores testados, lo que nos permitirá el poder analizar todas las piezas que traten sobre el VIH/sida del periodo escogido.

Se han analizado todas las informaciones que tratan el VIH o el sida entre los meses de octubre y marzo de dos años consecutivos (2012-2013). O sea, durante seis meses seguidos; de esta manera podemos incluir el Día Mundial del Sida y, así, poder apreciar los flujos informativos. El periodo de seis meses nos ofrece una cantidad suficiente de informaciones para que los datos que podamos extraer sean significativos.

Buscamos las piezas utilizando tres entradas en los buscadores de los diarios (que previamente testamos): VIH, sida y VIH/sida. De esta forma nos asegurábamos el contar con todas ellas. Hablamos de piezas y no de noticias para englobar a todas las informaciones, fueran cuales fueran sus géneros y, así, no confundir noticia como sinónimo de información con noticia como género informativo y, por ende, con características estructurales propias. Se excluyeron todas aquellas piezas no periodísticas, por ejemplo, las cartas de los lectores o las notas de servicios y agenda.

Para la recopilación de la información y su posterior análisis creamos una base de datos específica para esta investigación. A la par, junto al análisis de contenido, empleamos la herramienta *Google Trends* para comprobar los flujos informativos y de búsqueda, tanto de República Dominicana como globalmente y así poder contextualizar algunas conclusiones. Para las variables que tienen que ver con los posibles errores terminológicos usamos como guía tres manuales: *Orientaciones terminológicas de ONUSIDA, CESIDA. Guía de estilo sobre VIH/sida y NIH. InfoSIDA: Vacunas preventivas contra el VIH*. Todos los datos epidemiológicos que ofrecemos en esta ponencia están extraídos de informes de CONVIHSIDA y ONUSIDA.

Esta investigación es la continuidad de otras similares que venimos realizando en España desde 2005 cada dos años y que ahora también se ha extendido a México. Por tanto, la metodología es idéntica y las bases de datos parecidas, pues se adaptan en algunas de sus variables al contexto social y mediático del país estudiado. Sustancialmente, no han sido modificadas desde la primera investigación (y así no romper las series), pero se han ido incluyendo variables nuevas a partir de los resultados de las investigaciones y de los intereses manifiestos de las ONG y administraciones; así, en la segunda investigación española nos centramos también en el tratamiento de género, en la tercera en las ONG como fuentes y como protagonistas de las informaciones y en la cuarta en la correlación sida y tuberculosis. Cada una de estas incorporaciones se mantiene ya en las oleadas siguientes. La investigación que presentamos hace suyas todas las incorporaciones comentadas.

La finalidad de esta investigación es doble: por un lado y en sí misma, conocer y dar a conocer como tratan los medios impresos dominicanos el VIH/sida y, por otro, la de que las conclusiones a las que se llegan sean un instrumento en manos de ONG y periodistas para poder, mediante el trabajo colaborativo (Terrón, 2014), incidir sobre la agenda, las fuentes y los enfoques de los medios cuando tratan sobre el VIH/sida.

Esta investigación se ha llevado a cabo por investigadores de República Dominicana (FUNGLODE) y España (InCom-UAB), y ha sido financiada por la Fundación Global Democracia y Desarrollo, de la República Dominicana.

### 5.2.2 Resultados

Dada la cantidad de datos que resultan de esta investigación vamos a centrarnos en aquellos que consideramos primordiales para saber cómo tratan los diarios dominicanos el VIH/sida.

**Tabla 1. Informaciones en torno al VIH/sida en la muestra.**

	Piezas	%
Diario Libre	40	22,10
El Caribe	17	9,39
El Día	21	11,60
El Nacional	33	18,23
Hoy	38	20,99
Listín Diario	32	17,68

Total	181	100,00
-------	-----	--------

**Fuente: Elaboración propia.**

No estamos en condiciones de poder decir si los diarios dominicanos informan en la actualidad más o menos sobre VIH/sida que hace unos años. Carecemos de las series de datos en la que sustentar una conclusión. No obstante, y teniendo en cuenta lo que sucede en otros países y la información que podemos extraer de *Google Trends*, es plausible que el número de informaciones haya disminuido. En España, por ejemplo, hemos podido comprobar que a pesar de que las informaciones biomédica aumentaban, se pasó de 469 piezas que trataban sobre el VIH/sida en la primera oleada -2.006- a las 320 de la cuarta -2.1012-. Lo que sí podemos afirmar es que los diarios estudiados no tratan el VIH/sida de la misma manera y con la misma profusión.

También podemos apreciar con claridad como la agenda es determinante a la hora de la incluir o excluir informaciones en torno al VIH/sida. Así, 55 piezas (o sea, el 31% del total) se concentran en la semana el 26 del 11 al 2 del 12, aquella incluye al día 1 de diciembre, Día Internacional del Sida.

*Google Trends* nos muestra como, a escala global, las búsquedas y las referencias de los términos VIH y sida han ido descendiendo en todo el mundo y como se producen unos picos, unos aumentos de información, de manera regular; los mismos, se corresponden al Día Internacional del Sida y a la Conferencia Mundial sobre el Sida, que suele desarrollarse cada dos años durante el verano. En definitiva, confirma que los eventos marca la agenda de los medios también a la hora de tratar sobre el VIH o sobre el sida.

Pero esta herramienta también nos muestra que las consultas y las búsquedas son superiores con el tópico sida que con el tópico VIH y que si el descenso en las búsquedas es notorio, este descenso es mucho más acusado en la búsqueda de noticias. Por otro lado, en relación a VIH o al sida, el término de búsqueda que más se repite es *síntoma*, fenómeno este también quasi universal. Consideramos que es una información que debería suscitar más de una reflexión a las autoridades sanitarias y que debería despertar el interés de los periodistas ya que, implícitamente señala deficiencias en las políticas de prevención. Junto a *síntoma* y también de manera global, crece la búsqueda a partir de *prueba del VIH*.

Cabe destacar que de la muestra analizada el 87,85% de las piezas tienen como argumento central (*eje central*) el VIH/sida; en España en 2010 tan sólo se daba en el 49.18% de las

informaciones analizadas. Una cosa es escribir sobre el VIH/sida y otra muy distinta que el VIH/sida sea un recurso para escribir de otro tema o un argumento para expresar, generalmente, ciertas opiniones, hacer comparaciones o ‘describir’ sociedades (atraso, pobreza, marginación, prisiones, políticas sanitarias, etc).

También consideramos positivo que las piezas hagan referencia mayoritariamente al VIH/sida (63%) y no a sida (6%) -el 31% restante lo hacen del VIH-. Como venimos repitiendo en nuestras investigaciones, cuando se habla de sida se puede estar hablando de VIH/sida o, simplemente, de VIH; ahora bien, cuando se habla de VIH se hace una diferencia trascendente y clarificadora entre VIH y sida. Y cuando se habla de VIH y de sida en numerosos ocasiones sólo se debería hablar de VIH.

Estos resultados deben complementarse con otros que presentamos a continuación: el uso de la sinédoque (lo que no deja de ser un error), en definitiva, hasta qué punto se utiliza la parte por el todo, sida por VIH o por VIH/sida, ocurre en el 39,6% de las piezas. Ahora bien, y como ejemplo de esas diferencias entre diarios, mientras que en *Diario Libre* ocurre en el 52,5% de las informaciones, en *El Día* sólo se llega al 23,8%. Con otras palabras, los resultados no son uniformes. Seamos conscientes de que la sinédoque no sólo es un error, es también un enfoque (por ejemplo, con el que se amplifica el dramatismo). Si comparamos estos resultados con los de la investigación que realizamos en España en 2010, veremos que los resultados son muy semejantes, pues en el caso español las sinédoques alcanzaban al 36,6% de las piezas analizadas y la fluctuación en los resultados entre diarios también era muy pronunciada.

Por otro lado, hemos incluido (como los venimos haciendo en todas nuestras investigaciones) las piezas en uno de estos tres macro géneros: el informativo (breve y noticia), el interpretativo (crónica, reportaje, entrevista y artículo) y opinión (columna, editorial y comentario). En esta investigación, el 95,6% de las piezas se corresponden al macro género informativo y hay una evidente escasez de piezas interpretativas (3 sobre 181), hasta el extremo que le superan las de opinión (6). Por otro lado, el 98% de las piezas se corresponde con el registro lingüístico informativo; sólo 3 piezas son divulgativas. Estos resultados guardan una coherencia interna, pero deberemos volver a ellos en el apartado *Discusión*.

Ahora bien, ¿de qué hablan las piezas de la muestra? Poniendo nuestra atención en las informaciones cuyo argumento central es el VIH/sida y caracterizándolas con palabras clave (tres por pieza para que no se de una dispersión de resultados) y tras agruparlas en correlaciones lógicas y así facilitar la lectura, obtuvimos el siguiente listado:

1. Eje de la prevención: 176 (palabras clave)
2. Eje de los tratamientos y de los cuidados médicos: 111
3. Eje de la investigación: 77
4. Eje de los derechos de los ciudadanos (y su contraria, la discriminación y la estigmatización): 72
5. Eje de los recursos económicos: 59
6. Eje de los niños infectados por VIH (y de la transmisión vertical): 52
7. Eje de las instituciones: 40
8. Eje de la epidemiología: 38
9. Eje de las enfermedades: 30
10. Eje de las localizaciones espaciales: 29
11. Eje de la mujer: 26
12. Eje de la toxicomanía: 11

Como podemos ver, sobre todo se ha tratado sobre prevención y tratamientos. Acto seguido aparecen investigación y derechos (o su concurrencia). Debemos explicar que hemos querido diferenciar las palabras clave en torno a la *mujer* (en República Dominicana el 54,55% de las personas que viven con VIH son mujeres) de aquellas que guardan una relación con la transmisión vertical –uno de los mayores problemas que perciben las administraciones y la sociedad dominicana en relación al VIH/sida<sup>88</sup>–, a sabiendas que en muchos casos también hay una referencia a las mujeres (cuando no es así, se habla de niños o de políticas sanitarias).

Esta tematización es muy semejante a la que se da en España; las diferencias surgen como resultado de una realidad específica (la prevalencia de la transmisión vertical y la feminización del VIH) –Terrón, J.L.; García, R.; Martínez, L. (2010)– y en menor grado, por tratarse de método de observación diferentes –Revuelta, G et al (2013)–.

Debemos añadir que sólo en el 9,94% de las piezas se habla de muerte<sup>89</sup>. O sea, se puede y se debe hablar de VIH/sida sin tener que hablar de muerte, lo que no quita que se deba hacer cuando se considere necesario (comportaría caer en la ocultación, por bien intencionada que sea). En España se observa un descenso, así se pasa de un 28,3%, como se observa en la investigación de 2.006 a un 13,8% -investigación de 2010-.

En las piezas estudiadas prevale un enfoque neutro (64,6%), frente al optimista (20,5%) y al pesimista (14,9%). Con ligeras variaciones, ocurre en todos los diarios. Generalmente, el enfoque optimista se suele ligar a avance biomédico o actitud positiva de las personas con

<sup>88</sup> Unas 1300 mujeres reciben antirretrovirales para prevenir la transmisión vertical.

<sup>89</sup> En República Dominicana, durante 2014, se estiman unas 1.900 muertes provocadas por enfermedades oportunistas.

VIH. En el caso dominicano también es el resultado de las políticas de salud: el 80% de las personas que lo necesitan ya reciben tratamiento con antirretrovirales.

También es oportuno subrayar que en una de cada tres piezas (el 36,5%) se habla de prevención, aunque los resultados son muy dispares según los diarios –en España se ha pasado de un 38,38 % en 2006 a sólo un 17,33% en 2010-. Por otro lado, debemos dejar constancia de que el 56,35% de las piezas incluyen alguna mención a prácticas de riesgo. Esta cifra es superior a la de piezas que tratan de prevención. Casi la totalidad de las piezas que hacen referencia a prácticas de riesgo la vinculan con lo que ha venido llamándose *sexos inseguro*.

En las piezas analizadas también se aprecia que el 54,5% de las mismas incluyen cifras en su narración (en la investigación de 2010 en España, 23%).

En cuanto a de quiénes se habla, los resultados, por citaciones, son los que siguen:

PVVS: 123 (22,82%)  
Mujeres: 68 (12,61%)  
Niños: 63 (11,68%)  
Embarazadas: 49 (9,09%)  
Pobres: 29 (5,38%)  
Jóvenes: 27 (5%)  
Adolescentes: 21 (3,89%)  
Toxicómanos: 20 (3,71%)  
HSH: 19 (3,52%)  
Prostitutas: 19 (3,52%)  
Inmigrantes: 11 (2,04%)  
Presos: 11 (1,48%)  
Transexuales: 11 (1,48%)  
Personal sanitario: 3 (0,55%)  
MSM: 1 (0,37%)

El tópico *PVVS* (o sea, personas que viven VIH) es el que registra un porcentaje más alto. En segundo lugar aparece el tópico *Mujeres*, lo cual es concordante con la proporción de dominicanas infectadas. Eso sí, los resultados de este tópico podrían ser mayor si consideramos su correlación tópicos que le siguen en la lista: *Embarazadas* y *Niños*. En definitiva, y como ya hemos escrito, subyace una tematización, la transmisión vertical del VIH y, en su caso, el tratamiento con antirretrovirales. Por otro lado, no debemos obviar que cuando se habla de

jóvenes y de adolescentes en muchos casos se está haciendo de jóvenes y adolescentes de sexo femenino.

Por el contrario, *HSH* y *Trabajadoras del sexo* están, hasta cierto punto, invisibilizados (por cierto, a esta variable cabría sumar de facto los resultados de *Transexuales*, dado que son tratadas en tanto que trabajadoras sexuales); recordemos que el 5% de las profesionales del sexo y el 6% de los homosexuales de República Dominicana viven con VIH. Reparemos que en República Dominicana la prevalencia es del 0,8.

Hemos de destacar, que sólo en 17 piezas (un 9,4% del total) se incluyen testimonios y que esa proporción es de un 4,4% si consideramos únicamente a personas que viven con VIH.

En cuanto a las zonas geográficas de las que sea habla, decir, en primer lugar, que los resultados son bastante homogéneos en todos los diarios. Y señalar, en segundo lugar, y como era de esperar, que la variable *República Dominicana* es la preponderante, pues aparece en un 64,6% de las piezas, o sea, prácticamente en dos de cada tres (en España no se llega a una de cada dos piezas). Tras República Dominicana aparecen los países occidentales (en 31 piezas, en las que se habla sobre todo de investigación), países geográficamente próximos y resto del mundo. Nos sorprende que la zona geográfica más próxima, *América Latina y El Caribe*, suscite tan poco interés informativo, sólo 9 piezas.

En relación a República Dominicana se escribe sobre todo de la Región Norte con 25 entradas -con menciones específicas de 10 provincias-, la Región Este con 14, Santo Domingo con 11 y las Región Sur con 5. La provincia de Santiago es la que mayor número de menciones registra, seguida de la provincia de Santo Domingo. En un tercer lugar se sitúa Samaná. Estos resultados no se corresponden con los de prevalencia del VIH por regiones o provincias.

En cuanto a la autoría, y de manera muy sintética, debemos subrayar que sólo el 38,7% de las informaciones están firmadas. Eso sí, de nuevo constatamos una gran diferencias entre diarios. Por ejemplo, mientras en *El Nacional* están firmadas el 60,1% de las piezas, en *El Día* el 19%. Sólo 12 autores (sobre 45) firman más de dos piezas y únicamente 5 periodistas firman 3 o más informaciones, lo que denota una baja especialización periodística. Del resto de las piezas, 55 están firmadas por agencias y 70 aparecen bajo el tópico redacción (presumimos que muchas de estas piezas también son de agencias o tienen como fuentes a otros medios de comunicación). La agencia más usada es EFE (en 23 piezas); le sigue AFP en 15, BBC Mundo en 12, AP en 5 y Xinhua en 1.

En otro orden de cosas, los *Expertos científicos* son las fuentes más citadas (41,7%), seguidos de las *Agencias gubernamentales*, con 22,6%. A partir de estas dos agrupaciones de fuentes ninguna otra llega al 10%, aunque las *Organismos internacionales* lo rozan, el 9,9%. Le siguen los expertos no científicos (9,4%), los *Centros de investigación* (7,4%), las *ONG* (5,8%) y *Otros* (5%). Por debajo del 5% se encuentran los *Medios de comunicación* (3,7%), las *Publicaciones científicas* (3%), los *Laboratorios* (1,8%), las *Asociaciones profesionales* (0,9%) y *Afectados* (0,5%). No tienen ninguna citación como fuente las *Agencias* y las *Asociaciones de pacientes*.

Que las Agencias no aparezcan como fuente no debe llevarnos a equívocos, 55 piezas, como mínimo, son totalmente de agencia –en tanto que así aparece la autoría-. También hemos de resaltar que las revistas científicas sólo suponen un 3% de las fuentes utilizadas, una cifra evidentemente pequeña; todas ellas son publicaciones anglosajonas -5 en total-, entre las que destacan por citaciones, y con 4 cada una, *Nature Nanotechnology* y *Plos Pathogens*. Ahora bien, del estudio de 2010 en España se desprende que sólo el 4,4% de las fuentes se correspondían a publicaciones científicas y que todas ellas eran también anglosajonas.

De las piezas analizadas tan sólo en 10 se habla explícitamente de discriminaciones, o sea, se recogen denuncias por discriminaciones (de nuevo merece la pena una comparación: en la investigación sobre España en 2010, sobre 427 piezas sólo se enunciaban discriminaciones en 17). Prevalecen las denuncias por discriminaciones médicas y suelen ser las ONG el origen y fuente de esa denuncia.

También hemos de consignar que una de cada cuatro piezas incluye contenidos biomédicos, concretamente el 29,8%. Ahora bien, ¿de qué contenidos biomédicos estamos hablando? Como era de esperar, de *investigación* (50 piezas), seguido de *tratamiento* (37) y *vacuna* (11).

Por otro lado, dos de cada tres piezas contiene algún error científico. La mayoría de estos errores se incluyen en las piezas firmadas. Los errores se concentran, mayoritariamente, en cuatro variables: *infectado de sida* (43), *virus del sida* (21), *morir de sida* (17) y *contagio* (15). Estos errores los podemos calificar de biomédicos, por lo que nos parece sencillo, con la debida formación, no incurrir en ellos<sup>90</sup>. Al no contar con series de datos, no estamos en condiciones de poder decir si se escribe mejor que hace años. Si comparamos estos datos con algunos de las investigaciones realizadas en España (38,4% en 2008 de piezas con errores frente a un 26% en 2010) si que podemos decir que hay un evidente margen de mejora. Hemos de subrayar que no se habla de grupos de riesgos a la par que hemos observado el uso

<sup>90</sup> Tan sólo a una pieza cabría calificarla como alarmista: Mueren más personas por hepatitis B en un día que por Sida en un año (*Diario Libre*, 19 del 10 del 12).

de la expresión *personas que viven con VIH* en sustitución de *seropositivos* o de *personas que sufren, padecen...sida*.

También debemos destacar que de las 70 piezas firmadas en 41 casos lo hace una mujer. De nuestra investigación se desprende que ni globalmente hay un enfoque de género ni se percibe que este sea mayor cuando la pieza está elaborada por una redactora. A su vez, cabe reseñar que sólo en 19 piezas la mujer tenía un rol destacado: 12 como actora, 4 como testimonio y 3 como experta.

Acabamos este apartado haciendo una referencia explícita a la tuberculosis. La infección por VIH y la TB están tan íntimamente relacionadas que a menudo se habla de "coepidemia", "epidemia dual", TB/VIH o VIH/TB. Al menos un tercio de los 38,6 millones de personas que hay en el mundo infectadas por el VIH también están infectadas por el bacilo de la TB, y corren un riesgo mucho mayor de padecer TB activa y un 12% de las muertes mundiales por TB corresponden a personas infectadas por el VIH.

Insertamos estos datos para que el lector tome conciencia de la importancia de escribir sobre TB cuando se trata el VIH/sida. Sin embargo, sólo una pieza en cada uno de los diarios habla de TB (y en 4 ocasiones es un mismo hecho noticioso, a partir de una denuncia de discriminación sufrida por un paciente) y sólo en un diario, *El Nacional*, aparece vinculados en un titular: *Alertan incremento casos sida y tuberculosis*.

### 5.2.3 Discusión y conclusiones

Quisiéramos realizar en este apartado una serie de reflexiones a partir de los resultados obtenidos. En primer lugar, debemos referirnos a si como se viene diciendo se ha llegado 'a un agotamiento del tema'; en espera de la gran noticia (cura del VIH), los criterios de noticiabilidad habrían desterrado a este tópico informativo de la agenda de los medios. Permítasenos algunos comentarios al respecto.

Ese supuesto agotamiento es más una percepción (subjetiva) que el resultado de unas investigaciones (que no se han hecho). En nuestro caso, hemos visto que la caída en la información sobre el VIH/sida en España coincide con la crisis económica de los medios estudiados, que ha supuesto recortes de plantillas y de contenidos. ¿La disminución sobre el tratamiento del VIH/sida se debe al agotamiento del tema o a la crisis del medio; en qué proporción? Sin tener una respuesta a estas preguntas sólo deberíamos hablar de hipótesis.

Por otro lado, ese supuesto agotamiento informativo del tema (por cierto, un descubrimiento científico de calado también se ‘agota’ informativamente) sólo podría ser compensado con tratamiento informativos distintos, desde perspectivas diferentes. En el caso que nos ocupa, recordemos que sólo aparecen 3 piezas interpretativas (y divulgativas), es evidente que estos dos supuestos son posibles y deseables. ¿Por qué deseables? Como mínimo por dos razones, que suplirían a dos carencias que hemos detectado entre los diarios analizados: permitirían dar voz a las personas que viven con VIH o a sus allegados y con el registro divulgativo harían más comprensibles ciertas informaciones científicas a la vez que podrían incidir más en la prevención.

Y como venimos sosteniendo en nuestros estudios, los resultados presentados ponen en duda el razonamiento, que nos atrevemos a denominar mecanicista, de que la agenda de los diarios es idéntica o muy semejante. Ya Martín Llaguno (2000), al referirse a la etapa de la epidemia del sida que denomina de normalidad activa, señala que comenzaban a aparecer divergencias en la selección de las informaciones dependiendo del diario.

Todas las investigaciones que venimos realizando y esta también, muestran claramente como los acontecimiento previsibles e institucionalizados determinan la agenda de los medios. En nuestro caso supone una sobresaturación informativa para las redacciones y para los destinatarios, hasta tal punto que podríamos hablar de ciclos regulares de agotamiento informativo. Esta práctica, que hemos observado como universal, debería corregirse dado que esa sobresaturación informativa, que también responde a lo que se considera políticamente correcto –hablar cuando corresponde del VIH/sida-, puede ser percibida como infoxicación. Tengamos en cuenta, además, que no sólo los hechos informativos se acumulan esos días (por ejemplo, en torno al Día Mundial del Sida), es que los diarios van reservando informaciones para esa fecha, por lo que el efecto de sobreexposición informativa se multiplica.

Los resultados de la investigación nos muestran, a su vez, que se puede y debe hablar del VIH y del sida sin tener que hablar de muerte. Consideramos que esta actitud a la hora de informar no sólo deviene de una toma de conciencia por parte de los informadores (VIH no es igual a muerte; destacar a la muerte es comenzar a estigmatizar): es el resultado, sobre todo, de la paulatina universalización de los tratamientos con antirretrovirales, hasta el punto de hablarse de cronificación del sida<sup>91</sup>.

Por otro lado, hemos visto como en una de cada tres piezas se habla de prevención. Cabe preguntarse si es una proporción adecuada (pensamos que no) y más ahora que se está dando

<sup>91</sup> En 2.014 se estima que cerca del 90% de las PVVS dominicanas tendrán acceso a los antirretrovirales.

un repunte de las infecciones. Pero, sobre todo, esta pregunta supone interrogarnos por el rol que ha de jugar el periodismo y el medio de comunicación respecto a la salud y respecto a las políticas de las administraciones, cuestión esta poco debatida y que, de manera un tanto simple, se puede resumir, por una parte, en la reivindicación del profesionalismo por parte de los periodistas y, por otra, en la exigencia de que el periodista asuma funciones de agentes de salud, por parte de las administraciones, instituciones y profesionales de la salud. Este es un debate crucial que va más allá de nuestro objeto de estudio y que, hoy por hoy, está en sordina.

Abundando en el tema de la prevención, debemos considerar que se puede escribir de prácticas de riesgo sin escribir sobre prevención, aunque difícilmente se puede escribir sobre prevención sin hacerlo sobre prácticas de riesgo. En muchos casos, se piensa que tratar sobre prácticas de riesgo es hacerlo ya sobre prevención, y no es así. Como hemos podido observar, cuanto más lejano es el origen de una información más probable es que escriba sobre prácticas de riesgo y no, explícita o implícitamente, sobre prevención. Evidentemente, en las piezas analizadas, cuando se habla de riesgos, se habla en la gran mayoría de los casos de ‘sexo inseguro’. Eso sí, creemos que en relación a las prácticas sexuales los escritos suelen ser en exceso pacatos, moralistas o alambicados, lo que acaba siendo perjudicial si lo que pretendemos es abundar en la prevención.

Dada la prevalencia de infecciones entre profesionales del sexo (5%) y homosexuales (6%), nos preocupa la cuasi invisibilidad de estos grupos vulnerables en la prensa dominicana. No somos de la opinión de que la agenda informativa deba responder mecánicamente a los datos epidemiológicos, pero si que creemos que debe considerarlos. En este caso, nos preguntamos hasta qué punto el moralismo y la ideología pesan a la hora de excluir a estos colectivos de la agenda informativa. Por otro lado, atendiendo a los determinantes sociales, nos preocupa que el tópico *Pobreza* no sea muy considerado y nos sorprende, favorablemente, que pese a la crisis con Haití se hable tan poco de *inmigrantes*.

Aunque previsible, no deja de producirnos inquietud el que los medios dominicanos hablen tan poco sobre la Américas (si exceptuamos EE.UU.). No creemos que esto sea exclusivo al tópico VIH/sida, lo que nos lleva a pensar en la dicotomía entre un discurso político, en numerosas ocasiones grandilocuente, de integración regional y una agenda mediática que muestra lo contrario. Consideramos que en este asunto se abren unas posibles líneas de investigación a las que los investigadores iberoamericanos deberíamos prestar atención.

Y en otro orden de cosas, pero siguiendo con el tratamiento informativo por regiones, apuntábamos al escribir sobre la República Dominicana que los resultados (o sea, de qué

regiones o provincias se escribe más) no se corresponden con los de prevalencia del VIH por regiones o provincias. Al respecto, cabría hacer dos observaciones: la primera, y que tiene que ver con un centralismo a la hora de configurar la agenda de los medios informativos en todo el mundo, es pedir un mayor equilibrio, aunque eso supone mayores costes con un rendimiento en aumento de lectores quizás poco apreciable; eso sí, creemos que debería prevalecer criterios de calidad (informativa) sobre los de cantidad. La segunda, y ya la hemos enunciado líneas más arriba, es la de si los criterios epidemiológicos han de marcar la agenda de los medios. Como nos demuestra Pablo Francescutti (2012), en España no se da esa relación directa. La pregunta es, ¿hasta qué punto debe darse y en qué situaciones? Cuestión esta que debería merecer la atención de los especialistas en comunicación y salud. Y sirva como ejemplo algunos de los resultados de esta investigación: a pesar de la evidente relación entre tuberculosis (TB) y VIH, los medios estudiados no la tienen en cuenta y no ha conseguido que se abra un hueco en su agenda.

De los resultados en cuanto a las fuentes utilizadas, querríamos extraer varios considerandos. Deparemos que los ‘afectados’ sólo suponen un 0,5% y que sólo en un 4,4% de las piezas incluyen como testimonios a personas que viven con VIH (los testimonios suelen usarse cuando el enfoque de la información es pesimista). En definitiva, las personas, sus voces, están ausentes en las informaciones y el escaso 5,8 % de las ONG<sup>92</sup> no bastan para que estas – las voces- se reflejen directa o indirectamente ni en el tratamiento ni en la agenda de los medios. En muchos casos son las propias personas que viven con VIH las que no quieren aparecer en los medios, lo que nos da a entender que la estigmatización social sigue existiendo. Recordemos que el macro género más utilizado es el informativo, por lo que es muy difícil que estas voces quepan en las piezas informativas.

El que todas las revistas científicas empleadas como fuente sean anglosajonas es un dato que no debemos dejar pasar, pues se adivina una falta de pluralismo en la construcción del panorama científico global. No olvidemos que se trata de publicaciones de referencia capaces de marcar la agenda científica mundial. A la vez, se aprecia una gran dependencia de las agencias para informar sobre investigación y tratamientos con antirretrovirales; estas piezas no se trabajan lo suficiente como para ser la base de piezas originales que puedan, por el tratamiento de su contenido, estar más próximas al lector. Consideramos que existe una gran dependencia del exterior para cubrir este tipo de hecho noticioso.

Lo que nos lleva a plantearnos una cuestión crucial: la necesidad de especialización de los periodistas en salud. Los datos de la investigación abogan por la necesidad de una mayor

<sup>92</sup>Datos que se complementan con los que siguen: en 35 piezas se habla de ONG, lo que suponen un 19,9% del total; son sujetos informativos secundarios.

capacitación y que esta sea fruto de la formación y no del profesionalismo. Sólo de esta manera podrá tararse lo complejo de manera inteligible, tener una agenda no dependiente de la que marque ciertas publicaciones internacionales y construir enfoques nuevos en torno al VIH y al sida.

Y para acabar este apartado, una última cuestión. Es evidente que falta una perspectiva de género a la hora de tratar el VIH/sida, a pesar de la mayoría de las piezas firmadas están redactadas por mujeres. Al inicio de esta ponencia escribíamos que esta investigación tiene una finalidad de intervención social. Pues bien, en la sesión en que sus resultados se hicieron públicos<sup>93</sup> los resultados de la investigación, el director de CONAVIHSIDA, el Dr. Víctor Terrero, se comprometió públicamente a que la perspectiva de género fuera una de las piedras angulares de las actuaciones de este organismo durante 2014 y, a su vez, a propiciar la capacitación científica de los periodistas dominicanos que tratan los temas de salud.

## REFERENCIAS

- CESIDA (2011). Guía de estilo sobre VIH/sida. Madrid: CESID. <http://www.felgtb.org/rs/343/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/e8a/filename/2011-cesida-guia-estilo-vih-sida.pdf>
- InfoSIDA (2006). Vacunas preventivas contra el VIH. Washington: Departamento de Salud. [http://infosida.nih.gov/contentfiles/VacunaspreventivascontraVIH\\_FS\\_sp.pdf](http://infosida.nih.gov/contentfiles/VacunaspreventivascontraVIH_FS_sp.pdf)
- Martín, M. (2000). De la detección al recuerdo: una historia periodística del sida. *Zer*, 8. <http://www.ehu.es/zer/zer8/8martin3.html>
- Francescutti, P. (2012). Epidemiología televisiva: las patologías de los españoles según los informativos. En Semir, V. y Revuelta, G. (coords.). El periodismo biomédico en la era 2.0. Barcelona. *Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve*, 25, 31-38.
- ONUSIDA (2011). Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Ginebra: ONUSIDA. [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118\\_terminology-guidelines\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf)

<sup>93</sup> El 28 de noviembre de 2013, en la sede de FUNGLODE, Santo Domingo.

Revuelta, G. y otros (2013). La comunicación pública en torno al sida el VIH. Informe Quiral2012. Barcelona: Fundació Vila Casas; Universitat Pompeu Fabra. Observatorio de la Comunicación Científica. [http://www.occ.upf.edu/img/imatges\\_cms/Informequiral2012.pdf](http://www.occ.upf.edu/img/imatges_cms/Informequiral2012.pdf)

Terrón, J. L. (2014). “El tratamiento del VIH/sida en los medios impresos de España y de la República Dominicana: el papel de las ONG en la formación de la opinión pública”, en Martínez Hermida, M.A. (ed.). Opinión Pública, -en prensa- Universidad del Rosario, Colombia.

Terrón, J. L., Martínez, L. y García, R. (2010). *El tratamiento del VIH/sida en los medios de comunicación escritos españoles: ABC, El Mundo, El País, El Periódico, La Vanguardia (Octubre 2009-Marzo 2010)*. Bellaterra: Incom-UAB. [http://www.portalcomunicacion.com/ocs/entrega/informe\\_vihsida\\_2010\\_ok.pdf](http://www.portalcomunicacion.com/ocs/entrega/informe_vihsida_2010_ok.pdf)

Terrón, J. L., García, R., Gorozpe, M. J. y Martínez, L. (2006). *El tratamiento del VIH/SIDA en los medios de comunicación escritos españoles: ABC, El Mundo, El País, El Periódico y La Vanguardia (octubre 2005-marzo 2006)*. Barcelona: InCom. [http://www.portalcomunicacion.com/ocs/down/20061110\\_inves\\_VIHsida.pdf](http://www.portalcomunicacion.com/ocs/down/20061110_inves_VIHsida.pdf)

Terrón, J. L. (2012). El tratamiento del VIH/sida en los medios españoles, investigar para propiciar nuevos relatos periodísticos. *Comunicação e Sociedade*, Número Especial, 57-67.

### **5.3. O ‘drama epidêmico’ da dengue: causas, sofrimento e responsabilidades no jornal nacional (1986-2008).<sup>94</sup>**

**Janine Cardoso**

(Fiocruz/Brasil) – janinecardoso.fiocruz@gmail.com

**Paulo Roberto Gibaldi Vaz**

(UFRJ/Brasil) – paulovaz.ufrj@gmail.com

**Resumo.** O trabalho reflete sobre as relações entre mídia, saúde e política, a partir da análise da cobertura das epidemias de dengue em 1986, 1998 e 2008, realizada pelo principal telejornal brasileiro, o *Jornal Nacional*, da Rede Globo de Televisão. Distante das abordagens que veem o jornalismo como a transmissão de informações, mais ou menos acurada em função de seus interesses políticos, econômicos e editoriais, interrogamos os dispositivos midiáticos como coprodutores de sentidos sociais. A análise comparativa privilegia a historicidade das operações que tecem as causas, responsabilidades e as formas de narrar os sofrimentos, assim como a concepção de justiça social que os sustenta. Argumentamos que em 2008 há um expressivo deslocamento do posicionamento discursivo que o telejornal propõe para si e para o telespectador, baseado no binômio risco-segurança. No contexto de esvaziamento da ação política, percebe-se a individualização de responsabilidades e sofrimentos, a idealização do poder da ação do Estado e a hipertrófia do julgamento midiático.

**Palavras-chave:** dengue; *Jornal Nacional*; risco; sofrimento; política.

#### **Introdução**

Este trabalho analisa a produção do principal telejornal brasileiro, o *Jornal Nacional*, sobre três grandes epidemias de dengue no Rio de Janeiro/Brasil: a de 1986, a de 1998 e a de 2008. Considerada uma das principais doenças reemergentes da atualidade, estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicavam, já em 2008, uma variação no registro anual dos casos entre 50 a 100 milhões, levando à hospitalização de aproximadamente 550

<sup>94</sup> Trabalho apresentado no XII Congresso de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación, GT 5 Comunicación y Salud – Lima/Peru, 2014.

mil doentes e à morte de cerca de 20 mil pessoas, em mais de 125. No mundo, cerca de 2,5 bilhões de pessoas eram consideradas suscetíveis (WHO, 2008). Novo relatório, divulgado em 2013, mantém o alerta quanto à gravidade e informa que a incidência aumentou 30 vezes em 50 anos (WHO, 2013).

Favorecida pela intensidade dos fluxos entre e interpaíses e continentes, seu controle continua desafiador. A inexistência de vacina, a notável capacidade de adaptação do vetor ao ambiente urbano e a crescente morbidade do agente infeccioso tornam a prevenção da doença tremendamente complexa. No Brasil, os sucessivos planos de controle, notadamente a eliminação dos focos do mosquito em suas diferentes fases, obtiveram êxito provisório e as epidemias continuam a ocorrer nas metrópoles e pequenos centros urbanos (Braga, Valle, 2007). Simultaneamente, são cada vez mais valorizadas a divulgação massiva de informações e as campanhas de mobilização da população para a eliminação de criadouros.

Tais dados confirmam a magnitude do problema e poderiam justificar a relevância desse estudo, principalmente tendo em vista a importância cultural da televisão, reconhecida como principal forma de informação e entretenimento dos brasileiros. No entanto, nosso enfoque vê a constituição da dengue como um problema de saúde, um problema social e um problema público e não como uma sequência natural e autoevidente, que liga os fatos aos conhecimentos técnico-científicos, e esses às ações e políticas para seu controle, à repartição de responsabilidade entre entes privados e públicos, em meio a disputas políticas e interesses econômicos mais ou menos legítimos que nos aproximariam ou distanciariam de uma desejável solução. Os constructos gerados em cada uma dessas dimensões, e aqueles resultantes das múltiplas relações que mantém entre si, envolvem processos socioculturais diversificados e contingentes que conformam o modo específico com que vemos, vivemos e transformamos a dengue em uma “causa pública” (Gusfield, 1981). Dessa perspectiva, interrogamos as relações entre saúde, mídia e política no tratamento da dengue considerando que os diagnósticos e explicações são parte do problema a ser estudado.

Nossa hipótese de trabalho é que a consolidação de uma cultura centrada no binômio risco/segurança, na transição para o século XXI, está no centro das mudanças verificadas na construção da dengue, durante o período em análise. Risco é um conceito nômade (Vaz, 2006; Castiel et al, 2011), presente em diversas áreas de conhecimento e no universo não menos heterogêneo de práticas sociais que atravessa e orienta. A despeito desta polivalência, risco é uma forma específica de objetivação do perigo pelo cálculo antecipado das probabilidades de ocorrência de um determinado evento.

A lógica do risco implica um modo singular de inserção no tempo: por poder ser parcialmente conhecido, o futuro pode (deve) ser moldado nas decisões tomadas no aqui e agora. As estimativas de risco tornam um evento previsível e evitável pela ação humana cientificamente orientada. Portanto, um constructo que tem no desenvolvimento técnico-científico, na reflexividade e na ampliação da liberdade de escolha e responsabilidade individuais as condições de possibilidade para se consolidar como operador de micro e macrodecisões (Beck, 1998; Giddens, 1991, Lupton, 1999). Na saúde, esse cálculo refere-se principalmente a eventos negativos e de um ‘que fazer’ para evitá-los, crescentemente orientado para viabilizar que os indivíduos autogerenciem suas respectivas cotas de riscos, mediante o uso racional das informações que lhes são disponibilizadas.

A perspectiva sócio-discursiva, que insere qualquer evento ou referente em um universo cultural mais amplo, alia-se, aqui, com a proposta do historiador da medicina Charles Rosenberg, para quem qualquer doença pode ser tomada como um sistema interativo que revela os embates conceituais, políticos e profissionais para que seja enquadrada como uma entidade específica. Uma vez aceita e legitimada, a própria doença torna-se um fator estruturado e estruturante de relações e respostas sociais, que pode ser tomada como um *comentário monitorado sobre a sociedade*. Esse objeto multidimensional se oferece à reflexão sobre as relações entre os modos como a sociedade se pensa e se organiza ao expor – nas iniciativas e debates envolvidos na explicação, tratamento e controle – uma tensão entre o que é e o que deveria ser (Rosenberg, 1992b).

As doenças transmissíveis, principalmente as de caráter epidêmico com possibilidade de morte, têm a capacidade de elevar exponencialmente tal tensão e fornecem uma percepção aguda dos tipos de respostas simbólicas, éticas, técnicas e materiais acionadas. Para Rosenberg, cada sociedade ‘escreve’ um drama epidêmico característico, estruturado em quatro atos: *a revelação progressiva* (o surgimento inicial e o gradativo reconhecimento da doença, permeados pelo medo e por resistência de interesses contrariados); *o gerenciamento dessa arbitrariedade* (encontrar uma explicação que domestique o evento, respostas que suscitam a moralidade do grupo e que podem servir como veículo de crítica social ou justificativa para o controle social); *a negociação da resposta coletiva* (a necessária escolha entre as opções disponíveis intelectual e institucionalmente, que refletem valores culturais e resultam em medidas que também constituem ritos e rituais que prometem um pouco de controle sobre a realidade intratável); e *o fim* (geralmente silencioso, mas acompanhado de um prólogo moral sobre como cada um e a comunidade lidaram com o desafio) (Rosenberg, 1992a, p. 280-287).

Tomar as narrativas jornalísticas como objeto implica acrescentar ao drama epidêmico da dengue outras características e dimensões, reunidas no termo ‘midiático’. Nossa análise reconhece a mídia como vetor ativo e constituinte da cultura contemporânea. Em especial o jornalismo, cuja produção, muito mais do que tornar visível os acontecimentos, constitui os próprios fenômenos dos quais fala e, ao fazê-lo, orienta uma dada percepção da realidade social. Trabalho que implica colocar em movimento, e inevitavelmente, reconfigurar os vários discursos com que tece sua própria narrativa (Bakhtin, 1992).

Neste estudo, discurso, produto e produtor de contextos, é categoria central: produção regrada de objetos, posições subjetivas, formas de circulação e interdiscursividades, banhados em relações de saber e poder historicamente constituídas. Essa visada, ao colocar em suspenso os postulados de uma enunciação verdadeira e privilegiar a articulação texto-contexto. (Foucault, 1995), não condena ao ostracismo o sentido lato e o compromisso ético presentes nas palavras mentira e verdade. Nem desconhece as implicações e lutas políticas, ideológicas e econômicas dos sistemas midiáticos, especialmente contundentes na estrutura fortemente oligopolizada da mídia brasileira e nas iniquidades a ela relacionadas. Expressa, antes, a tentativa de escapar de uma visão reducionista tanto das relações sociais, quanto da prática jornalística. (Ribeiro e col., 2010; França, 2009; Gomes, 2009, 2011a, 2011b, 2012).

Seguimos o esquema dramatúrgico proposto por Rosenberg e, neste trabalho<sup>95</sup> focalizamos o terceiro ato, o *gerenciamento da arbitrariedade*, notadamente as operações que tecem as causas e responsabilidades sobre os eventos epidêmicos, as formas de narrar os sofrimentos e a concepção de justiça social que as animam. Embora nossa análise se detenha no *Jornal Nacional* (doravante *JN*), usamos como contraponto os telejornais locais da mesma emissora, o *RJTV-1<sup>a</sup> Edição* (doravante *RJTV1*), exibido no início da tarde, e o *RJTV-2<sup>a</sup> Edição* – (doravante *RJTV2*), no início da noite.

### **5.2.1. 1986 – o retorno do *aedes aegypti* e a epidemia de dengue como sintoma social**

A partir de 1985, com o fim do mandato do último presidente militar, o general João Batista Figueiredo, o Brasil ingressou na chamada “Nova República” e vivenciou o tenso e instável processo de acomodação das forças políticas pós-ditadura, em meio à falta de legitimidade do

<sup>95</sup> Este artigo é parte de pesquisa de doutoramento, defendida em 2012. Foram reunidas e analisadas 70 matérias do *JN*, sobre as epidemias de 1986, 1987, 1990/91, 1998, 2002 e 2008. A íntegra do trabalho está disponível em [www.pos.eco.ufrj.br/publicações](http://www.pos.eco.ufrj.br/publicações).

presidente José Sarney, altos índices de inflação, desemprego, dívida externa, quadro agravados pela crise econômica mundial. Resgatar a cidadania e saldar a dívida social acumulada no período autoritário estavam na ordem do dia e inseridas nas intensas as lutas e debates sobre o modelo de desenvolvimento econômico e o arcabouço político e jurídico que garantiria o retorno do estado democrático de direito, a ser redefinido pela Assembleia Nacional Constituinte, convocada para o ano seguinte. No primeiro semestre de 1986, tinha espaço garantido e prioritário na imprensa escrita, falada e televisionada o acompanhamento diário dos impactos do Plano Cruzado I sobre a economia e a vida dos brasileiros.

A conjuntura nacional e as características das primeiras epidemias, ainda consideradas benignas e com o epicentro no estado do Rio de Janeiro, podem ser tomadas para compreender, pelo menos parcialmente, por que o tema da epidemia foi considerada de menor relevância pelo *JN*, frente ao declarado objetivo de apresentar aos telespectadores “as principais notícias do Brasil e do mundo”. De fato, no período de abril a junho de 1986 foram encontradas apenas três matérias sobre dengue – uma em abril (3'08”), outra em maio (3'02”) e a última em maio (1'36”) –, tema que obteve maior repercussão nos telejornais locais, com 15 matérias.

A dengue, e outras doenças abordadas em conjunto, foram apresentadas simultaneamente como objeto de investigação científica e de intervenção sanitária. Embora os especialistas consultados tenham ressaltado a alta probabilidade da expansão da dengue e sua vinculação à falta de estrutura e política de saúde, a potencial gravidade aparece contida na enunciação do *JN*. Em 9 de maio, o superintendente da Superintendência de Controle de Endemias da Secretaria de Saúde do Pstado de São Paulo (Sucen/SES), Antonio Guilherme de Souza, renova de forma mais enfática a previsão feita em 29 de abril: “É indiscutível que o dengue vai se alastrar”, minimizada pelo *off* que encaminha e também contém o impacto do pronunciamento do outro sanitário<sup>96</sup>:

STAND UP: O retorno e a vitória momentânea dos mosquitos acabaram incentivando uma discussão: agora, os técnicos acham que é hora de reavaliar a saúde pública do país.

ÁLVARO ESCRIVÃO – Associação Paulista de Saúde Pública (APSP): Claro, não é possível mais atitude improvisada, apenas quando ocorre a epidemia, apenas quando ocorre alguma repercussão da infecção hospitalar, como a gente assistiu no Brasil. É necessário medidas de fundo, uma política de conteúdo e que avance realmente para transformar radicalmente o sistema de saúde brasileiro. Isso depende de decisão política.

---

<sup>96</sup> Nas transcrições, as palavras sublinhadas marcam a ênfase do falante. Em negrito, aquelas destacadas por mim.

A metáfora da guerra, usada com frequência, se concretiza em 3 de junho e motiva a única reportagem exclusiva do *JN* sobre a epidemia no Rio de Janeiro. Mesmo ao narrar a entrada do Exército no ‘combate’ à dengue, que pressupõe situação de maior gravidade, permanece o tom positivo e tranquilizador, como se observa na abertura e no encerramento do locutor Cid Moreira:

No Rio, o Exército entra numa guerra declarada ao mosquito *Aedes aegypti*, o causador da dengue. São 5 brigadas, com mais de 1.600 homens preparados para o combate<sup>2</sup>.

O trabalho do Exército só vai acabar quando não existir mais nenhum foco do mosquito *Aedes aegypti* no Estado do Rio.

As matérias dos *RJTVs*, principalmente em sua segunda edição, têm outras características. O enfoque tipicamente local parece justificar o interesse no tema, mesmo quando a doença ainda não estava identificada, como a reportagem do dia 16 de abril. Nesta e nas seguintes, a evolução da doença é quantificada e localizada, os sintomas são destacados e os telespectadores são orientados sobre os cuidados a serem tomados, além de acompanharem as medidas anunciadas ou implementadas.

Os determinantes sociais da epidemia foram mencionados em duas reportagens do *RJTV2*: em 24 de maio, estudantes informam que uma vala de esgoto a céu aberto, possível “fonte de mosquitos e doenças aqui da região”, será incluída no relatório à Secretaria Municipal de Saúde; cinco dias depois, o repórter afirma no início da matéria: “Dois meses depois do começo da epidemia, as condições de higiene e saúde aqui [Baixada Fluminense] são as mesmas. A água continua empoçada nas ruas, os terrenos baldios são usados como depósito de lixo e o esgoto não foi encanado e nem sequer tratado”. Condições de vida associadas à pobreza, principalmente a ausência de saneamento básico, estavam incluídas na rede causal da epidemia.

A responsabilização de políticos e governantes pelo retrocesso socio-sanitário do país e pelo sofrimento de milhões de brasileiros, intensa na imprensa escrita, não teve espaço no *JN*. A análise deixa clara sua opção por uma enunciação pedagógica, em aliança com médicos, autoridades sanitárias e poderes públicos. A reportagem do dia 9 de maio é exemplar: após destacar as ações de combate à dengue, a notificação de 16 casos de malária, mostrar o mosquito anofelino e a atividade dos agentes sanitários, em Guarujá/SP, o telejornal apresenta, de forma receptiva e compreensiva, representantes de milhares de pessoas que lotavam todos os dias o posto de vacinação contra febre amarela, na expectativa de se

prevenir contra a dengue, mas se coloca claramente junto às autoridades sanitárias, que afirmam a inadequação da medida.

A aliança com os peritos é uma característica importante no posicionamento do *JN*. Na epidemia de 1986, os médicos aparecem como confiáveis, capazes de cuidar dos doentes e de tranquilizar a população, suscetível de pânicos injustificados. Os especialistas em saúde pública, por sua vez, explicam o que favorece a reprodução do mosquito e o que é possível fazer para controlá-la. Outro aspecto diz respeito à forma como trata a epidemia, restrita à dimensão sanitária. Havia a epidemia, o Estado, os peritos, a população, os doentes. A condução narrativa está ancorada no papel de tornar visível para muitos uma cena social. Nos telejornais locais, a narrativa cedeu espaço para lideranças e representantes da população, condizente com o jornalismo de serviços (comunitários). E para os doentes que não aparecem no *JN*. Nas matérias dos *RJTVs*, eles personificam os sintomas, a evolução clínica e ilustram a propagação da doença. Trabalho que, além de reforçar o registro factual, aumenta o vínculo de proximidade com a audiência. Nenhuma das matérias, no entanto, identificou os entrevistados e, mesmo que isso tenha eventualmente ocorrido<sup>97</sup>, não houve valorização nem individualização do sofrimento. Como destacado na fala da repórter Bia Falbo (*RJTV2*), em 16 de abril, ao entrar em uma casa, tratava-se de “ver aqui o doente”.

É razoável atribuir este enfoque ao caráter benigno da doença, muitas vezes tratada em casa. No entanto, a valorização deste aspecto era uma opção disponível e foi explorada como forma de politização, na imprensa escrita, por sanitaristas e por movimentos populares da Baixada Fluminense. Como analisamos (Vaz; Cardoso, 2011; Cardoso, 2012) em 1984, epidemias que causaram mortes infantis foram oportunidade para denúncia social, segundo outras retóricas.<sup>98</sup>

<sup>97</sup> Os créditos dos entrevistados, sejam eles autoridades ou populares, são pouco frequentes *no corpus*, o que não significa que não tenham sido exibidos.

<sup>98</sup> Uma matéria sobre um surto de desidratação na Bahia causado por um vírus até então não identificado, que só em Feira de Santana causou a morte de 105 crianças em 15 dias. A outra, sobre a endemia de enterite que causava anualmente mais de 23.000 mortes de crianças no Pernambuco. Em nenhuma delas houve individualização do sofrimento: as vítimas foram apresentadas como exemplo de uma situação mais ampla, que atingia milhares.

### **5.2.2. 1998 - entre a gravidade e a responsabilidade: formas de mostrar e conter**

Copa do Mundo, El Niño, clonagem humana, o caso Clinton-Lewinski, eram alguns dos temas em evidência na mídia, sete anos após a “última grande” epidemia de dengue.<sup>99</sup> Na política nacional, as eleições presidenciais, reformas constitucionais e mudanças ministeriais.

Entre janeiro e abril desse ano, foram localizadas 5 matérias do *JN* sobre dengue, totalizando 8'19" e com leve predominância em abril (4'49"). Segundo esse levantamento, a possibilidade de uma nova epidemia de dengue não foi incluída na pauta dos telejornais nos dois primeiros meses do ano, ainda que 1997 a dengue tenha se alastrado por em vários estados do país, com expressivo aumento do número de casos. Mesmo nos *RJTVs*, apenas uma referência foi encontrada, sobre a primeira vítima fatal de dengue hemorrágica, em Maricá/RJ. Apenas a partir de meados de março, com a intensificação da doença, principalmente nas cidades de Belo Horizonte e Rio de Janeiro, o tema passa a merecer maior atenção, coincidindo com a substituição de Carlos Albuquerque por José Serra, (PSDB) no Ministério da Saúde, no final desse mês. Importante destacar que as eleições presidenciais daquele ano, resultaram na reeleição de Fernando Henrique Cardoso (PSDB).

Importante notar que durante essa década as mudanças no jornalismo da Globo se acentuaram. Em março de 1996 ocorre uma das mais significativas: a tomada de posição da “locução”, colocando a cargo de jornalistas profissionais os principais postos da elaboração e apresentação do telejornal. Em ambiente de maior concorrência televisiva, essa é uma nova estratégia de ampliação da credibilidade do *JN*. O papel “ativo e interpretativo” desses profissionais na mediação entre o que vai pelo mundo e o que chega, e como chega, à audiência, redimensionou a relação não “apenas” com os governos, mas principalmente com a política e os políticos, com significativa restrição do espaço que a TV Globo para políticos que eram só políticos, a mentira comum dos políticos (...) era flagrante que o povo não estava gostando disso e nem nós gostamos” (Porto, 2002, p.20 – marcas minhas). Independente das avaliações quanto a esse diagnóstico, importa sublinhar que o novo papel dos jornalistas, não só da Globo e do *JN*, esteve na base da ampliação da autoridade enunciativa e maior independência, inclusive em relação aos especialistas.

---

<sup>99</sup> Entre os anos de 1990 e 1991, totalizando 144.678 casos, no Brasil, e 1998, com 507.715, ocorreram várias outras epidemias e surtos de dengue, atingindo principalmente, além do Rio de Janeiro, estados da região Nordeste, como Bahia, Paraíba, Pernambuco e Bahia.

Mas, a epidemia de dengue em 1998 não suscitou esse investimento. Como nos anos anteriores, a eclosão de uma nova epidemia não despertou discussão ou estranhamento. As notícias acompanhavam o curso de uma doença transmissível, as intervenções técnicas e suas insuficiências, sua maior gravidade e abrangência, sem que a situação tenha sido considerada evitável. Tratava-se de generalizar a situação de perigo já conhecida e enfatizar a necessidade de melhorar as iniciativas de controle e prevenção.

O que mereceu ser explicado com mais detalhes foi o porquê do agravamento dos casos clínicos, ou seja, os efeitos de uma segunda infecção, por outro tipo de vírus, no corpo humano. Assim, a cobertura pode prescindir da presença dos peritos para confirmar a epidemia (apenas dois médicos são ouvidos) ou da referência verbal ao *Aedes aegypti* (mencionado apenas como mosquito e presente também na forma gráfica de um selo, em duas edições de abril).

Fatores que poderiam ser insumo para crítica e responsabilização – o agravamento dos casos, o novo sorotipo propiciando os casos de dengue hemorrágica e a própria endemização – não são abordados. No Rio de Janeiro, as deficiências das ações técnicas são citadas e incluídas entre os agravantes da epidemia, mas não entre suas causas. Mesmo durante o mês de abril, com o aumento do número de casos e mortes, o que merece ênfase são as medidas tomadas para seu controle:

JN-02/04/1998- FÁTIMA BERNARDES: Dois mil homens do exército entram na guerra contra a dengue, no Rio. Hoje surgiu a suspeita de dois casos de dengue hemorrágica na capital.

O exemplo mais expressivo dessa estratégia narrativa aparece no dia seguinte:

JN-03/04/1998 - FÁTIMA BERNARDES [*também com o selo, à esquerda*]: Confirmado os dois primeiros casos de dengue hemorrágica no município do Rio. Em Brasília, o ministro da Saúde, José Serra, assinou convênios liberando 24 milhões e meio de reais para o combate à doença e demitiu o coordenador da Fundação Nacional de Saúde no Rio.

Não houve interesse em atribuir responsabilidades pela ocorrência de epidemias em vários estados do país, nem pelo sofrimento e mortes por elas provocadas: a ênfase nessas dimensões fica contida pelo destaque conferido ao que está sendo feito no presente, inclusive o empenho dos profissionais e autoridades de várias áreas.

Embora o sofrimento dos doentes ocupe maior espaço, até abril predomina o tom descriptivo. O anúncio de dois casos de dengue hemorrágica na cidade do Rio de Janeiro, no entanto, trouxe imagens, até então inéditas, do enterro de duas vítimas.

A despeito da maior carga dramática e da nomeação, as matérias não parecem expressar um deslocamento significativo na forma de exposição do sofrimento, quando comparadas às epidemias anteriores. A dor dos parentes é mostrada, mas outras operações tratam de conter a indignação, como a apresentação da causa da morte como indeterminada.

O enquadre se mantém na terceira morte. Imagens do enterro de D. Sebastiana Monteiro, com foto de sua carteira de identidade, são acompanhadas do *off*.

E o município do Rio teve sua primeira vítima fatal da epidemia de dengue. Sebastiana de Monteiro, de 77 anos, estava internada há duas semanas, com hemorragia digestiva e fortes dores no corpo. O atestado de óbito traz como causa da morte complicações da dengue hemorrágica.

A ausência do depoimento da filha de Dona Sebastiana, que no *RJTV* acusou veementemente os responsáveis pela saúde pública, confirma que o *JN* julgou a morte relevante, mas se manteve distante de qualquer atribuição de responsabilidade. Em 1998, os dados do Ministério da Saúde totalizam 10 mortes no país, sendo 3 no Estado do Rio de Janeiro.

### **5.2.3. 2008: dengue, risco e política do sofrimento**

Desde o segundo semestre de 2007, as estatísticas oficiais já apontavam para o expressivo aumento do número de casos em vários estados do país, antes mesmo do início do verão. No início de 2008, enquanto observa-se expressiva diminuição do número de casos no país, a situação é inversamente proporcional no Rio de Janeiro, com 42% de aumento.

As avaliações divergentes das autoridades federais, estaduais e municipais – intensas na epidemia de 2002 – ocuparam lugar central, polarização favorecida por serem ambos anos eleitorais. O posicionamento do telejornal, no entanto, foi bastante diferenciado. Em 2002<sup>100</sup>, observamos que ao lado das denúncias sobre desperdício de recursos, houve espaço para as iniciativas federais, assim como para explicações sobre a complexidade do enfrentamento da

---

<sup>100</sup> O então ministro da Saúde, José Serra, se candidata à presidência da República e é derrotado por Luis Inácio Lula da Silva, no segundo semestre do mesmo ano.

epidemia não só no país, mas, como informava na OMS, em vários países. Em 2008, ano de eleições para os governos estaduais, e já no segundo mandato do presidente Lula, a tônica foi a denúncia do absurdo de mais uma epidemia, omissão e negligência. O conflito entre as autoridades foi inscrito neste quadro. No município, as autoridades sanitárias negavam a epidemia, enquanto o prefeito recusava-se a conceder entrevistas. O ministro da Saúde instituiu um gabinete de crise no Rio de Janeiro, ao mesmo tempo em que não poupava críticas à condução municipal, posição compartilhada pelo governador, seu aliado. Mais uma vez, as Forças Armadas foram convocadas, desta vez, para assumir a instalação de tendas de hidratação e hospitais de campanha.

Diante da magnitude da cobertura e dos altos custos para a aquisição das matérias, foi preciso restringir o *corpus* às 23 matérias veiculadas na segunda quinzena de março, com 58'51''. Integram o *corpus* secundário todas as matérias do *RJTV2* (26) desse período e as do *RJTV1* (20) veiculadas nos dias 24 e 25 de março. Essa cobertura totalizou 2h34'38''.

O conjunto selecionado retém a importância que o *JN* conferiu à epidemia, que transcende o aspecto quantitativo. O grau de investimento manifesta-se nos editoriais, na duração das matérias, na mobilização de equipes de reportagens para percorrer unidades assistenciais, áreas críticas, local de moradia das vítimas em diferentes pontos do estado e na diversificação das estratégias narrativas.

A gravidade daquela que é considerada a maior epidemia de dengue do estado e do país não é suficiente, todavia, para entender a relevância que adquiriu na pauta do telejornal e as estratégias acionadas para narrá-la. Decisivo foi o enquadramento do evento como *previstível e evitável*, parâmetro para organizar e hierarquizar os elementos incluídos na rede explicativa. Nela, a responsabilidade individual foi apontada como causa maior da epidemia e a dramaticidade, individualização do sofrimento e das responsabilidades foram de intensidade inédita.

Essas marcas estão presentes na primeira matéria do *corpus*, exibida no dia 17 de março. As frequentes ações de combate ao “inimigo comum” foram substituídas pela analogia explícita com um filme de guerra e, principalmente, as imagens dos ‘feridos de guerra’, na enfermaria de um hospital público. A câmera na mão mostrava o ambiente pouco iluminado, detalhes das expressões de abatimento de pais e filhos e nas folhas de identificação, com o diagnóstico e nome de 3 crianças. Na sequência, o *off* e imagens generalizam a situação para outras unidades de saúde e dá voz às vítimas: “Camila tem apenas 7 anos, mas sabe o risco que corre”. CAMILA: “Eu quero ser atendida [pausa] **pra mim não morrer, né**”. MÃE,

chorando: “Cadê os médicos dos hospitais públicos, que não tem?! As crianças estão morrendo!!”.

No dia 19 de março, o telejornal noticia a denúncia-crime na justiça contra as autoridades das três instâncias executivas por negligência no atendimento aos doentes, impetrada pelo Sindicato dos Médicos/RJ. É a imagem da face assustada de uma criança internada, com fios e tubos espalhados pelo corpo, que sustenta a voz do presidente do sindicato quando afirma que “essa situação não pode ficar impune”.

A edição do dia 24 de março deixa clara a decisão de sentido sobre a previsibilidade e contingência da epidemia. A ela foram dedicados cerca de 10', no primeiro bloco do telejornal:

FÁTIMA BERNARDES: Quando nós apresentamos a primeira reportagem da série [*sobre dengue*], em 08 de outubro do ano passado, todos, aqui, no *Jornal Nacional*, estávamos convencidos da responsabilidade de cada um no combate a essa doença. As autoridades públicas municipais, estaduais e federais, os profissionais da saúde, os profissionais de comunicação e cada cidadão brasileiro. Nas reportagens da série, nós relembramos os procedimentos básicos para eliminar criadouros de mosquitos; mostramos como o *Aedes aegypti* se reproduz e como todos precisam ajudar a combater a dengue, uma doença que pode matar.

WILLIAM BONNER: A dengue não era novidade para ninguém. Pelo menos não deveria ser. Mas, apesar de tudo isso, neste ano de 2008, milhões de brasileiros estão assustados porque milhares ficaram doentes e morreram dezenas. E, desta vez, no Rio de Janeiro.

Pela primeira vez, nas duas décadas analisadas, sobressai lógica do risco, embora o conceito epidemiológico já estivesse presente na discussão entre os peritos em todo o período. Ao contrário do conceito de perigo, no qual um evento futuro pode ou não acontecer, o conceito de risco postula o poder da ação humana ao supor a dupla contingência do evento negativo (Luhmann, 1993). Além de ser meramente possível, seu advento depende, ao menos em parte, de uma decisão tomada no presente. Se essa lógica é aplicada a um evento que já ocorreu, ou está em curso, busca-se no passado o momento onde algo poderia ter sido feito. Por essa via, a epidemia tornou-se plenamente previsível e evitável; consequentemente, a mácula do atraso foi sublinhada em cada iniciativa anunciada, sempre insuficiente por ter desprezado o momento no qual seus efeitos teriam construído outro presente.

O tipo de responsabilização empreendido pelo *JN* não descartou os elos virológicos, biológicos, ambientais e assistenciais da cadeia causal. Tais componentes foram pedagogicamente apresentados e usados como argumento para o aumento da vigilância e cuidado e para a intensificação da ação solidária, principalmente, a doação de sangue. Mas esses fatores não afetaram seu *status* de fenômeno previsível, não atenuaram a responsabilidade das autoridades por sua eclosão e, principalmente, não foram acionados quando se trata de explicar por que um indivíduo específico contraiu a forma hemorrágica ou morreu, como vimos em 1998.

A população não ocupou apenas o lugar de vítima. Como informou a repórter Sandra Moreyra, “não foi só a demora das autoridades no combate ao mosquito que fez a dengue aumentar tanto no Rio de Janeiro (...) parte da população também não colaborou (...) e os agentes encarregados da inspeção sanitária não conseguiram entrar em 40% das casas da cidade”. Essa dimensão foi reiterada em diversas reportagens, na edição da fala de populares e vítimas, assustados e indignados com o descaso de vizinhos que acumulavam lixo ou não cuidavam de suas piscinas. O tipo de interação proposta vai além da necessidade de participação: na descoletivização operada pela lógica do risco, radicaliza-se a exigência que todos os indivíduos tenham a mesma percepção e cota na gestão dos riscos. A responsabilidade maior, contudo, foi atribuída às autoridades. E as esperanças, mais uma vez, projetadas nas Forças Armadas.

A individualização do sofrimento em contraponto com a vida até então feliz das vítimas, acompanhou a individualização das responsabilidades. (Vaz, 2009, 2010). Esse enquadre claramente prescindiu da inclusão dos determinantes sociais da doença e da epidemia: pobreza; ausência de saneamento básico; fornecimento regular de água e coleta de lixo; déficit educacional, habitacional e assistencial, puderam ser omitidos e, se mostrados, reduzidos à dimensão gerencial e/ou esvaziados por outro tipo de denúncia.

A nomeação, forma primeira de individualizar o sujeito no mundo, constituiu uma operação central e regular na narrativa desse tipo de sofrimento: nas edições analisadas, 46 vítimas foram nomeadas. Para os efeitos pretendidos, foi importante mostrar o nome em imagens ou incorporá-los na fala dos repórteres e apresentadores, indicativo do lugar estratégico ocupado na teia enunciativa.

A edição do dia 25 de março condensa os elementos dessa retórica. Nesse dia, a epidemia ocupou 10'23" do tempo do *JN*<sup>101</sup>, 5'25" dedicados às vítimas fatais menores de 15 anos, que

---

<sup>101</sup> O *JN* tem duração variável, em torno de 40'.

respondiam por 27 das 49 mortes no estado do Rio de Janeiro. Essa análise já foi apresentada em outro lugar (Vaz; Cardoso, 2011) e destacaremos apenas o esforço para identificar nome e idade de 27 crianças e adolescente, a produção de uma vinheta com cenas de grande emoção e a exibição de 4 reportagens, cada uma com 1'. As histórias tinham a mesma estrutura: apresentação do local de moradia, características da personalidade, as preferências e sonhos da vida normal e feliz de cada criança, entrevista com os pais, relato do rápido curso de adoecimento e morte, o sofrimento e perda insuperável da família. Ao final, a mesma foto da abertura sustenta a voz da repórter: “A dengue matou [nome] aos [X] anos de idade”, ao invés de dizer, como seria mais usual, “[nome] morreu de dengue” – ou de outra doença.

Os relatos utilizaram fotos privadas das vítimas alegres, fantasiadas, brincando e com uniforme escolar, comprovando a felicidade então existente e brutalmente interrompida: os planos de futuro de cada criança são relatados, e, no texto dos repórteres e na fala direta dos pais, a felicidade foi articulada ao valor moral de seus filhos: estudosos, caseiros, generosos, religiosos, solidários. Parece claro que o papel de informações tão íntimas é o de realçar a inocência das vítimas, aumentar a indignação, favorecer a identificação da audiência com os sofredores e reforçar a aliança com o telejornal que denuncia tamanho escândalo.

O sentido do sofrimento é dado, primeiro, pela dor incomensurável dos pais. Seus relatos exemplificam uma diferença significativa na forma de expor o sofrimento que pode ser sintetizada como a passagem do Crucificado à Pietá (Fassin, 2010). Se no primeiro tipo, as marcas visíveis do corpo que sofre estabelecem imediatamente a distância com a audiência, no segundo, as imagens e os testemunhos de parentes sobre a imensidão da perda, ao contrário, favorecem a identificação direta: qualquer um é capaz de se angustiar e revoltar ao imaginar-se diante da perda de um ente tão querido.

As cenas de velório e enterro, ao contrário do observado em 1998, foram revestidas de alto teor dramático. Um exemplo: “Mais uma cena de dor (...) Ana Clara tinha 7 meses, morreu ontem a noite, num hospital da zona oeste do Rio, a região onde há o maior número de casos da doença”. MÃE (chorando, devastada): “Tiraram um pedaço de mim, tiraram um pedaço de mim, tiraram um pedaço da minha vida”.

### 5.2.4. O prólogo moral

A interrelação entre técnica de exposição e causa do sofrimento dá acesso à concepção de justiça social que sustenta as narrativas. Na forma de politização característica da modernidade, a política da piedade, nos termos de Arendt (2001), o sofrimento observado a distância era articulado à causalidade estrutural. E ela esteve presente, em 1984, em outras epidemias que provocaram mortes infantis (cf. nota 5). Por ser histórica, seria passível de mudança pela união política dos cidadãos em nome de um interesse coletivo maior. Segundo nossa análise, não foi essa a forma de causalidade que predominou no *JN*, notadamente em 2008: nesse ano, sobressaiu a (ir)responsabilidade do Estado, na forma das falhas individuais de governantes e funcionários, que não conseguiram deter a epidemia e preservar a rotina feliz e segura de cada indivíduo, independente de sua posição social. E é importante destacar que todas as vítimas que apareceram no *JN*, em 2008, eram pobres, como mostravam as imagens e falas localizando os bairros da periferia onde moravam ou a indicação que a vítima “morava nessa comunidade pobre”. Mas essa não era a característica que favorecia a identificação, na forma de a audiência se pensar naquela condição. Assim, a pobreza pode ser mostrada e mesmo nomeada, mas, na comparação histórica, é duplamente elidida: não é obstáculo à felicidade, não aponta para desigualdades sociais, nem é articulada causalmente à emergência da doença e do sofrimento.

A análise mostra que o postulado neoliberal do Estado mínimo pode comportar o pressuposto de uma quase onipotência da ação desse mesmo Estado: mínimo em recursos, instituições e profissionais, mas máximo na eficiência com que deve manejá-los para coibir riscos à segurança dos cidadãos. A interdição de tal ideal, visto que mortes e sofrimentos continuam a existir, encontra sua explicação nas falhas individuais no exercício das funções públicas. A reiteração dessa crença não é inócua para a formulação e implantação de estratégias sanitárias. A definição de qualquer intervenção precisa considerar, além de sua potencial eficácia, também a necessidade de enfrentar o julgamento midiático.

## REFERÊNCIAS

- Arendt, H. (2001). *Sobre a revolução*. Lisboa: Relógio D’água.
- Bakhtin, M. (1992). *A estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.

Braga, I. A. e Valle, D. (2007). Aedes Aegypti: Histórico do controle no Brasil. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 16(2), 113-118.

Cardoso, J. M. (2012). *Entre vítimas e cidadãos*: risco, sofrimento e política nas narrativas do *Jornal Nacional* sobre as epidemias de dengue (1986-2008). Tese (Doutorado em Comunicação e Cultura) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio De Janeiro.

Castiel, L. D., Sanz-Valero, J. e Vasconcellos, P. R. (2011). *Das Loucuras Da Razão Ao Sexo Dos Anjos*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Fassin, D. (2010). *La Raison Humanitaire*. Paris: Seuil/Gallimard.

Foucault, M. (1995). *Arqueologia Do Saber*. Rio De Janeiro: Forense Universitária.

França, V. A. (2009). Televisão Porosa – Traços e tendências. In: Freire Filho, J. (org.). *A TV em transição: tendências de programação no Brasil e no Mundo*, 27-52. Porto Alegre: Sulina.

Gomes, I. M. M. (2012). *Análise de Telejornalismo Desafios Teórico- Metodológicos*. Salvador: Edufba. <http://Repositorio.Ufba.Br/Ri/Handle/Ri/14482>

Gomes, I. M. M. (2011a) Tendências do telejornalismo brasileiro no início do século XXI: Telejornalismo Popular E Infotainment. In: João Freire Filho; Gabriela Borges. (Organizadores). *Estudos de televisão: Diálogos Brasil-Portugal*. Porto Alegre: Sulina.

Gomes, I. M. M. (2011b) *Gênero televisivo e modo de endereçamento no telejornalismo*. Salvador: Edufba.

Gomes, I. M. M. (2009). *Televisão e realidade*. Salvador: Edufba.

Guiddens, A. (1991). *As Consequências da modernidade*. São Paulo: Unesp.

Gusfield, J. R. (1981). *The culture of public problems*. Chicago: University of Chicago Press.

Luhmann, N. (1993). *Risk: A sociological theory*. New York: Aldine de Gruyter.

Lupton, D. (1999). *Risk*. London/New York: Routledge.

Porto, M. (2002). Novos apresentadores ou novo jornalismo? O Jornal Nacional antes e depois da saída de Cid Moreira. *Comunicação e Espaço Público*, (2), 9-31.

Ribeiro, A. P. G., Sacramento, I. e Roxo, M. (2010). *História da Televisão no Brasil: do início aos dias de hoje*. São Paulo: Contexto.

Rosenberg, C. (1992a.) What is an epidemic? AIDS in historical perspective. In: Rosenberg, C. *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge, 278-293. Cambridge University Press.

Rosenberg, C. (1992b.) Explaining Epidemics. In: Rosenberg, C. Explaining epidemics and other studies in the history of medicine, 293-304. Cambridge: Cambridge University Press,

Vaz, P. (2009). Vítima virtual e mídia. En *Simpósio interdisciplinar vigilância, segurança e controle social na América Latina*. Curitiba.

Vaz, P. (2006). Consumo e risco: mídia e experiência do corpo na atualidade. *Comunicação, Mídia e Consumo*, 3(6), 37-62. São Paulo.

Vaz, P., e Cardoso, J. M. A (2011). Epidemia da dengue como questão política: risco e sofrimento no Jornal Nacional em 2008. En: *Encontro anual da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação*, 20, Porto Alegre.

World Health Organization. *Dengue Net*.  
<http://www.who.int/globalatlas/dataquery/default.asp>

World Health Organization. (2013). *Sustaining the drive to overcome the global impact of neglected tropical diseases: Second WHO Report on Neglected Diseases*.

### **5.3. A pesquisa brasileira sobre radiocomunicação comunitária e saúde – uma leitura fundamentada na teoria da ação comunicativa.<sup>102</sup>**

**Hugo Fanton Ribeiro da Silva**

Pós-doutorando em Ciência Política na Universidade de São Paulo

hfanton@gmail.com

**Resumo.** Uma estratégia de aproximação entre atores sociais no campo da saúde é a interação pelas rádios comunitárias. Este trabalho faz uma leitura da produção científica brasileira acerca do tema, fundamentada na Teoria da Ação Comunicativa. Foram selecionados dez artigos, buscando-se avaliar se prevalece a ação instrumental ou comunicativa na relação entre pessoas e instituições do campo da saúde e as rádios comunitárias. A instrumental predomina, permanecendo o desafio de aproximar sistema, profissionais e pesquisadores de saúde do agir comunicativo que acontece nas vivências cotidianas.

**Palavras-chave:** rádio comunitária; saúde; Teoria da Ação Comunicativa.

#### **Introdução**

Na segunda metade do século XX, a organização dos serviços da saúde no Brasil passou por profundas mudanças políticas, ideológicas e sociais, em direção ao atual Sistema Único de Saúde (SUS), superando-se o modelo médico assistencial privatista em direção à concepção da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. Saúde deixa de fazer referência estrita à assistência médica e passa a se relacionar, pela fundamentação normativo-legal, a seus determinantes e condicionantes, tais como trabalho, alimentação, habitação e transporte. Esta concepção democratizante de saúde traz a necessidade de intervenção de diferentes forças sociais na formulação, execução e avaliação de políticas públicas, de modo que a participação social se consolida como princípio do pleno exercício do direito. No entanto, a

<sup>102</sup> Este artigo foi apresentado e publicado nos Anais do Grupo Temático 5 Comunicação e Saúde do X Congresso da Associação LatinoAmericana de Pesquisadores em Comunicação (ALAIC), Bogotá-Colômbia, 2010.

ausência de grupos sociais na legitimação da aplicação normativa estimula a busca, por pesquisadores e gestores, de estratégias de ampliação das bases sociais da Reforma Sanitária Brasileira, de modo que a legitimidade das políticas de saúde esteja fundamentada no *entendimento* cotidiano dos cidadãos sobre as regras de sua convivência (Habermas, 1997).

A intervenção e a interação com meios de comunicação se colocam, desse modo, como uma das estratégias de aproximação entre os diferentes atores sociais. Neste contexto, estão inseridas pesquisas que relacionam radiocomunicação comunitária e saúde. E pela leitura da produção científica brasileira acerca do tema, fundamentando-se na Teoria da Ação Comunicativa do filósofo alemão Jürgen Habermas, o presente trabalho traz a reflexão sobre como comunidade acadêmica e sistema de saúde se relacionam com as rádios comunitárias no Brasil.

### 5.3.1. Referencial teórico

A fundamentação sociológica da Teoria da Ação Comunicativa inicia-se pela diferenciação de mecanismos de integração social formadores de *sistema*, que coordenam as ações de forma objetiva, dos do *mundo da vida*, relacionados à relação pela linguagem orientada ao entendimento mútuo. Para Habermas, a reprodução material da sociedade moderna só é possível por haver uma neutralização dos potenciais de conflito e dissenso nas ações orientadas para o êxito. A aplicação impessoal de regras de convivência e de compra e venda de mercadorias, por exemplo, obedecem a uma lógica instrumental, em que “o mundo e os atores sociais são tomados não como sujeitos dotados de opiniões, visões do mundo e crenças, mas como meros objetos, como meios com vistas à consecução de um fim determinado”. Esta é a ação instrumental, que neutraliza os potenciais de conflito por ter como característica a orientação para “a consecução de determinados fins de reprodução material previamente estabelecidos” (Nobre, 2008, p. 20).

No entanto, ainda que a lógica instrumental reduza os potenciais de conflito na sociedade, não os elimina, apenas limita “o campo em que eles ocorrem, garantindo que não coloque em risco a reprodução material da sociedade” (2008, p. 20). Os conflitos e dissensos são também superados pela discussão racional livre orientada para o entendimento mútuo, a ação comunicativa, em que as regras de discussão são estabelecidas pelos seus participantes.

Nas trocas comunicativas cotidianas, há um conjunto de regras linguísticas não problematizadas, mas que se colocam como convicções comuns que possibilitam o

entendimento mútuo, e das quais os diferentes atores sociais se valem nos atos de fala para garantir validade a pretensões de validade. O próprio conceito de ação comunicativa pressupõe que, para haver a integração social “por linguagem compartilhada intersubjetivamente”, são necessárias “limitações pragmáticas” que obrigam os sujeitos a saírem de seu egocentrismo e a “se colocar sob os critérios públicos da racionalidade do entendimento”. É sob tais pressupostos que o entendimento se torna possível (Habermas, 1997, p. 45).

Assim, a ação instrumental e a comunicativa se pressupõem, na medida em que o entendimento mútuo só é possível pela estabilização de algumas regras previamente acordadas, e essa estabilização é construída pela arguição livre daqueles integrados socialmente.

Esta relação entre ação instrumental e ação comunicativa embasa, em *Direito e Democracia*, o entendimento habermasiano de legitimidade política. Para o pensador alemão, a política pode ser entendida em termos instrumentais e comunicativos, uma vez que há a necessidade do sistema político, ainda que estabilizado, ser “permanentemente regenerado por influxos comunicativos”. A manutenção da dominação vigente está relacionada à possibilidade de permear o *sistema* por tais influxos advindos do *mundo da vida*.

Mas o antagonismo entre esses tipos distintos de integração social, próprios de sistema ou mundo da vida, também se transforma quando o sistema econômico busca monetarizar o mundo da vida e o sistema administrativo burocratizar relações sociais do mundo da vida. Nesse sentido, uma das violências caracterizadas por Habermas reside justamente no não reconhecimento, pelas pessoas, da validade das normas sociais. Questão decorrente da colonização do *mundo da vida* pelo *sistema*. Ou seja, os sistemas econômico e estatal-burocrático invadem a esfera da família, relações de amizade e a esfera pública e suas instituições.

Desse modo, a legitimidade de uma norma deve transcender sua positividade por um processo “capaz de permitir o surgimento do maior número possível de vozes, de alternativas, de ação e de formas de vida, garantindo seu direito de expressão e de participação” (Nobre, 2008, p. 35). É assim que os espaços públicos de formação da opinião podem, pela ação comunicativa, redefinir e delimitar o sistema político, pelos processos de construção discursiva e identitária. Assim, as lógicas instrumental e comunicativa se pressupõem mutuamente – na medida em que há um caráter procedural na busca pelo entendimento mútuo – e a dinâmica de prevalência entre uma e outra pode se colocar como critério de avaliação de um processo comunicativo.

### 5.3.2. Método

Este artigo buscará, nas pesquisas que relacionam rádio comunitária e saúde, entender se predomina, neste campo de pesquisa, a perspectiva da ação instrumental ou da comunicativa. Ou seja, se este meio de comunicação é considerado como instrumento de propagação de valores e normas ou como espaço em que normas e valores são diluídos comunicativamente e expostos ao conflito livre entre argumentos mobilizadores (Habermas, 1997).

Para tanto, foi realizada uma busca por artigos, valendo-se das palavras-chaves Rádio Comunitária e Saúde, pela Biblioteca Virtual em Saúde – Saúde Pública Brasil (<http://saudepublica.bvs.br/>) nas bases bibliográficas LILACS; Coleciona SUS; CIDSaúde; MEDLINE; SciELO; SciELO Saúde Pública; COCHRANE; WHOLIS; e Recursos Educacionais Abertos. Selecionou-se apenas artigos brasileiros.

### 5.3.3. Material

Foram selecionados dez artigos, adotando-se como critérios o idioma – português – ano de publicação – 1995 a 2010 – e disponibilidade do texto integral para análise. Não foram considerados teses, dissertações, monografias e livros. A partir da leitura das pesquisas, tornou-se possível construir uma descrição das diferentes abordagens do campo da saúde sobre a radiocomunicação comunitária, para posterior análise fundamentada no marco teórico proposto no início deste artigo.

No Texto *Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/ Aids em São Paulo, SP*, Figueiredo e Ayres (2002) realizam um “estudo-intervenção de base comunitária”, com o objetivo de “desenvolver e avaliar um conjunto de ações de prevenção das DST e da Aids voltadas a atingir a vulnerabilidade da população feminina de baixa renda”. Para tanto, foram desenvolvidas e avaliadas algumas ações, dentre elas “a distribuição de materiais educativos e realização de programas na rádio comunitária”. Os autores destacam como resultados, dentre outros, o “aumento da demanda pela camisinha masculina e o interesse pela camisinha feminina” e “sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde” (2002, p. 97).

Já o artigo *Câncer nas Ondas do Rádio* – Jurberg e Macchiute (2007) – analisa “177 reportagens sobre câncer veiculadas em uma rádio de notícias 24 horas” e, a partir disso, traça “um panorama sobre o tema nesta rádio”.

Em *Comunicação, saúde e comunidade: a contribuição das rádios comunitárias* (2007) e em *Uma experiência em comunicação e saúde* (2009), Matos, Meneguetti e Gomes tratam da avaliação de uma “experiência desenvolvida no município de Guarulhos, sob o patrocínio do Ministério da Saúde, com o objetivo de envolver radiocomunicadores no processo educativo em saúde”. São organizadas e avaliadas uma radionovela e oficinas de trabalho “com a participação de funcionários dos serviços municipais de saúde e de radialistas das rádios comunitárias das mesmas áreas de abrangência”, reunidos para pensar em ações conjuntas de saúde. Considerou-se “uma metodologia compatível com os objetivos de alcançar envolvimento e desenvolver parcerias entre comunicadores, serviços de saúde e comunidade” (2009, p. 444).

Foi encontrada também uma pesquisa documental. Rodrigues e Vasconcellos (2007), em *A guerra e as laranjas: uma palestra radiofônica sobre o valor alimentício das frutas nacionais (1940)*, apresentam “o uso do rádio pelos sanitaristas desde o início do século XX, para fins educativos”. Para tanto, mostram como Geraldo Horácio de Paula Souza foi “aos microfones da Rádio Educadora Paulista e, por meio de palestra, defendeu o valor nutritivo e a necessidade de consumo da laranja como ato patriótico”. Os autores destacam que o sucesso da palestra radiofônica “extrapolou o estado de São Paulo, ganhando espaço na imprensa e sob a forma de folheto de propaganda do Serviço de Informação Agrícola” (2007, p. 1401).

Prado (2007), no artigo *Programa de educação em saúde via rádio: percepção do ouvinte*, traz “a percepção do usuário/ouvinte” de programa sobre saúde veiculado em uma rádio comunitária no Mato Grosso do Sul, Brasil, e que tem por objetivo “debater informações de saúde e de direitos dos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, como forma de aproximar o serviço de saúde” de seus usuários.

*Rádio a serviço da comunidade*, de Bianco (2000), aborda “a importância do uso do rádio na veiculação de programas de educação em saúde”. Trata-se de uma avaliação da produção, pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Faculdade de Comunicação da Universidade de Brasília, de “uma série de programas radiofônicos de educação em saúde voltada a comunidades carentes do Nordeste”. A autora diz ter havido uma preocupação, no desenvolvimento dos programas, com a não repetição dos “erros do passado na concepção, formatação e veiculação de programas educativos pelo rádio”, destacando “a importância de uma produção profissional, sintonizada com as necessidades da comunidade e com as exigências próprias da linguagem do veículo” e concluiu como exitosa a produção dos programas (2000, p. 35).

Em *Experiências pedagógicas de educação popular em saúde: a pedagogia tradicional versus a problematizadora*, Kruschewsky et al (2008) produzem um artigo de revisão sobre educação e saúde, com o objetivo de “analisar as tendências pedagógicas educativas em saúde” na perspectiva da Educação Popular. Os autores discutem “como a prática educativa norteada pela pedagogia da problematização é mais adequada” e, dentre deste contexto, abordam o uso do rádio na área (2008, p. 160).

Em *Rádiodifusão comunitária: um recurso a ser valorizado no âmbito da educação em saúde* (2001), Gallo avalia a realização de cursos “voltados para a capacitação das equipes” de rádio comunitária “em assuntos de saúde pública e cidadania”. Ele enfatiza que “os resultados obtidos causaram impacto na XI Conferência Nacional de Saúde”, que recomendou os cursos como “modelos a serem seguidos por outras instituições da área da saúde, na perspectiva de melhorar o controle social para fortalecer o processo de implantação do Sistema Único de Saúde” (2001, p. 59).

Por fim, *A percepção de gestores de saúde sobre a rádio comunitária como instância mediadora para o exercício do controle social do SUS*, de Gallo e Espírito Santo (2009), tratam da relação entre radiocomunicação comunitária e controle social. O objetivo foi “identificar a percepção de gestores de saúde sobre a possibilidade de a rádio comunitária ser instrumento de gestão para o exercício do controle social”. Os autores concluem que “os gestores não apresentam envolvimento” com esse tipo de processo, mostrando “desconhecimento e descrédito quanto ao potencial educativo mobilizado por uma emissora comunitária de rádio” (2009, p. 240).

#### **5.3.4. Discussão**

Conforme exposto anteriormente, a construção de políticas públicas passa pela elaboração de um conjunto de normas que dialoguem com as ações sociais e subjetivas de uma sociedade e dos indivíduos nela inseridos. Aos cidadãos deve ser garantida a liberdade de construir, por processos argumentativos, uma vontade comum a ser expressa no conjunto de normas que regem a coletividade.

Essa relação entre a autonomia dos cidadãos e a soberania do povo nos leva à questão da necessidade de superação do “nexo problemático” entre autonomia pública e direitos humanos, que reside, de acordo com Habermas, na fundamentação do sistema de direitos pelo princípio do discurso, de forma que as autonomias pública e privada pressuponham-se

mutuamente. Desse modo, a legitimidade de uma política pública se apoia num arranjo comunicativo.

Os espaços públicos devem estar abertos aos “influxos comunicativos” do mundo da vida de seu entorno. É nesse processo que normas e valores são diluídos comunicativamente e expostos ao jogo livre de argumentos mobilizadores. Esta concepção de espaço público e este tipo de relação a ser construída não aparecem, de forma geral, nos artigos que refletem sobre rádios comunitárias e saúde. As perspectivas adotadas são, na acepção habermasiana, instrumentais, na medida em que avaliam, fundamentalmente, os processos de emissão de enunciados pelo sistema de saúde ou pela comunidade científica a um público específico (Jurberg e Macchiute, 2007, Prado, 2007, Bianco, 2000).

No entanto, há abordagens distintas nos diferentes artigos, e é possível sugerir variações em tais perspectivas instrumentais, de modo que algumas das formulações trazem possíveis aproximações com a concepção da rádio comunitária enquanto espaço de ação comunicativa (Gallo, 2001, Figueiredo e Ayres, 2002, Matos *et al*, 2007, Kruschewsky *et al*, 2008, Matos *et al*, 2009, Gallo e Espírito Santo, 2009).

Rodrigues e Vasconcellos (2007) trazem um trabalho de difícil categorização na metodologia proposta, por se tratar de um levantamento de documentação histórica. A palestra radiofônica proferida por Geraldo Horácio de Paula Souza, através da Rádio Educadora Paulista, é apresentada na perspectiva de possibilitar a reflexão “sobre o impacto do rádio como engenho técnico e de mídia de massa na educação sanitária e num aspecto das políticas de saúde pública (no caso, as políticas de alimentação)” (2007, p. 1402). Nesse sentido, o rádio é, pelos autores do artigo, inserido “no campo da divulgação científica e da educação sanitária” e como instrumento utilizado por Paula Souza “com o objetivo de ganhar ouvintes para as causas que defendia em saúde pública”, além de aproximar “a sisuda ciência praticada nos laboratórios e os símbolos da modernidade” (2007, p. 1403).

A palestra apresentada não possibilita apenas leituras por perspectivas meramente individualizantes e de mudança comportamental, pois há, por Paula Souza, a preocupação de contextualizar o consumo da laranja com o significado da produção e consumo da fruta no contexto socioeconômico brasileiro, denotando “uma articulação de interesses entre a promoção da saúde pública (no caso, dos bons hábitos alimentares) e a ampliação do mercado consumidor interno para itens da lavoura nacional” (2007, p. 1403).

No entanto, pode-se afirmar que a lógica do texto de Paula Souza é instrumental, na medida em que os ouvintes são concebidos como meios para a consecução de um fim pré-

determinado, ou seja, consumidores propícios a consumir mais laranjas. A ação instrumental da palestra se caracteriza por neutralizar os potenciais de conflito em relação ao consumo da laranja, já previamente estabelecida como benéfica para o indivíduo e para a sociedade.

A mesma avaliação pode ser feita do trabalho de Jurberg e Macchiute, 2007, que entendem o rádio como espaço de “divulgação científica”. Para os autores, seria possível uma atuação “de forma mais eficiente com a mídia brasileira na divulgação do tema câncer”, para “contribuir para tornar a sociedade brasileira uma importante aliada na prevenção e diagnóstico precoce da doença” (2007, p. 293). São duas as preocupações centrais da abordagem realizada neste artigo: disponibilizar informações e garantir que sejam compreendidas.

Também Prado (2007) procura responder se um programa de saúde veiculado por uma rádio é compreendido por quem o ouve. O temor inicial, que motivou sua pesquisa, era de que os assuntos fossem “demasiadamente complexos para os ouvintes”, pelos assuntos e formas de abordagem. Mas, ressalta o autor, o objetivo “de levar informações de saúde até o usuário” é cumprido pelo Programa Saúde Comunitária.

As ações relacionadas à atuação com o rádio são, desse modo, desenvolvidas pela busca de sucesso, da realização de um fim previamente desejado. Bianco (2000), apesar de iniciar seu artigo ressaltando o “caráter libertador” das mensagens das rádios comunitárias por formas novas e criativas de “expressão e intercomunicação social, como a recriação da notícia, a recuperação da história oral da comunidade e a dramatização de situações do cotidiano”, tem como discussão central a avaliação de uma produção educativa voltada às rádios (2000, p. 24).

Trata-se de um exemplo interessante para problematizar a teoria da ação comunicativa de Habermas, pois a fundamentação teórica da autora para a formulação da avaliação de um programa de saúde enfatiza a concepção de comunicação como cultura, entendida como “espaço de conflito que reflete a própria dinâmica social” (2000, p. 24). No entanto, a metodologia de desenvolvimento e avaliação das mensagens radiofônicas tem a perspectiva de verificar se elas são “facilmente compreensíveis, adequadas do ponto de vista da cultura da região, práticas, relevantes e sintéticas, além, é claro, de tecnicamente corretas e positivas” (2000, p. 27).

A suposta quebra de unilateralidade entre os polos emissor e receptor das mensagens seria garantida mediante a abertura à participação do ouvinte “através de cartas”. O ouvinte com interesse ou dúvida “sobre determinado tema de saúde deveria, para ser atendido, escrever para a produção, em Brasília, cujo endereço seria sistematicamente divulgado em todas as

edições do programa” (2000, p. 29). Além de haver uma única via, e restrita por pressupor desenvolvimento da linguagem escrita, o assunto da carta é previamente determinado e induz a redução do conceito de saúde à ausência de doenças.

A autora ressalta ainda, como resultado satisfatório da veiculação do programa, o aumento, em determinada região, “do número de consultas médicas de crianças e mulheres” e o crescimento “dos índices de cobertura vacinal na cidade” (2000, p. 29). Não há, a despeito da conceituação de cultura inicialmente exposta no artigo, qualquer indicador de transformação da prática médica ou do serviço de atenção à saúde pelo contato com o ouvinte de rádio.

Tal distanciamento entre o marco teórico, metodologia e discussão, encontrada também em Matos *et al* (2007) e Matos *et al* (2009), remetem à discussão de Arouca (2003) sobre o *dilema preventista*. Além de abordar a questão da neutralização de diferentes categorias causais na determinação social da doença, pela mitificação dos conceitos, Arouca aponta como dilema a *desteoirização*, ou seja, a “convivência conflitiva de diferentes teorias do social e suas diferentes abordagens e conclusões” (Arouca, 2003, p. 172).

Um exemplo é a categorização de grupos segundo renda e escolaridade, por exemplo, ao lado da afirmação da sociedade como dividida em classes. Combinam-se, dessa forma, diferentes marcos teóricos sem sua necessária diferenciação, reduzindo-se os potenciais descriptivos da realidade.

Se entendermos o espaço de comunicação como de expressão da cultura do local onde se insere, revelador das relações entre produção de significados e modos de produção material daquele contexto histórico e social, este espaço deixa de ser mero instrumento de propagação de valores, de educação em saúde ou de busca por adesão a preceitos médicos, para se tornar um espaço de expressão de modos de vida, de significados, de relações e, por extensão, de fatores relacionados à saúde das pessoas que lá vivem.

Matos *et al* (2007) e Matos *et al* (2009) enfatizam no início dos artigos a importância de “permitir um sistema de trocas entre os técnicos do sistema local de saúde e os radialistas”, para “fugir de uma postura de validação da normalização técnica da vida”. Para tanto, buscaram “formato de trabalho que desse aos participantes a possibilidade de trazer seus significados para a doença e a saúde e a oportunidade de trocar conhecimentos, afetos e estados de ânimo”. Isto teria sido obtido pela criação de uma radionovela, que permitiu “trazer à tona: os problemas da assistência, as normalizações e regras de funcionamento do sistema de saúde, a ‘compreensão’ (tradução) do discurso técnico, o que facilitou a discussão”

(2009, p. 434). Após a distribuição da novela para reprodução nas rádios, organizou-se uma oficina com a participação de funcionários da saúde e radialistas.

O material foi, então, avaliado com base nas discussões realizadas nas oficinas, dando-se ênfase a aspectos relacionados à linguagem e compreensão dos enunciados. Além disso, os autores apontam como “grande nó” a “inconstância na participação dos radiocomunicadores, que dificultou a formação dos grupos de trabalho, com decorrências negativas para o processo educativo com a comunidade” (2009, p. 442).

Apesar da ênfase dada, na apresentação do trabalho, à importância da participação social e troca de saberes entre técnicos da saúde e população, e à possibilidade de a rádio comunitária ser entendida como espaço de diálogo, o material e a discussão apresentados não mostram como o projeto analisado “contribui para aproximação de conceitos, conhecimentos e práticas sobre o binômio saúde-doença e o sistema local de saúde” (2007, p. 121), na medida em que não relata qualquer transformação de práticas na atenção à saúde local.

Além disso, apesar de anunciar que “a metodologia permitiu que não se caminhasse na direção da normalização da vida” (2009, p. 442), isso não se expressa na metodologia, uma vez que a elaboração da radionovela não é descrita e pode ter se dado numa lógica de normalização. A própria definição dos temas das oficinas indica isso, pois dialoga com aquilo que técnicos em saúde adotam como prioridade, com temas como DST/AIDS, tuberculose e modelos de atenção, dentre outros (2009, p. 445).

Nesse sentido, apesar de a proposta de realização de oficinas entre radiocomunicadores e profissionais de saúde indicar um afastamento da lógica da ação instrumental em direção da comunicativa, não há indicação de como, na construção do programa de rádio e nas vivências cotidianas entre comunidade e sistema de saúde, pode-se construir um processo de diálogo que permita o surgimento do maior número possível de vozes, ações e formas de vida que garantam a participação social na formulação e execução de políticas de saúde.

Avaliação semelhante pode ser feita em relação a Gallo (2001), Figueiredo e Ayres (2002) e Gallo e Espírito Santo (2009). São apresentadas experiências que transitam entre a ação comunicativa e a instrumental, com privilégio desta última. A rádio comunitária é abordada enquanto veículo de “fomento da participação comunitária nos processos de tomada de decisões” e propício a “advogar políticas públicas equitativas” (Gallo e Espírito Santo, 2009, p. 241), e como estratégia de intervenção pela disponibilização de informações (Gallo, 2001; Figueiredo e Ayres, 2002).

Gallo e Espírito Santo (2009) afirmam que “tem sido difícil o processo de integração político-operacional, na esfera local, entre as rádios comunitárias e os gestores do SUS”, o que revela “descompromisso do SUS em ocupar os espaços sociais” (Gallo e Espírito Santo, 2009, p. 243). A causa das dificuldades de articulação entre Sistema de saúde e mídias comunitárias é atribuída a “um referencial político mais amplo no qual se mistura historicamente ideologia, autoritarismo social e populismo *lato sensu* das autoridades da saúde”.

A perspectiva de ocupação pelo SUS daquele espaço, pela exerção de um papel regulador, aponta para uma ação do tipo instrumental a ser desenvolvida pelo sistema de Saúde com as rádios comunitárias, ainda que se dê no intuito de contribuir com a participação social na saúde. A proposta fundamental que perpassa por todo artigo é ampliar o conhecimento acerca de direitos. Mas é oferecida também alguma possibilidade de ação comunicativa pela abordagem da dimensão mediadora do espaço de comunicação.

No mesmo sentido, pode-se afirmar que Figueiredo e Ayres (2002) se valem da rádio, no projeto de intervenção descrito e analisado pelo artigo, pela ação instrumental, ainda que enfatizassem a importância da participação do público. A proposta tem uma lógica comunicativa na medida em que não se fundamenta em um programa de rádio pré-elaborado para a divulgação de uma política de distribuição de camisinhas, por exemplo. No entanto, é produzido um programa com a intencionalidade prévia de divulgação dos métodos contraceptivos e de prevenção às DSTs.

O uso do rádio se deu pela dificuldade de envolver os homens na discussão que, anteriormente, pesquisadores pretendiam fazer por meio de oficinas. Ressalta-se que a efetividade da ação confere legitimidade ao uso instrumental do rádio para ações de prevenção em saúde, não sendo o objetivo do presente artigo simplesmente refutar tal aproximação que se faz das rádios. No entanto, ainda que efetiva e legítima, a ação, conforme descrita pelo artigo, não nos permite avaliar a rádio como espaço de ação comunicativa, na medida em que é dado ênfase às transformações da comunidade a que se volta a intervenção, não dos serviços de saúde ou da comunidade científica.

Nesse sentido, Kruschewsky *et al* (2008) oferecem, em sua problematização sobre educação popular e saúde, algumas possibilidades para se pensar a relação entre sistema de saúde, pesquisadores e rádio, numa lógica própria da ação comunicativa. Os autores diferenciam educação tradicional, que “visa apenas transmitir informações sem considerar que o outro”, da popular, em que se observa a participação efetiva da população na construção coletiva do conhecimento.

Pode-se fazer, a partir desta proposta, referência às formulações de Hannah Arendt que fundamentam Habermas na conceituação de ação comunicativa, uma vez que “o fenômeno fundamental do poder não consiste na instrumentalização de uma vontade alheia para os próprios fins, mas na formação de uma vontade comum, numa comunicação orientada para o entendimento recíproco”.

O que investe de poder as instituições e as leis de um país é o apoio do povo, que por sua vez, é a continuação daquele consenso original que produziu as instituições e as leis (...). Todas as instituições políticas são manifestações e materializações do poder; elas se petrificam e desagregam no momento em que a força viva do povo deixa de apoiá-las (Arendt, 1970, p. 42 *apud* Habermas, 1980, p. 103).

É apresentado por Kruschewsky *et al* (2008) um projeto de pesquisa e intervenção realizado em Natal, com o envolvimento de Universidade, serviço e comunidade, em que foram formuladas propostas transformadoras de práticas daquelas pessoas e instituições envolvidas no trabalho. Nenhuma rádio comunitária participa do estudo, mas os autores levantam caminhos possíveis de ação comunicativa. Na academia, explicam, houve uma “reestruturação na educação dos profissionais de saúde”. Já nos serviços, o desenvolvimento de “processos que possibilitassem mudanças no modelo de atenção e; na comunidade, trabalhando o fortalecimento de processos que ampliassem e potencializassem a participação popular”. Assim, a busca pela construção coletiva de conhecimento traz não apenas mudanças para setores populares, mas permite “o repensar das práticas de saúde desenvolvidas” (2008, p. 167).

Na sequência, Kruschewsky *et al* (2008) dão destaque ao livro *A Medicina e o Pobre* (Vasconcellos, 1987), que traz uma “experiência de utilização do rádio como instrumento de educação popular e de dinamização das ações técnicas de saúde que repercutiram no interior do estado da Paraíba”. Há, portanto, combinação de ação instrumental com comunicativa, de modo que o rádio é utilizado para “fazer apelos sociais, comunicações de campanhas, esclarecimentos”, mas também para “dar a palavra ao povo” (2008, p. 167).

Tal perspectiva de que a comunicação proporcionada pela rádio possui um “potencial transformador da relação entre investigação científica e grupos populares”, na medida em que proporciona “a interação entre senso comum/saberes populares e saber científico chegando a um conhecimento da realidade a partir das vivências” (2008, p. 169), aproxima-nos da ênfase dada por Habermas à legitimidade fundamentada no princípio do entendimento mútuo.

Apesar de ressaltarem a importância do rádio fundamentados na lógica da ação comunicativa, Kruschewsky *et al* (2008) dão ênfase, ao longo do artigo, a ações instrumentais, pois, para eles, os serviços de saúde “deveriam funcionar como *guardiões* da saúde individual e coletiva”, pelo aumento da “capacidade de autocuidado das pessoas e da sociedade” (2008, p. 172 – grifo meu). Os autores afirmam ainda que se pretende, com a educação em saúde, “que o próprio indivíduo garanta a manutenção, aquisição e promoção de sua saúde”.

A proposta da educação popular e o entendimento da saúde enquanto “estado vital, setor de produção e campo do saber” articulado, em sua historicidade, às instâncias econômica e político-ideológica da estrutura da sociedade (Paim e Almeida Filho, 1998, p. 309), tornam tal perspectiva individualizante Kruschewsky *et al* (2008) mais uma expressão do *dilema preventista*, pela *desteoirização* (Arouca, 2003).

Apesar de fundamentarem o artigo nos princípios da educação popular, os autores acabam por adotar a perspectiva própria da medicina promotora que “defende e difunde essas normas que passam a influenciar decisivamente o que devem ou não fazer as pessoas, sejam estas pacientes da medicina ou simples leitores de jornais ou usuários da internet”. Justamente para isso, os meios de comunicação ganham destaque e são tomados como objeto de estudo e intervenção pela ação instrumental.

#### **5.4.5 Considerações finais**

Em Direito e Democracia, Habermas reflete, dentre outros assuntos, sobre como integrar socialmente mundos da vida diferenciados, sob o risco de crescerem os dissensos nos domínios da ação comunicativa pela pluralidade dos modos de vida. A resposta passa pela regulamentação normativa de interações estratégicas (Habermas, 1997). A legitimidade de qualquer norma reside, desse modo, na possibilidade de os destinatários das normas serem seus autores, por procedimentos discursivos.

As rádios comunitárias são espaços, conforme exposto, com os quais sistema de saúde e comunidade acadêmica se interagem pela ação instrumental, no desenvolvimento de atividades educativas e de transmissão de informações e conhecimentos mobilizadores. Nesse sentido, há experiências importantes pela melhoria das condições objetivas de saúde de populações a partir de tais ações instrumentais.

No entanto, permanece o desafio de aproximar, pela rádio comunitária, sistema, profissionais e pesquisadores de saúde do agir comunicativo que acontece constantemente na prática do

cotidiano, de modo a possibilitar uma ação que possa reconduzir e unir sem reduzir o distinto e que “entre estranhos torne reconhecível o que é comum, mas deixe ao outro sua alteridade”, conferindo com isto legitimidade às políticas de saúde (Habermas, 1993, p.112).

## REFERÊNCIAS

Arouca, S. O dilema Preventista – Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

Bianco, N. R. Rádio a serviço da comunidade. *Comunicação & Educação*, São Paulo, [18]: 22 a 35, maiolago. 2000.

Figueiredo, R; AYRES, J. R. C. M. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/ Aids em São Paulo, SP Rev Saúde Pública 2002; 36(4 Supl):96-107.

Gallo, P. R. Radiodifusão comunitária: um recurso a ser valorizado no âmbito da educação em saúde. *Saúde debate*; 25(59): 59-66, set.-dez. 2001.

Espírito Santo, S.K.A.M. A percepção de gestores de saúde sobre a rádio comunitária como instância mediadora para o exercício do controle social do SUS. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.33, n.82 maio/ago. 2009.

Habermas, J. O conceito de poder em Hannah Arendt. In FREITAG, B.; ROUANET, S. P. (Orgs.) *Habermas: sociologia*. São Paulo: Ática, 1980.

Direito e Democracia: entre facticidade e validade. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

Passado como Futuro. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1993.

Jurberg, C. Macchiute, B. Câncer nas Ondas do Rádio, *Revista Brasileira de Cancerologia* 2007; 53(3): 291-296.

Kruschewsky, J. E.; Kruschewsky, M. E. Cardoso, J. P. Experiências pedagógicas de educação popular em saúde: a pedagogia tradicional versus a problematizadora. *Rev.Saúde.Com* 2008; 4(2): 160-161.

Matos, M. R.; Meneguetti, L. C.; Gomes, A. L. Z. Comunicação, saúde e comunidade: a contribuição das rádios comunitárias. Anuário Unesco/Metodista de Comunicação Regional, Ano 11 n.11, 121-133, jan/dez. 2007.

Uma experiência em comunicação e saúde. Comunicação saúde educação v.13, n.31, p.437-47, out./dez. 2009.

Nobre, M. Introdução. In NOBRE, M. e TERRA, R (orgs.). Direito e democracia, um guia de leitura de Habermas. São Paulo: Malheiros Editores, 2008.

Nogueira, R. P. Da medicina preventiva à medicina promotora. In AROUCA, S. *O dilema Preventista – Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

Paim, J. S.; Almeida Filho. N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Rev. Saúde Pública, 32 (4): 299-316, 1998.

Prado, E. V. Programa de educação em saúde via rádio: percepção do ouvinte. O MUNDO DA SAÚDE São Paulo: 2007: jul/set 31(3):394-402.

Rodrigues, J., y Vasconcellos, M. P. C. (2007). A guerra e as laranjas: uma palestra radiofônica sobre o valor alimentício das frutas nacionais (1940). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 14(4), 1401 -1414. Río de Janeiro.

## 5.5. Limites e possibilidades de fortalecimento da participação social na saúde pela radiocomunicação comunitária.<sup>103</sup>

**Hugo Fanton Ribeiro da Silva**

Pós-doutorando em Ciência Política na Universidade de São Paulo

hfanton@gmail.com

**Ivan França Junior**

Professor titular do Departamento de Saúde Materno-Infantil (2010)

da Faculdade de Saúde Pública da USP. Brasil.

ifjúnior@usp.br

**Resumo.** Este trabalho se propõe a analisar limites e possibilidades da participação social na saúde pela radiocomunicação comunitária, por um estudo de caso realizado em Heliópolis, São Paulo, SP. A partir das “práticas significantes” relacionadas à produção simbólica e material daquele território, do “entre jogo” entre práticas sociais e trajetórias individuais, e entre aquelas e contexto global, foi possível uma formulação teórica acerca do tema.

Na relação estabelecida entre rádio comunitária e campo da saúde em Heliópolis prevalece a lógica de propagação de valores e normas pelo sistema. A importância das ações proporcionadas pela interação entre órgãos administrativos do Estado com as rádios reside fundamentalmente na disponibilização de informações que tornam possível uma melhor fundamentação das escolhas racionalmente motivadas, e isso é reafirmado por locutores e ouvintes.

Há na comunicação em saúde, e isso se reproduz em alguma medida na radiocomunicação comunitária, a forte influência do campo da promoção da saúde que, como parte do discurso científico contemporâneo, toma o indivíduo como livre das determinações econômicas e sociais e coloca em suas mãos a possibilidade e a responsabilidade de, a partir de atitudes educacionalmente formadas, engendrarem novas relações sociais. Estas acabam por ser, no apelo feito a mudanças de comportamento, desprovidas de historicidade. Pela prescrição

<sup>103</sup> Este artigo foi apresentado e publicado nos Anais do Grupo Temático 5 Comunicação e Saúde do XI Congresso da Associação LatinoAmericana de Pesquisadores em Comunicação (ALAIC), Montevideo-Uruguay, 2012.

normativa do bom viver, a medicina se estabelece como autoridade na determinação das boas e más condutas, as ditas saudáveis, e induz a processos de interiorização da coerção no indivíduo. Para tanto se vale dos meios de comunicação, passando a influenciar no que devem ou não fazer as pessoas, independente do contexto histórico em que estão inseridas.

Desse modo, a saúde se torna bens que se compram e vendem com base em opções individuais e sua promoção significa ajudar os indivíduos a mudar o próprio estilo de vida. Ainda que haja a busca por legitimar tais ações por discursos que remontem a fatores sociais envolvidos, estes são apenas referência, mero envoltório de uma operacionalização que tem centralidade nos comportamentos individuais. Além disso, o sistema gera demandas a que existem respostas sistêmicas previamente definidas. As deficiências que não têm possibilidade de satisfação na institucionalidade posta acabam por ser ignoradas e tornadas invisíveis na relação entre os distintos grupos sociais e o sistema.

A rádio comunitária, no entanto, é um espaço de produção e divulgação culturais, também de lazer e trabalho, constituído por relações sociais de troca e produção material e simbólica que se expressa enquanto forma e conteúdo, fundamentalmente, na programação musical. Da especificidade da relação entre forma e conteúdo na produção e expressão culturais decorre a possibilidade de emergência diferenciada de necessidades políticas, econômicas e sociais de dado território, de modo que a rádio possibilita a expressão, articulação e mobilização de indivíduos e grupos em busca de anseios ou pela superação de carências em ação política diferenciada daquela que ocorre em espaços institucionalizados. É a partir de tais características que atuação pela rádio comunitária também possibilita a construção histórica de necessidades sociais em sua relação com a saúde, e tem função organizativa de demandas que permitem guiar a satisfação dessas necessidades pela reivindicação frente ao poder público e ao sistema de saúde.

**Palavras-chave:** democracia; participação; comunicação; rádio comunitária; saúde coletiva.

## Introdução

Na segunda metade do século XX, a organização dos serviços de saúde no Brasil passou por profundas mudanças políticas, ideológicas e sociais, decorrentes da crise do Estado brasileiro ao final dos anos 1970, que culminou na transição democrática e na elaboração de uma nova Constituição, superando-se o modelo médico assistencial privatista de atenção à saúde em

direção à sua concepção enquanto direito de todas e todos e dever do Estado. Resulta deste processo de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é a expressão sistêmica de um projeto amplo de reforma social, em que a participação social consolida-se como princípio, na medida em que é proposta como “conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde” (Machado, 1987, p. 299). Trata-se de um projeto reformista que pressupõe como processos constitutivos a democratização da saúde, do Estado e da sociedade, pela relação estabelecida entre saúde, seus determinantes sociais e a justa distribuição de bens e conhecimento, bem como pela necessidade de “garantia de participação social no estabelecimento de políticas e de gestão” e de “descentralização do processo decisório e controle social”, que remetem à transparência das ações e projetos de Estado e governo (Paim, 2008, p. 173).

Assim, o direito à saúde ganha expressão constitucional no Capítulo da Ordem Social, e no decorrer dos anos 1990 se dá a consolidação normativa do SUS, com o objetivo de tornar a formulação e gestão de políticas públicas mais permeáveis às demandas da população. A resposta sistêmica ao princípio da participação social é a consolidação institucional de processos e espaços como as conferências e conselhos de Saúde.

Tal configuração proporciona a incorporação de grupos sociais antes alijados dos processos decisórios na gestão do sistema de saúde (Carvalho, 1997). No entanto, mantém-se a centralidade das decisões e ações na esfera técnico-administrativa, permanecendo limitada a incorporação das demandas de grupos sociais submetidos a situações de exclusão econômica, social e política, e também ao exercício do controle social (Coelho, 2004; Oliveira, 2004; Morita, Guimarães, & Muzio, 2006; Pestana, Vargas, & Cunha, 2007; Wendhausen & Cardoso, 2007; Paim, 2008; Teixeira *et al*, 2009; Côrtes, 2009a; Côrtes, 2009b).

Apesar da institucionalização de processos e espaços participativos, assegurou-se “à burocracia central a preservação de poder”, ainda que com tensões decorrentes do exercício do poder compartilhado entre entes federados e esferas administrativas. Mantém-se a desigual distribuição financeira em favorecimento de “grupos corporativos, impedindo que os ideais da reforma se concretizem e garantam a centralidade do usuário cidadão” (Fleury, 2009b, p. 749). O “êxito da reforma” resultante da luta do movimento sanitário gera, “contradictoriamente, a superação deste caráter de movimento vindo da sociedade civil como crítica ao Estado”, em direção à sua concretização pela institucionalidade estatal, especificamente secretarias municipais e estaduais de saúde, promotores públicos e a burocracia reformadora (Fleury, 2009b, p. 749).

Os limites postos à garantia efetiva de participação social na saúde pela via institucionalizada remetem ao *dilema preventista* (Arouca, 2003), por haver uma tematização de reforma social geral no projeto da RSB, porém num contexto de sociedade capitalista, desigual e de relações autoritárias no Estado, na sociedade e entre Estado e sociedade. “A dura verdade se revela como aprendizagem a partir das dificuldades na implantação do projeto da Reforma Sanitária: NÃO SE CRIA IGUALDADE POR LEI, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei” (Fleury, 1997, p. 34 – grifo no original).

As dificuldades encontradas para enfrentar tal conjuntura adversa resultam, em grande medida, da não ampliação das bases políticas e sociais do movimento da Reforma Sanitária, que permaneceram estreitas para além do movimento que consolidou seu projeto. “Fincar o projeto da RSB nas instâncias sócio comunitárias, ampliando sua base de sustentação política, continua como desafio central” (Paim, 2008, p. 310). E isso se faz pela transformação do movimento na recuperação de sua dimensão instituente, “transcendendo, portanto, o sistema” (Paim, 2008, p. 256).

Ainda que exista hoje um corpo técnico “com grande habilidade no manejo do jogo de poder institucional”, há intolerância aos “processos participativos nos quais a população e os profissionais de nível local se manifestem de modo efetivo e autônomo”, pois a lógica dos “movimentos sociais e das pequenas práticas locais de enfrentamento dos problemas de saúde”, que se manifestam por “fora dos espaços institucionais formais” no embate político, choca-se a lógica sistêmica (Vasconcelos, 2004, p. 76).

Nesse sentido, a gestão democrática se faz pelo desencadeamento de um processo participativo em movimento instituente, na organização social em torno de questões comuns. Isto ocorre por espaços e práticas sociais que possibilitam “organizar uma demanda popular em políticas de saúde” (Tobar, 1995, p. 105) e alterar relações de poder político e econômico, tais como os meios de comunicação controlados pela “classe ausente”.

Por sua historicidade relacionada à luta social do território onde estão inseridas, à margem do clientelismo político entre grupos dominantes e poder público, espaços como as rádios comunitárias surgem da atuação política de grupos sociais alijados da institucionalidade posta (Machado *et al*, 1986). É confirmativa e constitutiva da organização social, e espaço de resistência às práticas dos meios de comunicação controlados por poucos grupos que defendem interesses político-econômicos de classes dominantes.

Buscar a ampliação da base social da RSB pela atuação na via sócio comunitária significa atuar pela transformação de relações e valores. A dinâmica social local pode explicitar práticas, saberes, relações e processos próprios do grupo dela constitutivo, engendrando um processo instituinte pela subjetivação de indivíduos integrados socialmente a partir da resistência a determinações de classe, gênero, raça e origem. Neste sentido, busca-se aqui refletir sobre os limites e possibilidades da participação social na saúde pela rádio comunitária, em sua relação com as práticas de integração social, determinações políticas e econômicas, e afirmação da liberdade.

### **5.5.1 Metodologia**

Para a realização desta pesquisa, optou-se por um estudo de caso em Heliópolis, em olhar para o território na sua diversidade de espaços e vivências, e também para os conflitos que lhe são próprios e relacionados às relações sociais daquele espaço constitutivas. Heliópolis é uma favela de São Paulo que possui, de acordo com o censo demográfico de 2000, cerca de 125 mil habitantes, concentrados em uma área de 1,2 milhão de metros quadrados. A ausência de espaços livres leva ao atual processo de verticalização das moradias e concentração populacional (Sampaio & Pereira, 2003, p. 174). Também compõem a paisagem de Heliópolis pequenos estabelecimentos comerciais, tais como bares, padarias, oficinas de automóveis e mercados.

De acordo com a Secretaria de Habitação do Município de São Paulo, em 2009, 83% dos domicílios possuíam abastecimento de água e 62% tinham rede de esgoto. A rede elétrica abrangia 94% das casas e 57% do espaço público. Em 2009 existiam 18.080 imóveis e a renda média familiar era de R\$ 479,48<sup>104</sup>.

A principal associação de moradores é a União de Núcleos, Associações e Sociedades dos Moradores de Heliópolis e São João Climaco (UNAS). Sua atuação se dá principalmente por projetos financiados pelo poder público ou empresas. Os principais são: Centro de Educação Infantil (CEI); Centro da Criança e Centro do Adolescente; Centro de Referência da Criança e Adolescente (CRECA); Biblioteca Comunitária; e Prevenção DSTS/AIDS (em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo). Há também atividades do Movimento Sem Teto e a Rádio Comunitária Heliópolis FM.

---

<sup>104</sup> Informação atribuída à Prefeitura de São Paulo, mas cedida por associação de moradores e diretoria da Escola Municipal de Ensino Fundamental Campos Salles, localizada na região.

A emissora foi criada pela UNAS em 1992 e funcionava por meio de autofalantes ligados a uma central de emissão sonora. Em 1997, torna-se emissora FM, mas é fechada em 2006 pela Polícia Federal. Em março de 2008 recebe autorização para funcionar. O trabalho nela desenvolvido é voluntário, por equipe composta por 36 locutores e locutoras. Cinco deles compõem as coordenações técnica e de programação da rádio. Há também um coordenador geral, ex locutor que faz parte da direção da UNAS. Os serviços de manutenção, limpeza e atendimento ao público são feitos pelos próprios locutores.

A rádio é um Ponto de Cultura (programa do Ministério da Cultura), possui dois estúdios de produção/gravação, cinco computadores, uma impressora, microfones e amplificador, dentre outros equipamentos. A antena tem potência de 25 watts e atinge um raio de 1 km (máximo permitido por lei). A programação pode ser acompanhada pela Internet, na página [www.heliopolisfm.com.br](http://www.heliopolisfm.com.br).

Foram feitas 39 visitas a Heliópolis entre junho e setembro de 2010 para a realização de observação participante, entrevistas e redação em diário de campo. O material produzido fundamentou a construção de categorias analíticas em diálogo com a formulação inicial do problema, em movimento do particular ao geral. As particularidades da região foram estudadas em sua relação com os conceitos e historicidade de saúde, comunicação e participação social, de modo que o particular possibilitou a construção de generalizações na relação entre observação e questão de pesquisa.

A abordagem inicial dos sujeitos da pesquisa teve início pela rádio comunitária, e desde o primeiro encontro houve a possibilidade de acompanhar a programação e conhecer locutores, a partir dos quais foi possível conhecer ouvintes e lideranças comunitárias, pela técnica de bola-de-neve. Nesse caminhar, foram entrevistadas 79 pessoas, dentre locutores, militantes da UNAS, ouvintes, artistas, conselheiros de saúde e professores de escola pública da região. Destas, 43 foram transcritas e tornaram-se a principal referência na construção do material empírico e na descrição daquele território. Das 19 entrevistas com locutores, optou-se por transcrever as 15 a partir das quais foi possível reconstruir trajetórias de vida. Foram também transcritas as oito entrevistas com ouvintes e as sete com militantes do movimento Hip Hop, considerados artistas locais. Em relação às lideranças – 13 transcrições – foram dois os critérios: possibilidade de reconstrução da trajetória de vida em Heliópolis e importância histórica atribuída pelos sujeitos da pesquisa ao entrevistado<sup>105</sup>.

<sup>105</sup> Os nomes dos sujeitos da pesquisa estão mantidos em sigilo (atribuiu-se aleatoriamente nomes fictícios às pessoas para facilitar a leitura), em atenção ao cumprimento das exigências éticas fundamentais, conforme a resolução 196/96 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõem das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, disponível em [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm). A pesquisa obedecerá aos

As entrevistas foram semiestruturadas – o próprio entrevistado estrutura seu pensamento, limitado dentro do objetivo do estudo – com plano de entrevista definido a partir da observação participante, quadro teórico e informações prévias sobre o contexto histórico e social do(a) entrevistado(a) (Ruquoy, 1997). Esse material empírico fundamentou a reconstrução de trajetórias de vida dos sujeitos da pesquisa e a descrição de suas práticas e relações sociais. A utilização deste método torna possível a abordagem do coletivo a partir do individual, uma vez que na descrição de suas trajetórias os indivíduos remontam a parâmetros que balizam suas vidas em relação com as “normas sociais presentes nos contextos” em que estão inseridos (Nardi & Yates, 2005, p. 97).

Nesse sentido, optou-se por reconstruir a trajetória de locutores e das principais lideranças de Heliópolis, pelo diálogo com as historicidades de rádio e território. Trata-se da descrição do espaço social que em diferentes momentos ocupam e atribuem significados. Esta construção foi também realizada pela relação entre falas e práticas individuais, e entre estas e as práticas sociais, muitas delas próprias das institucionalidades locais. Ou seja, as práticas da UNAS enquanto associação condicionam e são condicionadas pelas práticas dos sujeitos que dela participam. O mesmo se pode dizer acerca da rádio comunitária.

Assim, o locutor que diz fazer reportagens faz reportagens, e para a construção de sua trajetória de vida as duas ações, falar e agir, foram descritas e relacionadas. Discurso e prática social. Deste “entre jogo” entre práticas significantes e discursos, pôde-se construir os significados em função das “exigências teóricas postas pela definição do objeto de pesquisa” (Magnani, 1997, p. 138-40). Em um passo seguinte, tais práticas sociais foram relacionadas ao contexto geral em que se inserem, de modo a se apreender a totalidade histórica de que conformam e são conformadas.

### **5.5.2 Resultados e discussão**

Conforme exposto inicialmente, o contexto de desigual distribuição de recursos e poder no conjunto de práticas sociais, técnicas e sistêmicas do campo da saúde traz limites à efetivação do direito, o que remonta ao “paradoxo da reforma sanitária brasileira” que em sua expressão institucional a restringe a política pública e, assim, reduz sua “capacidade de ruptura, inovação e construção de uma nova correlação de forças desde a sociedade”. É a

---

quatro referenciais básicos da bioética: a autonomia; a não maleficência; a beneficência e a justiça. Foram utilizados Termos de Consentimento Livre e Esclarecido da participação dos sujeitos envolvidos.

institucionalidade que se impõe ao instituinte “reduzindo o caráter libertário e transformador da reforma” (Fleury, 2009b, p. 751). O movimento que se organizou inicialmente a partir de experiências não institucionalizadas de resistência a determinações sociais, pela atuação de grupos populares por espaços de que o Estado se fazia ausente, passa a dar centralidade à conformação de uma institucionalidade que satisfizesse as necessidades em saúde (Fleury, 2009a; 2009b).

Estes elementos também são historicamente constitutivos da formação e organização social em Heliópolis. O processo de democratização do Estado brasileiro transformou progressivamente sua relação com aquele território. Anteriormente reconhecido como antagonista do movimento social, passa a ser concebido como espaço de exercício do poder de que diferentes grupos sociais podem fazer parte.

No entanto, esta centralidade do Estado como campo de intervenção e desenvolvimento das lutas políticas é resultante de um amplo processo de organização política e social engendrado pelos moradores daquele território e sua associação. É parte deste processo a criação, pela UNAS, em 8 de maio de 1992, da “Rádio Popular de Heliópolis”. Um dos fundadores, Brandão, descreve a rádio daquele tempo como “popular”, “um serviço de alto-falantes”, que depois foi chamado de rádio corneta. O objetivo era “conversar” com os moradores, numa “área adensada, com povo aglomerado e desinformado”. Criou-se então um “serviço de informação” para que as pessoas “participassem das reuniões” do movimento de moradia, que aconteciam três vezes por semana.

O estúdio foi instalado na Rua da Mina, localizada no centro de Heliópolis, em uma casa com dois andares. “tinha um quartinho bem em cima, e a rádio começou ali”. Era em frente a um poste de madeira, em que foram instaladas “quatro bocas de autofalantes”. Deste poste foram estendidos “uns fios até a Rua São Gregório”, em direção transversal. “Tínhamos 14 bocas de autofalantes. E a gente conversava com os moradores, não tinha poste de cimento”, explica Brandão.

Ex-coordenadora da rádio, Aline conta que seu interesse por ela decorria da importância de se desenvolver mecanismos de comunicação na comunidade. “Nessa época de corneta era interessante porque o pessoal trazia o vinil para tocar. Formava fila aqui na rua. Perdia o papagaio, a gente falava: ‘perdeu o papagaio da dona Maria’”. A criação da rádio foi também importante no processo de consolidação dos núcleos da associação, por possibilitar maior divulgação das reuniões. “Todo mundo vinha aqui, falava, comunicava”.

Os locutores, com duas exceções, apontam atividades relacionadas ao lazer como motivação principal para entrar na rádio. Atualmente, a programação possui duas grades distintas e fixas: uma para os finais de semana, outra referente aos cinco dias da semana. De segunda a sexta-feira, são realizados sete programas com músicas de estilos variados. Há uma programação de uma hora, noticiosa, e a transmissão de *A Voz do Brasil*. Aos fins-de-semana são oito programas, com músicas de estilos variados.

A programação musical, portanto, tem centralidade, mas as relações de troca entre pessoas e espaço, que possui historicidade própria, a todo momento se refaz, tornam-no repositório de distintas e ao mesmo tempo convergentes expectativas. As pessoas que nele buscaram o entretenimento acreditam que a legitimidade do exercício do direito à comunicação reside na adjetivação da rádio enquanto comunitária, portanto, atribuem a ela a importância de “prestar serviço”.

Nessa dinâmica que perpassa consumo de produto cultural e o lutar por anseios sociais, fraturas e oposições entre aquele grupo social e classes dominantes se explicitam, de modo que em meio a padronizações de gostos musicais, por exemplo, conservam-se “certos valores – espontaneidade, capacidade para diversão e lealdade mútua” (Thompson, 1987, p. 61). Assim compõem-se os momentos de diversão no território como um todo e na rádio: pela conservação e contestação da ordem. Na caracterização da rádio, ganham relevância não apenas as ações que nela se dão e expectativas por ela geradas, mas a relação do espaço com as dinâmicas dos tempos sociais daquele território.

No campo da saúde, locutores, ouvintes e militantes da UNAS se valem da emissora para abordar problemas relacionados à atenção primária na região. Mas a relação entre comunicação e saúde está presente na programação majoritariamente pela lógica de utilização do meio de comunicação para “educação em saúde”. Há vinhetas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde acerca, por exemplo, da prevenção ao vírus H1N1. E eventualmente organizações não-governamentais distribuem material informativo relacionado a questões de saúde, com destaque às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

O tema já ganhou programação própria na rádio, de meia hora semanal. Quando questionados sobre a relação entre saúde e a rádio comunitária, os locutores Leandro, Balza, Fábio, Guilherme e Thiago dão ênfase a este programa, que se chamava DST/AIDS – Nas ondas do Rádio. Além das informações sobre prevenção, a equipe responsável realizava exames na própria emissora e distribuía preservativos. O trabalho resultou de parceria entre a rádio e um “posto de saúde” da região do Ipiranga. “Era muito importante para a rádio e a comunidade”, mas a Prefeitura cortou a verba de transporte da equipe parceira e desde então não existe a

programação. “Hoje a gente está em conversa para ver se consegue alguma verba para disponibilizar o transporte”, explica Balza, atual coordenador da emissora.

Ele afirma que a rádio tentará se mobilizar para voltar a tratar da temática, apesar de todos os programas, de alguma forma, falarem de saúde, valendo-se de vinhetas disponíveis na Internet. Conta que a emissora, além desta programação específica, já se mobilizou em “questões de campanha”, como de prevenção à dengue.

E é esta lógica de propagação de valores e normas pelo sistema de saúde para a população que prevalece na produção acadêmica que relaciona radiocomunicação comunitária e saúde. A aproximação, por pessoas e instituições do campo da saúde, das rádios comunitárias se dá por ações, na acepção habermasiana, instrumentais, na medida em que se fundamentam em processos de emissão de enunciados pelo sistema de saúde ou pela comunidade científica a um público específico (este tipo de abordagem está presente em: Bianco, 2000, Gallo, 2001, Figueiredo & Ayres, 2002, Matos *et al*, 2007, Jurberg e Macchiute, 2007, Prado, 2007, Matos *et al*, 2009, Gallo & Espírito Santo, 2009).

Ressalta-se o uso da rádio como instrumento para “divulgação científica” e disponibilização de informações, ou mesmo de educação para a participação social. A importância destas ações proporcionadas pela interação entre órgãos administrativos do Estado, organizações não-governamentais e pesquisadores do campo da saúde com as rádios reside fundamentalmente na disponibilização de informações que tornam possível uma melhor fundamentação das escolhas racionalmente motivadas, e isso é reafirmado por locutores e ouvintes de Heliópolis. Tal processo remonta à lógica da medicina preventiva, que desde seu surgimento propunha uma nova forma de atuação a ser adotada por médicos, para que pudessem garantir a preservação da saúde das pessoas na totalidade das dimensões de suas vidas (Arouca, 2003). Tratava-se de uma nova atitude profissional para propiciar melhoria na qualidade de vida das pessoas, por uma ampliação do conceito de saúde para além de ausência de doença. Atribuir tal função ao médico, no entanto, o faz “livre das determinações”, e o coloca como um indivíduo com a possibilidade de instaurar “novas relações sociais; em que as atitudes educacionalmente formadas transformam as relações sociais; em que estas são determinadas pelos homens e por cada um em particular” (Arouca, 2003, p. 173). Assim, as relações sociais são desprovidas de sua historicidade e descontextualizadas socialmente.

Nos anos recentes, pela proposta de extensão de tais funções do médico a um conjunto maior de profissionais, a promoção da saúde, valendo-se da difusão de conhecimentos científicos de diferentes áreas, “se estabelece como a suprema autoridade sobre o que é bom ou mal para a saúde de cada um e para a própria existência humana, fazendo da noção de risco em saúde o

epicentro em torno do qual gravitam as normas de conduta que prescreve” (Nogueira, 2003, p. 178).

Pela sistematização dos resultados de pesquisas científicas e tradução destas ao público leigo, a medicina promotora “defende e difunde essas normas que passam a influenciar decisivamente o que devem ou não fazer as pessoas, sejam estas pacientes da medicina ou simples leitores de jornais ou usuários da internet”. Justamente para isso, se vale dos meios de comunicação de massa ou destinados a públicos específicos, na concepção instrumental do meio de comunicação.

A medicina promotora busca promover novas atitudes perante a saúde de maneira generalizada na sociedade, e não apenas mudar o comportamento do médico. Em certo sentido, essa é uma forma de medicina que dispensa a figura do médico, porque seus objetivos dependem nada mais do que uma adequada utilização dos canais de comunicação de massa e de alguns meios tecnológicos de educação para a saúde (Nogueira, 2003, p. 178).

É neste cenário que se expressam, nos serviços e meios de comunicação, as “ações educativas extremamente normatizadoras e centradas apenas na inculcação de hábitos individuais considerados saudáveis” (Vasconcelos, 2004, p. 77). A medicina promotora é, assim, *forma* de expressão “dos interesses dos grupos sociais dominantes na política e na economia”, que pela perspectiva liberal enfatizam “a liberdade e a capacidade de o indivíduo controlar os eventos que influenciam sua vida, sendo ele, assim, o grande responsável pelo próprio sucesso ou fracasso”. A saúde se torna um “bem que se compra e vende, se escolhe ou rejeita com base em opções individuais” e sua promoção significa “ajudar os indivíduos a fazer mudanças no estilo próprio de vida” (Vasconcelos, 1999, p. 75).

Ainda que haja a busca por legitimar tais ações por discursos que remontem a fatores sociais envolvidos, estes são apenas referência, mero envoltório de uma operacionalização que tem centralidade nos comportamentos individuais. É a mitificação do social (Barthes, 1972), que tem seu sentido reduzido pela deformação do conceito resultante das ações efetivamente operadas.

Esta proposta de promoção da saúde é orientada pelos estudos epidemiológicos que buscam identificar fatores de risco que estejam associados com os problemas de saúde. Mas os fatores de risco pesquisados são, em geral, comportamentos capazes de ser alterados individualmente. Para o profissional, formado numa perspectiva positivista e, portanto, buscando orientar sua atuação em ações que tenham eficácia comprovada estatisticamente, há poucas opções

legitimadas pela ciência além de buscar alterar os comportamentos individuais identificados como fatores de risco (Vasconcelos, 1999, p. 76).

Esta centralidade no comportamento individual decorre da moldura que condiciona a ação social e exerce uma “manipulação refinada” do reconhecimento das necessidades existentes. Ainda que os determinantes sociais da saúde e da doença em regiões como Heliópolis tenham relação direta com o mundo do trabalho e condições de moradia, por exemplo, o único programa específico sobre saúde de que pessoas ligadas ao sistema de saúde participavam tratava das DSTs/AIDS. A programação é importante e valorizada pela população (não se trata aqui de refutar ações deste tipo), mas resulta da geração, pelo sistema, de demandas a que existem respostas sistêmicas previamente definidas.

No entanto, o processo de associativismo porque os diferentes sujeitos passam naquele território erige-se no reconhecimento e construção sociais de necessidades comuns e na decorrente resistência a um mundo expresso em termos de escassez, o que remonta não apenas a serviços, mas a condições sociais, políticas e econômicas de existência. As práticas que “integram a totalidade do social” são objetivadas em ações políticas. Isto se expressa quando Ester diferencia os diferentes momentos históricos de atuação. Nos anos 1980, afirma, “era só casa, casa, casa... Em 1990, a gente percebe que só a casa mais já não corresponde”. Passam a “perceber” que “precisavam lutar por outras coisas”, como equipamentos culturais, de educação e saúde.

Também diz Lia que “as coisas estavam tão vinculadas à questão da saúde e à vida da comunidade, do povo, que quando a gente discutia moradia não dava para discutir moradia se não falasse de saúde”. Ela explica que a cobrança da responsabilidade do poder público na garantia de moradia digna a todas as pessoas passa a também significar que “a saúde tem que funcionar”.

Durante “um longo tempo”, Lia participou de “um grupo de saúde”, representando Heliópolis em fóruns, tanto regionais quanto municipais. “Em 88 já participava das manifestações na cidade”. Uma das questões debatidas era “a do saneamento básico”, pois se relacionava ao “que estava afetando mais as nossas crianças na comunidade sobre as doenças que existiam”. E este debate surge a partir de uma “parceria” com uma “médica muito preocupada, sanitária, com essa questão da mortalidade infantil”, pois a população local precisava “ter claro o porquê da mortalidade, e quando faz um pequeno levantamento percebe que uma das questões era o saneamento básico que a gente não tinha”.

As crianças conviviam com a contaminação das próprias fossas, esgoto aberto, e era assim, muitas diarreias, chegou a ter problema de cólera na época. *E a partir de que a gente descobriu, fizemos esse levantamento, fizemos documento e fomos questionar isso ao poder público*: olha, acho que é mais fácil trabalhar prevenção que trabalhar doença, e chamamos até a Prefeitura e falamos: o problema é este. E a gente precisa denunciar tudo isso, e começa toda essa luta, não está desvinculada uma coisa da outra. A moradia é a mesma coisa. Por exemplo, há muitos anos quando discute questão das áreas de risco, os barracos em cima dos córregos, famílias convivendo com ratos, problema grave que ainda tem com nossas crianças, a partir de tudo isso, a gente começa a fazer todo esse levantamento, e vai ao poder público dizer que não pode numa cidade como São Paulo uma criança sendo contaminada com xixi de rato. (Lia)

E Lia se valeu da rádio para este trabalho. “O levantamento que a gente fazia era discutido na rádio com o povo. Se não fizesse esse trabalho, o povo não ia entender e se unir para lutar por esse direito”. Hoje ganha destaque a mobilização relacionada à coleta de lixo, que se dá pela organização de dias e locais de depósito dos dejetos nas calçadas. Há também ações pontuais e igualmente fundamentais.

Uma liderança local, Marcinha, conta que recentemente organizou a retirada de entulhos de um ponto da Estrada das Lágrimas. “Ali era um lixo muito grande”. Órgãos administrativos do Estado não conseguiam evitar o acúmulo de lixo no local. Marcinha passou então a conversar com diferentes pessoas, dentre comerciantes, lideranças populares e moradores, e iniciou uma articulação para tentar resolver o problema. “Comecei a ficar lá na rua conversando com os carroceiros, falando que não era mais para jogar. Eles começaram a implicar comigo, porque ali era o ganha pão deles”.

O fato de o lixo estar em frente a uma escola infantil, atrair ratos para o “parquinho das crianças” e a proximidade do local com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) foram os argumentos de Marcinha para que os carroceiros atendessem seu pedido. “Aí entrei em contato com a Subprefeitura, procurei saber quem era o responsável”. No entanto, Subprefeitura, escola e UBS não se responsabilizaram. “Todo mundo falava que eu não ia conseguir, porque ninguém tinha conseguido”.

O desestímulo vindo dos órgãos administrativos, que deveriam assumir a responsabilidade pela limpeza da região, não impediu Marcinha de continuar com sua atuação. A empresa responsável pela retirada do lixo fez, por insistência dela, uma limpeza no local. “Falei: quero que você mande todos os caminhões que forem necessários para tirar tudo, quero que você zere e deixe limpo, porque aí vou tomar conta. Já falei com os moradores, já articulei para não

vir". Hoje, a questão está resolvida. E nesse processo, a rádio foi utilizada para denunciar a situação e pedir às pessoas que não mais jogassem lixo no local.

Um dos locutores que se envolvem constantemente com a questão é Carlos. Ele conta que pessoas jogavam lixo em frente a uma creche. "Era problema da Subprefeitura, porque estavam tirando as casas, reformando, mas eles não colocavam caçamba para a pessoa colocar o lixo. O material que sobrava era colocado ao lado da creche". No local, havia também animais mortos, mas a instituição de ensino não conseguia fazer com que alguém se responsabilizasse pela retirada dos dejetos. "Fomos lá, fizemos reportagem, manifesto na rua e com dois, três dias, a Subprefeitura mandou a lixeira, as caçambas e tirou tudo".

O conjunto de ações políticas e sociais engendradas em ambos os casos se deu em um contexto de negação, pelo Poder Público, de necessidades sociais. Como parte desse processo, a rádio comunitária, pela divulgação, produção de informações e por fazer parte de um trabalho organizativo, se mostrou como espaço propício para a construção histórica de necessidades sociais em sua relação com a saúde, e também para a articulação e mobilização de sujeitos e coletividades pela efetivação deste direito e construção de relações entre moradores, agentes públicos, entidades, empresas prestadoras de serviço e órgãos administrativos do poder público. É a rádio enquanto parte da dinâmica social, e objetivada para fins políticos durante processos organizativos de transformação do território onde está inserida.

E para além de explicitar anseios e carências, uma rádio comunitária deve corresponder à expectativa social decorrente do processo de sua legitimação: é sua função "prestar serviço". Com isso, locutores se envolvem nas ações coletivas de enfrentamento a mecanismos de coerção e exclusão sociais na perspectiva de transformação da realidade. Na cobrança direta que passa a realizar frente àqueles que deveriam assumir a responsabilidade pela resolução de problemas locais, a rádio se afirma como espaço de mobilização de sujeitos articulados em torno de objetivos comuns. A importância da radiocomunicação comunitária na saúde vai, nesse sentido, muito além da possibilidade de transformação de comportamentos individuais.

A rádio se torna parte de uma cadeia de ações coletivas e ainda promove enfrentamento político com aqueles que se omitiram no exercício de sua responsabilidade, nos casos referidos, órgãos da administração municipal. A luta pelo direito à saúde via rádio comunitária se insere em contexto em que a organização coletiva em torno da emergência de necessidades sociais se dá por espaços e ações sociais instituintes e instituídos. Tais processos apontam para a possibilidade de se construir ações políticas e culturais por formas diferenciadas na resistência à dominação política, econômica e social. O estabelecimento de

laços sociais de solidariedade ganha sentido político nessa dinâmica entre contingência e resistência. Nela inserida, a rádio comunitária se caracteriza enquanto espaço de participação social.

### 5.5.3 Conclusão

Para caminhar no sentido da concretização do projeto da Reforma Sanitária pela ampliação das bases sociais de seu movimento, é necessário um processo de mudança social que não se esgota na implementação do SUS, mas tem como horizonte a democratização radical da sociedade e do Estado. Com a redução progressiva do *processo reformista* a um *sistema* conformado no interior de uma estrutura estatal patrimonialista, cartorial e fundada pela desigualdade social, há a tendência de se reforçar a seletividade estrutural do Estado capitalista. A transformação desta realidade é conformada por processos políticos, culturais e em relações sociais erigidas sobre laços sociais de solidariedade, que se inserem em uma dinâmica entre determinações econômico-sociais e afirmação da autonomia. É por espaços como uma rádio comunitária, formativos dessas relações, que se podem construir as contra instituições que possibilitarão um advir democratizante da saúde, do Estado e da sociedade.

## REFERÊNCIAS

- Arouca, A. S. (2003). *O dilema preventista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: UNESP. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Barthes, R. (1972). *Mitologias*. São Paulo: Difusão Européia do Livro.
- Bianco, N. R. (2000). Rádio a serviço da comunidade. *Comunicação & Educação*, 18, 22 -35.
- Carvalho, A. I. (1997). Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma de Estado. In: Fleury, S. M. (Ed.) *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. Lemos.
- Coelho, V. S. (2004). Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In: Coelho, V. S., & Nobre, M. *Participação e Deliberação: Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo*, 255-69. São Paulo: Editora 34.

Côrtes, S. M. V. (Org.). (2009a). *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Côrtes, S. M. V. (2009b). Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: Fleury, S., & Lobato, L. V. C. (Orgs.) *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes.

Figueiredo, R, e Ayres, J. R. C. M. (2002). Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/Aids em São Paulo, SP. *Saúde Pública*, 36 (4), 96-107.

Fleury, S. M. (Org.) (1997). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos.

Fleury, S. M. (2009a). Construção de sujeitos políticos e cidadãos. In Subirats, J., & Blanco, I. (Orgs) *Respostas locais a inseguranças globais: inovação e mudança no Brasil e Espanha*. Barcelona: CIDOB.

Fleury, S. M. (2009b). Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (3). 743-752.

Gallo, P. R. (2001). Radiodifusão comunitária: um recurso a ser valorizado no âmbito da educação em saúde. *Revista Saúde em Debate*, 25 (59), 59-66.

Espírito Santo, S.K.A.M. (2009). A percepção de gestores de saúde sobre a rádio comunitária como instância mediadora para o exercício do controle social do SUS. *Revista Saúde em Debate*, 33, (82).

Jurberg, C., e Macchiute, B. (2007). Câncer nas Ondas do Rádio. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 53 (3), 291-296.

Machado, F. A. (1987). *Participação social em saúde*. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde, Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde.

Machado, A., Magri, C., e Masagão, M. (1986). *Rádios Livres: a reforma agrária no ar*. São Paulo, Brasiliense.

Magnani, J. G. C. (1997). Em Discurso e representação, ou de como os Baloma de Kiriwina podem reencarnar-se nas atuais pesquisas. In: Cardoso, R (Org). *A aventura antropológica – teoria e pesquisa*. São Paulo: Paz e Terra.

Matos, M. R., Meneguetti, L. C., e Gomes, A. L. Z. (2007). Comunicação, saúde e comunidade: a contribuição das rádios comunitárias. *Anuário Unesco/Metodista de Comunicação Regional*, 11(11), 121-133.

Matos, M. R., Meneguetti, L. C., e Gomes, A. L. Z. (2009). Uma experiência em comunicação e saúde. *Interface*, 13(31), 437-47.

Morita, I., Guimarães, J. F. C., e Muzio, B. P. D. (2006). A Participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? *Saúde e Sociedade*, 15(1), 49-57.

Nardi, H. C., e Yates, D.B. (2005). Transformações contemporâneas do trabalho e processos de subjetivação: os jovens face à nova economia e à economia solidária. *Estudos de Psicologia*, 10(1), 95-103.

Nogueira, R. P. (2003). Da medicina preventiva à medicina promotora. In Arouca, A. S. *O dilema preventista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Paim, J. S. (2008). *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Pestana, C. L. S., Vargas, L. A. V., e Cunha, F. T. S. C. (2007). Contradições surgidas no Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande, município de Teresópolis, RJ. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17(3), 485-499.

Ruquoy, D. (1997). Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In: Alborello, L. et al. *Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Sampaio, M. R. A., e Pereira, P. C. X. (2003). Habitação em São Paulo. *Estudos Avançados*, 17 (48), 167-183.

Teixeira, M. L., et al. (2009). Participação em saúde: do que estamos falando? *Sociologias*, 11(21) 218-251.

Thompson, E. P. (1987). *A formação da classe operária*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Paz e Terra..

Tobar, F. (1995). Nova racionalidade técnica. In: Fleury, S. (Org.) *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco.

Vasconcelos, E. M. (2004). Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 1 (1), 67-83.

Vasconcelos, E. M. (1999). *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec.

Wendhausen, Á., e Cardoso, S. M. (2007). Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. *Rev Bras Enferm*, 60(5), 579-84.

## **VI. MIRADAS y ENFOQUES**

## **6.1. Epistemologias ciganas, interculturalidade e produção social dos sentidos: uma articulação decolonial no campo da comunicação & saúde.<sup>106</sup>**

**Aluizio de Azevedo Silva Júnior**  
Técnico em Comunicação Social  
Jornalista do Ministério da Saúde do Brasil  
Professor no Curso de Artes Visuais  
da Universidade Estadual de Mato Grosso (Unemat),  
aluizio.silva@saude.gov.br

**Inesita Soares de Araujo**  
Professora do Programa de Pós-Graduação  
em Informação, Comunicação e Saúde  
da Fundação Oswaldo Cruz (PPGICS/Fiocruz)

**Resumo.** Esse texto informa alguns resultados de uma tese de doutorado que investigou os processos interculturais de comunicação e saúde, com enfoque na apropriação das políticas públicas de saúde para ciganos no Brasil e em Portugal. Evidenciamos os arranjos teórico-epistemológicos que tomou por base uma multireferencialidade de saberes que envolveu a articulação de quatro matrizes: os estudos culturais, os estudos semiológicos, os estudos decoloniais e a filosofia (de vida) cigana, que foi tomada como um quarto modo de produzir conhecimento, conceitual e epistemologicamente tão válida quanto as correntes científicas. Destacamos os conceitos centrais de cada matriz e os modos que os articulamos para a produção de um diálogo científico e inovador com as pessoas ciganas, reconhecendo que têm saberes acumulados, portanto, devem ser levadas em consideração, especialmente no que diz respeito à análise e à reflexão sobre a saúde cigana. A “Filosofia Cigana” se sustenta em narrativas que povoam as memórias e histórias orais e se fazem presentes na estruturação de elementos culturais, simbólicos e comunicacionais, de grupos ciganos brasileiros e portugueses da etnia Kalon, que são postos em prática e ensinados de geração em geração. Elementos que ancoram seus modos de ver e viver a vida, formas de organização social e de estar no mundo, que subvertem e/ou resistem aos modos capitalistas de vida e sua ênfase no consumo e no descarte do ser humano, assumindo valores de solidariedade e amizade. Assim,

<sup>106</sup> Este artigo foi apresentado e publicado nos Anais do Grupo Temático 5 Comunicação e Saúde do XIV Congresso da Associação LatinoAmericana de Pesquisadores em Comunicação (ALAIC), San José-Costa Rica, 2018.

descartamos a visão estereotipada da historiografia moderna de que seriam vagabundos, trambiqueiros, ou criminosos perigosos (ladrões, sequestradores, trapaceiros etc.).

**Palavras-chave:** ciganos; interculturalidade; decolonialidade; comunicação e saúde.

### 6.1.1 Os caminhos acadêmicos e o universo epistemológico e cultural cigano

Há uma tentativa, não de um genocídio físico direto, mas de erradicação dos ciganos, da cultura e das tradições e do simples dizer, da liberdade de dizer, “*eu sou cigano*”, sem qualquer medo e sem que se tema alguma repreensão ou que isso nos retire alguma valorização da nossa vida. (Maria Gil, in Silva Júnior, 2018, p. 164)

Enquanto ciganos, tivemos que aprender e saber o quanto nós somos resistentes! Então, isso é o lado mais positivo de toda condição de cigana: a consciência da nossa existência. Nós existimos sem um estatuto escrito e nós resistimos ao vosso sistema. (Maria Gil, in Silva Júnior, 2018, p. 350).

Os dois discursos são da militante portuguesa Maria Gil, uma “mulher e cigana”, como ela mesma costuma dizer nos eventos em que participa. Utilizadas para subsidiar a escrita de uma tese de doutorado<sup>107</sup> – de onde emerge esse texto –, as narrativas revelam dois lados de uma mesma moeda: a colonização e exclusão das comunidades ciganas nesses dois países e a resistência a essa investida.

A relação entre Brasil e Portugal, ou seja, entre os povos que se confrontaram no espaço colonial brasileiro e/ou no espaço moderno português, desde o início do século XVI, produziu traumas históricos nos povos não-europeus, que sofreram todo tipo de violência física e simbólica. Portugal desenvolveu uma série de estratégias de colonização do poder, do ser e do saber, como o racismo, o machismo, a exploração de trabalhadores, a apropriação de terras, o escravismo, entre outras, mantendo nações não-europeias em situação de colonialidade (QUIJANO, 2005).

Com a articulação da ciência, das artes, das mídias e das armas, construiu-se um mito de geopolítica colonial, travestida de modernidade e progresso, em que a Europa e o padrão capitalista-branco-europeu-hetero-cristão está no topo da evolução da história humana e todos

<sup>107</sup> “Produção Social de Sentidos em Processos Interculturais de Comunicação e Saúde: a apropriação das políticas públicas de saúde para ciganos no Brasil e em Portugal”. Tese defendida em 2018 no Programa de Pós-Graduação de Informação e Comunicação, Instituto de Comunicação e Informação em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

as outras formas de relações entre os povos não-europeus e suas formas de organização social, cultura, maneiras de ser e viver, estão atrasadas, são primitivas, não-humanas, podendo ser dominadas ou excluídas. Uma realidade que não cessou com o fim do colonialismo histórico e perdura até os dias de hoje. Tal situação se aplica às pessoas e comunidades ciganas, que foram vítimas das mesmas estratégias de colonização utilizadas contra negros e indígenas.

A opressão das comunidades ciganas - ou anticiganismo - é uma construção histórica. Desde quando os primeiros grupos ciganos chegaram em território europeu, por volta do ano mil, foram vítimas de inúmeras políticas persecutórias e excludentes. Em Portugal, a população romani se faz presente desde o fim do século XV, onde sofreram tentativas de genocídio ou assimilação, por meio de uma variedade de leis, penas e castigos, que iam desde a proibição de falar a língua, andar juntos, ler a sorte, até ao assassinato, prisão, castigos corporais, degredo colonial (nas galés), inclusive para o Brasil - aliás, a forma com que chegaram em terras tupiniquins (Moonen, 2011).

Em solo brasileiro, durante ou pós o período do colonialismo histórico, as comunidades ciganas foram vítimas históricas das mesmas políticas persecutórias e colonialistas, sofrendo diversas formas de violência física como assassinatos, castigos, prisões etc. e violência simbólica, como processos de epistemicídio ou identidadecídeo (Santos, 2002), bem como estereotipação e racismo. Desta forma, atualmente, no Brasil ou em Portugal as pessoas romani encontram-se, em sua maioria, em situação de pobreza e desigualdade social (Moonen, 2011; Magano e Mendes, 2013), o que do ponto de vista da comunicação se efetiva por meio do silenciamento e da invisibilidade e do ponto de vista da saúde pública, se expressa pelo negligenciamento e iniquidades.

Por outro lado, os grupos ciganos - uma infinidade de pequenas e médias comunidades pertencentes a três grandes grupos étnicos, os Rom, os Sinti e os Kalon, que juntos somam entre 12 a 15 milhões de pessoas, espalhadas por todos os continentes - mantiveram uma sofisticada filosofia de vida, que opera como uma epistemologia, com saberes e sistemas de organização e identificação/diferenciação socioculturais próprios, que lhes permitiram resistir (ao menos em parte) ao modo de vida ocidental capitalista.

Essa “Filosofia Cigana” se sustenta em narrativas e discursos mitológicos que povoam as memórias e histórias orais e se fazem presentes na estruturação de elementos culturais, simbólicos e comunicacionais, de grupos ciganos brasileiros e portugueses da etnia Kalon, que são postos em prática e ensinados de geração em geração. Elementos que ancoram seus modos de ver e viver a vida, formas de organização social e de estar no mundo, que

subvertem e/ou resistem aos modos capitalistas de vida e sua ênfase no consumo e no descarte do ser humano, assumindo valores de solidariedade e amizade (Silva Júnior, 2009).

Nesta compreensão, descartamos a visão da historiografia moderna de que seriam vagabundos, trambiqueiros, ou criminosos perigosos (ladrões, sequestradores, trapaceiros etc.). E propomos um diálogo científico inovador com pessoas ciganas, reconhecendo que têm saberes acumulados, devendo ser levadas em consideração. O intuito foi viabilizar uma oportunidade para que elas mesmas contassem as suas versões sobre o tema e as problemáticas a que nos propusemos estudar e que estão vinculadas a alguns contextos históricos, como: a implantação das sociedades democráticas, a emergência dos Direitos Humanos após a II Guerra Mundial e o nascimento de um movimento político cigano organizado, que passou a pressionar por melhores condições de vida e cidadania.

Tanto no Estado lusitano como no brasileiro, os movimentos ciganos começaram a se estruturar com o estabelecimento de suas Constituições Federais pós governos ditoriais (1974 e 1988), que garantem direitos e princípios básicos a todos os cidadãos, independente de origens étnicas. Desde então, teve início um processo de implantação de políticas públicas de integração em vários setores como saúde, educação, trabalho, habitação, entre outros, abarcando diferentes grupos periféricos, incluindo as minorias étnicas ciganas.

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e o Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Portugal são políticas públicas que abrangem as comunidades romani. Tomando por base princípios como a universalidade, a integralidade e a equidade, normatizam o atendimento à essas etnias, teoricamente reconhecendo suas especificidades culturais e tradições. Contudo, a relação intercultural entre as pessoas ciganas e os serviços de saúde é permeada por conflitos. Pelo menos por dois ângulos as pessoas ciganas enfrentam problemas graves de saúde pública. Por um lado, possuem modos diferentes de se colocar no mundo e práticas milenares sobre a saúde, o que lhes causa problemas com o racismo institucional, que ignora o princípio da equidade; por outro, são historicamente negligenciadas e em situação de desigualdade social e racial, privados dos direitos humanos básicos.

Nos serviços públicos de saúde no Brasil registramos a inadequação da comunicação voltada para os cuidados de prevenção e promoção à saúde de populações negligenciadas, caso dos ciganos. Serviços e profissionais da saúde não levam em consideração, que nesse processo, entram em cena diferentes formas de saberes e cosmovisões de mundo distintas, que se cruzam no âmbito da saúde pública, quando a tradução, a mediação, a negociação e sobretudo a comunicação deveriam emergir como fatores fundamentais para que as políticas pudesse chegar ao conhecimento e serem devidamente apropriadas pelos grupos ciganos.

Na pesquisa qualificamos essas constatações, aprofundando o olhar sobre a articulação, na prática dos serviços de saúde, das lógicas de negligenciamento e iniquidade em saúde aos estereótipos e racismo históricos contra as pessoas ciganas. Qual a possibilidade de garantir o acesso diferenciado com equidade, integralidade e participação em saúde que as políticas buscam assegurar? Qual o lugar da comunicação nesse cenário, um lugar que dificulta ou facilita esse processo?

Articular um referencial capaz de fazer frente a essa problemática, que entrelaça múltiplas dimensões, requereu esforços interdisciplinares. Seguimos a orientação de Nestor Garcia Canclini (2004, p. 13), segundo o qual, para aplicarmos uma teoria da interculturalidade, é preciso trabalhar três processos políticos/modelos de existência: a) as desigualdades, vinculadas à sociologia, cujos teóricos costumam deter-se a observar os movimentos que nos igualam e os que aumentam a disparidade; b) as diferenças, que têm sido tratadas pela antropologia, que se preocupa com o que tem nos homogeneizado; e c) a desconexão, um campo privilegiado dos comunicólogos, que tendem a pensar diferenças e desigualdades em termos de inclusão ou exclusão, ou conexão e desconexão.

Partindo desse entendimento, propomos a articulação de quatro referenciais teóricos que possibilitessem uma visão crítica multidimensional sobre as políticas públicas de saúde para ciganos: 1) os estudos decoloniais, a partir da teoria das Linhas Abissais, de Santos, para analisar as desigualdades; 2) os Estudos Culturais Latino-Americanos, especialmente com Canclini e Bhabha, com foco nos conceitos de mediação, hibridação, identidade/diferença e interculturalidade, para pensar as questões das diferenças; 3) a Semiólogia dos Discursos Sociais, principalmente com Bakhtin (1989, 2002), Araujo (2002) e Pinto (2002) para pensar a questão comunicacional e as teorias da conexão/desconexão, ou inclusão/exclusão.

A quarta matriz componente dessa articulação teórica foi a da filosofia cigana. Ancoramos esse diálogo na proposta anticolonial, anticapitalista e antipatriarcal de Santos, que propõe um novo modo de produção do conhecimento, as Epistemologias do Sul, cujo cerne está na valorização, validação e diálogo com os conhecimentos e saberes de povos, grupos e comunidades excluídos pelos processos de colonialismo-capitalismo, mas que ainda assim, mantêm identidades de resistências e modos alternativos de vida a estes sistemas opressores.

### **6.1.2 Uma articulação multirreferencial para a análise da saúde cigana**

Os estudos decoloniais auxiliaram na compreensão crítica de dinâmicas dos processos sociais e políticos em tempos de globalização neoliberal e “pós-colonialismo” – com as

ambiguidades e contradições que os termos evocam. O pensamento pós-abissal de Santos fortaleceu a análise comunicacional em vários pontos, subsidiando nosso olhar sobre a desigualdade socioeconômica na crítica ao movimento de globalização e ao paradigma hegemônico da ciência moderna, que reforçam o colonialismo, o capitalismo e o patriarcado.

Sua proposta nos forneceu categorias analítico-operacionais fundantes na discussão que desenvolvemos acerca das políticas de saúde: linhas abissais, Epistemologias do Sul, sociologia das ausências, sociologia das emergências, ecologia de saberes e de reconhecimentos. As considerações que Santos (2007 e 2016) tece acerca dos epistemicídios e identidadecídios enfrentados por grupos excluídos, como os Romani, dialogaram com os conceitos de silenciamento e de invisibilidade, ajudando a desvelar iniquidades presentes na saúde cigana.

Efetivamos um diálogo Sul-Sul de duas faces: a) uma epistemológica, por meio da aplicação da ecologia de saberes, que culminou na construção de conhecimento compartilhado entre saberes científicos e saberes ciganos, no reconhecimento de que as pessoas romani têm acumulado um conhecimento sobre o mundo, expresso pelos valores identitários e culturais, modos de ver e viver, ser e olhar; e b) tal arranjo nos abriu a oportunidade de intervenção na realidade para o estabelecimento de um intercâmbio intercultural e interpolítico, primeiro entre duas comunidades brasileiras e depois entre os movimentos ciganos brasileiro e português, auxiliando na compreensão mútua de contextos periféricos, perseguições e no histórico de resistência, lutas e demandas, que influenciam a saúde cigana.

Da matriz dos Estudos Culturais (EC), nos apropriamos das teorias da mediação, por meio da matriz de mediações de Araujo (2002), do conceito de hibridismo, em Bhabha (1998) e das categorias de interculturalidade/hibridação com Canclini (2004). Esse feixe teórico-conceitual ancorou o nosso lugar teórico-político em favor das comunidades ciganas, que olha para as questões da diferença, mas sabe que ela é complexa, que precisa ser analisada desde uma perspectiva “inter” ou “entre”, considerando as categorias de identidade, de cultura, de diferença e de conflito, como questões ‘teórico-metodológicas e de cunho político, desvelando que a equidade e a igualdade racial são fundamentais para a cidadania.

A matriz dos EC, nos trouxe a compreensão de que a comunicação tem de ser percebida como um produto simbólico, que se configura nas relações interculturais, zonas fronteiriças de contatos e disputas (Canclini, 2004), sendo permeada por múltiplos fontes de mediações como a cultura, a religião, a história e fatores como as motivações e os interesses, as relações pessoais e grupais, as competências, as nomeações e classificações, os dispositivos e práticas,

as leis e normas (Araujo, 2002). Partir desta ótica nos permitiu compreender o caráter político das identidades ciganas e suas estratégias de resistências identitárias como saberes.

Já a teoria da produção social dos sentidos, na perspectiva da Semiologia dos Discursos Sociais, nos ancorou na compreensão da comunicação como um processo multidimensional, multirreferenciado, multicêntrico e multilinear, que permeia um circuito produtivo operado por redes discursivas e pondo em circulação discursos concorrentes (Pinto, 2002). Especificamente, a análise da apropriação das políticas de saúde para ciganos teve ancoragem em um modelo teórico que se filia tanto à semiologia social, quanto aos EC: o modelo da Comunicação como Mercado Simbólico<sup>108</sup>. Constructo de Inesita Soares de Araujo (2002), o modelo foi desenvolvido sob a ótica da semiologia para promover "uma compreensão da dinâmica que rege a prática comunicativa no campo das políticas públicas" (Idem, 2002, p. 248).

Nessa concepção como um mercado simbólico (Araujo, 2002), a comunicação ocorre em três movimentos articulados: a produção, a circulação e o consumo (ou apropriação), de natureza sempre contextual, onde múltiplas vozes entram em disputas pelo poder simbólico, o poder de "fazer ver e fazer crer" (Bourdieu, 1998). Essa perspectiva possibilitou olhar o cenário da exclusão a partir das estratégias e táticas pelas quais as pessoas ciganas se movem no mercado simbólico da saúde cigana, buscando encontrar melhores "lugares de interlocução" (Araujo, 2002).

Por outro lado, possibilitou ancorar uma crítica às políticas públicas na área da saúde para os ciganos, entendendo que – enquanto manifestadas pela prática da comunicação social – elas só se concretizam, de fato, quando atendem de maneira adequada aos três ciclos do processo comunicativo, chegando a ser apropriadas pelas pessoas ciganas o que, normalmente, não ocorre, visto que este processo tem sido negligenciado no campo da saúde pública e da comunicação.

Nosso quarto modo de pensar as problemáticas e objetivos estabelecidos, que é conformado pelos modos de olhar e ver dos ciganos, é calcado na filosofia cigana, que apresenta outras formas de estar no mundo e viver a vida, diferentes do modelo ocidental (Silva Júnior, 2009). Esta não é a visão da ciência hegemônica, que submete tais vozes a estratégias de estereotipação ou estigmatização, emudecendo-as ou invisibilizando-as (Santos, 2002).

---

<sup>108</sup> O modelo do mercado simbólico reúne uma formulação teórica, uma representação gráfica e uma matriz de mediações, que foram convocados em distintos momentos da tese, na medida da necessidade de composição do diálogo com outros autores.

De modo geral (e reconhecemos a existência de exceções), os sujeitos das pesquisas nas ciências sociais, especialmente os de grupos excluídos, são representados de acordo com as teorias que sustentam o discurso supostamente neutro e verdadeiro do pesquisador, propriedades e capacidades de auto representação que, por falta de teorias e conceitos, eles não teriam (Santos, 2017). Desqualificadas historicamente, tais vozes são admitidas – quando o são – desvinculadas da metodologia, apenas como ilustração dos pontos de vista defendidos.

Todavia, partindo de um diálogo transdisciplinar, multirreferencial e intercultural para a produção de um interconhecimento pós-abissal, consideramos os nossos sujeitos como interlocutores, como as pessoas com mais experiência e mais aptas a falar sobre e analisar a saúde cigana, estando eles presentes em todos os momentos da pesquisa. Reconhecemos que possuem experiência acumulada, têm o que falar e devem ser ouvidos com prioridade e credibilidade, posto que vivem num universo cultural que possui uma filosofia de vida que gera um saber de resistência, uma matriz teórica, capaz de analisar e criticar assuntos que dizem respeito não apenas ao tema da saúde cigana, como ao universo da globalização neoliberal.

As narrativas de nossos interlocutores estão ancoradas numa filosofia cigana, cunhada num rígido percurso, que têm anteparo nos conhecimentos tradicionais e são circulados e postos em prática no marco da oralidade, passados de geração em geração. Nessa construção, as narrativas na pesquisa dos nossos interlocutores ciganos, ganham reconhecimento, tornando-se tão válidas quanto às análises conceituais de outros teóricos com quem dialogamos e aplicamos na pesquisa.

### **6.1.3 A filosofia *kalon* e seu sistema de ação e organização sociocultural**

MARIA DIVINA (RONDONÓPOLIS/BR): A tradição cigana ela é sábia. Ela é sábia. Ela é sabida. Ela não tem muito estudo. Não tem muito estudo, mas eu tenho a sabedoria de Jesus na minha cabeça. Eu conheço tudo na minha vida. Ando por conhecimento de Jesus, porque eu tenho muita sabedoria que Deus me deu. Eu não leio sorte e nem baralho, mas tudo que pertencer de remédio de Kalon, de cigano, eu sei e linguagem e tradição (in Silva Júnior, 2018, p. 346).

Consideramos os contextos existenciais como dos mais importantes para a compreensão da maneira como as pessoas ciganas se apropriam das políticas públicas de saúde. Na tese antes referida, a matriz cigana é apresentada no quarto capítulo, onde são evidenciados os principais contextos do universo cigano que influenciam na apropriação das políticas de saúde.

Consideramos os contextos existenciais como dos mais importantes para a compreensão da maneira como as pessoas ciganas se apropriam das políticas públicas de saúde. Portanto, vamos aqui privilegiar os contextos existenciais, apresentando aspectos culturais das comunidades ciganas kalon de Brasil e Portugal e sublinhando aspectos da filosofia kalon, do seu sistema de ação “*Lage no Mui*” e do seu sistema de organização social, que possibilitaram táticas de resistência e modos de superação dos racismos, estereótipos e preconceitos.

Enquanto os saberes científicos se baseiam na escrita, os saberes romani mantêm sua fundamentação na oratura: são regidos por uma filosofia oral, repassada de geração em geração, na experiência e na vivência. Daí a dificuldade de os representar adequadamente, posto que sempre escapará uma nuance, um mistério, um algo a mais que não cabe na escrita. Segundo, porque durante os últimos 200 anos o paradigma da ciência moderna tem silenciado ou apagado outras formas de conhecimentos que não aqueles considerados válidos pela ciência hegemônica (Santos, 2002, 2017), sendo responsáveis pela produção ou reforço de um saber estereotipado que fundamentou discursos coloniais de racismo e políticas anticiganas.

Ou seja, já existe um pré-conhecimento, ou melhor dizendo, um pré-conceito, estereotipado e racista sobre “os ciganos”. Na maioria dos estudos ciganológicos, há uma estrutura ou esquema parecidos, em que autores apresentam blocos de elementos simbólicos do que consideram ser a cultura ou a identidade romani e que funcionam como demarcadores que os tornam diferentes da cultura ou da identidade majoritária. Todavia, ao nos aproximarmos do universo, vemos que esses pacotes são recortados de uma comunidade, descontextualizados, rearranjados e apresentados como sendo válido para todas as etnias ciganas, como se fossem elementos homogêneos, além de caracterizar sua cultura como estanque e sem relações com o mundo externo a si, reforçando estereótipos sobre “ciganos”.

Os demarcadores culturais romani só fazem sentido, entretanto, se estiverem situados na filosofia cigana e seus modos de compreensão do mundo. As culturas ciganas não podem ser descritas enquanto entidades abstratas, sem pensar que por traz delas existam filosofias, que fazem funcionar sistemas de ação e de organização social, que servem de parâmetro para as identidades culturais que se manifestam.

Assim, consideramos que a produção social da kalonidade se estrutura como uma instância simbólica composta por três termos: a) uma filosofia de vida, a que denominamos de “olhar ampliado de mundo”, que contém e guarda as verdades últimas e basilares, que fundamentam os modos de olhar e ver a vida; b) um sistema de ação, que passamos a denominar de *laje no*

*mui*<sup>109</sup>, que está ligado ao jeito de ser cigano; e um sistema de organização social, que chamamos de “viver em poesia”, este sim marcado por elementos e demarcadores culturais que, no conjunto, conformam múltiplas versões da cultura kalon; e c) essas múltiplas versões da cultura kalon, alimentadas pela filosofia de vida e o sistema de ação e organização social, estruturam diferentes identidades culturais ciganas, permitindo às pessoas desta etnia basearem seus sentimentos, comportamentos, gestos, ações, modos de ‘estar-no-mundo’, de ver, ser e viver.

A filosofia kalon guarda as verdades últimas e “valores básicos”, estruturando modos de viver, ser, agir e se comportar e é posta em prática pelos sistemas de ação e de organização social, muitas vezes articulados com base na oposição ou contraposição aos valores da sociedade dominante capitalista. Compostos por uma diversidade de elementos quase infinita; em conjunto com as identidades culturais ciganas, contêm os demarcadores simbólicos e as formas de ser e ter.

O sistema de ação é o responsável por fazer a ligação entre a filosofia kalon e o seu modo de ação e organização sociocultural; os dois são os responsáveis por fazer a ligação entre a filosofia e as identidades culturais que emergem na kalonidade. Esse conjunto conforma os modos de ser, ou o seu sistema de identificação e diferenciação, que estruturam as identidades culturais da kalonidade, que, estão mais próximas do diálogo e da hibridação com o mundo não cigano.

Todo este complexo é dado discursivamente, isto é, narrativa e mitologicamente; mas também, nos modos de estar, de se portar, nos comportamentos, nos gestos e no estilo de vida. A filosofia cigana não é só teórica e retórica, contendo importantes componentes práticos. Se é kalon, em gesto e ato, tanto quanto em narrativas e modos de se posicionar.

Na vivência kalon estes elementos estão entrelaçados e muitas vezes não são racionalizados desta forma pelas pessoas ciganas, mas intrometidos no acúmulo de experiência da comunidade a que se pertence. Se os dividimos é para melhor compreensão da produção social da kalonidade e como essas lentes culturais e filosóficas nos ajudaram na análise da saúde cigana. Como toda sistematização ou modelo que se torna escrito, é fixo e pode não ser o mesmo daqui a um tempo. Aqui damos ênfase à filosofia e aos sistemas de ação e organização social.

---

<sup>109</sup> *Laje no mui* traduz-se pela expressão “vergonha na cara”.

### 6.1.4 Olhar ampliado de mundo

WANDERLEY: Eu nunca fui um homem rico financeiramente. Sempre fui o que sou hoje, não tenho dinheiro, mas sou feliz, porque o dinheiro é uma coisa boa, ajuda muito nós, mas na verdade, não é tudo, tem coisas que superam o dinheiro. A minha felicidade ela é dentro de mim, 24 horas e o dinheiro às vezes, resolve algumas coisinhas, mas a verdadeira felicidade é a pessoa ter paz de espírito. As outras coisas você não vê muita necessidade nelas (in Silva Júnior, 2018, p. 348).

O olhar ampliado de mundo, se conforma pelo estoque histórico, cultural e mitológico (memória oral, mitos, narrativas, histórias exemplares), de conhecimentos sobre a vida e a existência, verdades que estruturam e configuram os modos de compreensão do mundo. A filosofia cigana é a “alma” da kalonidade, seus valores mais profundos, modos de olhar e ver. Núcleo central da kalonidade, ela se compõe ao menos quatro valores: 1) a cultura da paz; 2) a liberdade da alma; e 3) a amizade/lealdade (que interpreto como solidariedade); e 4) a valorização maior dos seres humanos em detrimento dos bens materiais e financeiros.

A narrativa de Wanderley aponta que um dos principais valores da filosofia kalon é *a paz de espírito*, que só pode ser alcançada pela abrangência de dois movimentos: o respeito à vida e à liberdade acima dos bens materiais. Ambos são conquistados por meio de uma dimensão interior, a liberdade do ser, “de alma”; e outra exterior, a liberdade do viver e do agir perante os outros, à alteridade, mas dentro dos parâmetros éticos do respeito, da honra e da vergonha, que trazem “paz na vida”.

Podemos observar esses elementos presentes em vários diálogos proferidos por distintos interlocutores ciganos no Brasil e em Portugal. Esta liberdade é conquistada pelas ações, gestos e palavras de respeito e de reconhecimento da vida e da própria liberdade como princípios fundamentais do/na/para o outro e para si mesmo. Não se trata da falsa liberdade que se expressa no mito romantizado do nomadismo cigano, mas que acaba por esconder que o nomadismo, não foi uma opção, mas uma imposição da sociedade majoritária.

Num plano mais concreto, o olhar ampliado de mundo compreende ainda o sistema de ação da kalonidade, que é um meio termo entre o gesto e a ação, isto é, os modos de agir e se (com) portar, se estruturando a partir de três valores principais: a honra, o respeito e a vergonha, que atuam nas “leis ciganas” tradicionais. Se efetivam na composição e nas relações intrafamiliares e intragrupais e são eles que definem o grau de prestígio de uma pessoa na comunidade kalon e no universo cigano, no diálogo e convívio com as outras etnias ciganas e com o mundo não cigano.

### 6.1.5 Viver em poesia

Se configura como a organização social em si, que se expressa primeiramente pela alta valoração à configuração familiar alargada e o respeito máximo a configuração que ela, seus rituais e papéis colocam, com destaque para o respeito às mulheres, às crianças, aos idosos e aos mortos; passando pelos modos de viver o casamento e o namoro; na citação da importância da espiritualidade e da fé; no passado comum de sofrimento e de perseguição; até chegar no trabalho tradicional com os negócios e a gambira; na intensidade e paixão dos sentimentos da vida, com alegria e festividade, música e dança, arte e poesia.

E se expressa também pela contraposição aos não-ciganos, como na mobilização do estereótipo reverso do ladrão ou bandido perigoso, ou na utilização da língua como uma estratégia de defesa. São esses elementos que configuram como demarcadores simbólicos em torno dos acontecimentos e fenômenos da vida. Eles se estruturam por um intrincado modo de ser, a kalonidade, que por sua vez se baseia numa postura ética, estética e epistemológica filosófica, que não apenas lhes permitiu resistir às perseguições históricas, como também sobreviver a todas as intempéries, mantendo vivos valores culturais, costumes e tradições.

O viver em poesia dos kalon é composto de inúmeros elementos. São os modos de viver e estar-no-mundo e de gerir a vida, símbolos, mitos e rituais, que se configuram como (de)marcadores culturais, que estão mais aparentes e são mais flexíveis, sujeitos à mudança e às hibridações, pelo que também costumam ser mais heterogêneos. Esses demarcadores permitem a existência dos sistemas de diferenciação e identificação e são o corpo desta concepção filosófica e deste estilo de vida, mais maleáveis e maior mobilidade.

Entram nessa categoria, por exemplo: a) uma organização sociocultural com base na família e o respeito a todos os papéis consanguíneos ou por aliança, costumes, tradições, rituais e mitologias, incluindo rituais mais marcantes da vida como o nascimento, o casamento e a morte; b) uma organização sociopolítica que se estrutura hierarquicamente pela idade, onde os mais velhos, os chamados tios e tias de honra, de respeito, de valor e de vergonha, são os responsáveis máximos pela aplicabilidade da filosofia e dos sistemas de ação e de organização social da kalonidade, das leis de aconselhamento e apaziguamento e do casamento; e c) a língua *romanon chib* como o principal identificador de outro kalon, como estratégia de defesa e diferenciador cultural dos não ciganos; que guarda resquícios das origens.

### **6.1.6 Ultrapassando fronteiras na produção do interconhecimento**

A opção por esse caminho epistemológico e teórico híbrido, com a aplicação de quatro matrizes, nos possibilitou avanços epistemológicos e teóricos importantes na produção de um conhecimento emancipatório, dialógico e participativo. A produção de um conhecimento decolonial, que é ligado a um projeto de ação, ancorado nos Estudos de Cultura, com um olhar crítico semiológico e filosófico da cultura cigana.

O diálogo com os EC e a Semiologia se deu na adoção da perspectiva da comunicação como um mercado simbólico. Essa abordagem nos proporcionou aportes como a matriz de mediações e o conceito de lugar de interlocução, que nos possibilitaram identificar as comunidades discursivas e seus contextos, mapeando por onde flui o poder no mercado simbólico da saúde cigana.

Os estudos anticoloniais, representados pelo pensamento pós-abissal de Santos, que com a proposta das Epistemologias do Sul, nos permitiu compreender as exclusões e desigualdades sociais que atingem as comunidades ciganas no Brasil e em Portugal como resultados do colonialismo, do capitalismo e do heteropatriarcado. Ancorou nosso processo, ao reconhecer as pessoas e culturas ciganas como possuindo saberes próprios, ancorados na filosofia Kalon e produzidos na resistência a esses sistemas de opressão.

Com as Epistemologias do Sul, identificamos e amplificamos outros discursos ou narrativas sobre o mundo que não aqueles privilegiados pela modernidade capitalista, potencializando suas lutas e resistências. Com o seu entrelaçamento à comunicação como mercado simbólico, pudemos perceber e ouvir as vozes ausentes ou silenciadas e as suas demandas reprimidas. E nos permitiram concluir que a pesquisa em comunicação e saúde pode ser um instrumento de luta contra a opressão e a dominação capitalista, colonialista e heteropatriarcal e por melhores lugares de interlocução e contextos de saúde e de vida, se executada em conjunto e apropriada pelas pessoas ciganas.

Em termos de cultura cigana, pleiteamos que um dos principais ganhos tenha sido a maneira com que estruturamos os saberes tradicionais ciganos como uma filosofia de vida (Olhar Ampliado de Mundo), que guarda os valores mais básicos como a liberdade da alma e a paz de espírito. E se expressa por meio de um sistema de ação, o “*Laje no Mui*”, que orienta os gestos e ações dos kalon e outro de organização, a que denominamos de “Viver em poesia”, que se dá basicamente em torno das famílias extensas e comunidades ligadas por laços de parentesco, colocando em prática demarcadores simbólicos, para se diferenciar dos não ciganos.

Essa filosofia constrói-se por oposição ou hibridação aos valores da sociedade ocidental, tanto quanto as identidades e as culturas ciganas são negociadas e disputadas, internamente, dentro dos movimentos políticos ciganos e externamente, na influência que os Estados brasileiro e português vêm colocando em prática junto às comunidades ciganas, nas relações coloniais históricas de opressão, por meio do diálogo com seus movimentos sociais, ou nas relações interculturais na saúde.

Concluímos reconhecendo que a luta política pela conservação do universo cigano, é uma luta de resistência, uma estratégia das pessoas cigana para manter um estilo de vida em oposição ao modelo moderno de vida ocidental. A resistência contra a opressão do colonialismo e do capitalismo se dá por meio da manutenção das identidades culturais ciganas e seus valores filosóficos, costumes e tradições, que possuem outros modos de olhar a vida e de viver.

A visão da filosofia kalon coloca o ser humano à frente do dinheiro e dos bens materiais, ao oposto do capitalismo, que não consegue ver o mundo noutra ótica que não a material e nos convoca para, a partir do mundo acadêmico e do campo comunicacional, colaborar para entender e fazer ver suas possibilidades de negociação com o universo não cigano, na busca por reconhecimento, ao modo de Boaventura Souza Santos, do seu direito à igualdade, quando a diferença os inferioriza e os estigmatiza; e do direito à diferença quando a igualdade os descaracteriza. Na saúde, isso se traduz por igualdade no direito de acesso aos serviços e assistência, porém com respeito às suas diferenças culturais e as condições sociais, econômicas e políticas que determinam a saúde cigana.

## REFERÊNCIAS

Araujo, I. S. (2002). Mercado Simbólico: interlocução, luta, poder - um modelo de comunicação para políticas públicas. Tese (Doutorado). Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Araujo, I. S. e Cardoso, J. M. (2007). Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz..

Bakhtin, M. (2002). Marxismo e Filosofia da Linguagem. São Paulo: Ed. Hucitec.

Bakhtin, M. (1981). Problemas da poética de Dostoiévski. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Bastos, J. G. P. (2012). Portugueses Ciganos e Ciganofobia em Portugal. Lisboa: Edições Colibri.

Bhabha, Homi K (1998). O Local da Cultura. Belo Horizonte: Editora da UFMG.

Bourdieu, P. (1989). O Poder Simbólico. Rio de Janeiro: Editora Bertrand do Brasil.

Canclini, N. G. (2004). Diferentes, Desiguales y Desconectados: Mapas de la Interculturalidad. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.

Magano, O. e MENDES, M. M. (2013). Ciganos Portugueses: olhares cruzados e interdisciplinares em torno de políticas sociais e projectos de intervenção social e cultural. Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais/CEMRI - Universidade Aberta (UAb). Lisboa: Latex Editor.

Moonen, F. (2011) Anticiganismo: Os ciganos na Europa e no Brasil. Recife: PE. [http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/ciganos/a\\_pdf/1\\_fmanticiganismo\\_2011.pdf](http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/ciganos/a_pdf/1_fmanticiganismo_2011.pdf)

Pinto, M. J. (2002). Comunicação e Discurso: Introdução à Análise de Discursos. São Paulo: Hacker Editores.

Quijano, A. (2005). Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: Lander, E. (Org). A Colonialidade do saber, eurocentrismo e Ciências Sociais: perspectivas Latinoamericanas, 117-142. Buenos Aires: Clacso.

Santos, B. S. (2017). Más alla de la imaginación política y de la teoría crítica eurocéntricas. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 114, 75-116.,

Santos, B. S. (2016). Para uma nova visão da Europa aprender com o Sul. *Sociologias*, ano 18, nº 43, set/dez, 24-56.

SantoS, B. S. (2002). Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. 4a. São Paulo: Ed. Cortez.

Silva, A de A. (2018). Produção Social de Sentidos em Processos Interculturais de Comunicação e Saúde: a apropriação das políticas públicas de saúde para ciganos no Brasil e em Portugal. Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em

Saúde. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação  
Oswaldo Cruz-

Silva, A. (2009). A liberdade na aprendizagem ambiental cigana dos mitos e ritos Kalon”,  
2009, 267p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação e Educação, Universidade  
Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT.

Sousa, C. J. S. (2013). Os Maias: Retrato Sociológico de uma família cigana portuguesa  
(1827-1957). Lisboa: Ed. Mundos Sociais.

## 6.2. Comunicar saúde: uma perspectiva teórica.<sup>110</sup>

**Mariella Silva de Oliveira Costa**

Fundação Oswaldo Cruz, Gerência Regional de Brasília, Assessoria de Comunicação  
mariella.costa@fiocruz.br

**Resumo.** O texto traz breve histórico da relação entre a comunicação e a saúde no Brasil, e reflexão teórica em perspectiva transdisciplinar, apresentando as possibilidades de entendimento desses campos de saber, abordagens e especificidades sobre o ato ou efeito de se "comunicar saúde". A partir de nomenclaturas variadas, como comunicação em saúde, comunicação e saúde, comunicação na saúde, comunicação para a saúde, o texto apresenta semelhanças e especificidades de cada uma dessas abordagens e seus usos por autores brasileiros e estrangeiros.

**Palavras-chave:** comunicação; saúde na comunicação de massa; comunicação e saúde.

### Introdução

Os objetos de estudo e pesquisa da comunicação são “móveis, nômades, de contornos difusos, impossíveis de se encerrar nas malhas de um saber positivo e rigidamente parcelado” (Lopes, 2006; p. 10). E, mesmo com a sua institucionalização como campo acadêmico, é possível afirmar o caráter transdisciplinar da Comunicação.

Alcazar (2006) crê na visão interdisciplinar do campo da Comunicação pois seus objetos de estudo foram construídos por meio de olhares de diferentes áreas, inicialmente parciais, mas que evoluíram para uma visão integral, com enfoque teórico-metodológico de diferentes disciplinas que se cruzam na Comunicação, o que não possibilitou que tenha se consolidado com suas próprias teorias e métodos, nem se constitui apenas como uma disciplina ou ciência, mas como campo aberto de estudos para enriquecer a comunicação social e humana. França (2015) concorda com este autor e critica o descompasso da pesquisa em comunicação em relação à constante mutação das práticas comunicativas, em ritmo mais acelerado e que

---

<sup>110</sup> Este artigo foi apresentado e publicado nos Anais do Grupo Temático 5 Comunicação e Saúde do XIV Congresso da Associação LatinoAmericana de Pesquisadores em Comunicação (ALAIC), San José-Costa Rica, 2018.

aumentaria a tensão no campo, dada a extensão e diversidade de sua dimensão empírica, além da imensa diversidade de fatos e práticas que constituem seu objeto.

Sodré (2014) também critica uma tendência científica à feudalização, com pesquisadores que se apropriam de qualquer tema relacionado à comunicação, reivindicando os objetos desta natureza como exclusividade do campo. Para este autor, hoje vive-se uma era pós-disciplinar, na qual a especialização é insuficiente perante a necessidade de compatibilizar diferentes saberes em um mesmo grupo de pesquisa. Neste texto busca-se compreender a Comunicação em perspectiva transdisciplinar, dada a complexidade entre seu campo e o campo da Saúde. Para Edgar Morin, só a transdisciplinaridade conjuga os saberes e faz com que abordagens diferentes sejam colocadas em conjunto para uma mesma finalidade, enquanto que a interdisciplinaridade apenas juntaria disciplinas diferentes. "É preciso aceitar a aventura do pensamento complexo, pois o pensamento complexo nos dá instrumentos para ligar os conhecimentos." (Morin, 2007; p. 28). A partir de revisão de literatura, descreve-se aqui algumas abordagens da relação entre a comunicação e a saúde como campos de saber inter-relacionados.

### **6.2.1. Comunicar saúde: reflexões e pontos de vista**

A comunicação se encontra com a saúde em várias dimensões, tanto acadêmicas (como na criação de modelos teóricos, alternativas para subsidiar a política de saúde) quanto práticas (como técnica para acesso às informações, entre os serviços de saúde e a população, etc.). A comunicação traz a saúde como objeto para produção do discurso (nos jornais, nas campanhas), e a saúde usa o saber comunicacional como ferramenta para prevenção e promoção (Fausto-Neto, 1995) mas não só, considerando-se que a relação entre comunicação e saúde é complexa e tem nuances para além do aspecto instrumental entre um e outro campo.

As primeiras experiências de comunicação e saúde no Brasil são da década de 1920, com o Departamento Nacional de Saúde Pública e sua propaganda para explicar o surgimento, disseminação e combate às doenças de massa por meio de um sanitariismo campanhista. Nos anos 60 e 70, as ações de saúde pública tradicionais com planejamento baseado na estatística aprimoravam a explicação do adoecimento e a definição das normas em saúde. A comunicação era utilizada para responder à relutância das pessoas em cumprir essas prioridades epidemiológicas definidas pela administração sanitária. Os inquéritos buscavam mapear lideranças locais, veículos de comunicação, e o conhecimento sobre transmissão de doenças e daí, desenvolviam-se estratégias de persuasão para minimizar a resistência social em cumprir as normas sanitárias.

Na década de 70, as políticas de saúde ajustaram sua linguagem para transferir as informações de maneira mais eficaz e tentar mudar o comportamento das pessoas para a promoção da saúde. Nessa época, o governo apostou também nas relações interpessoais como forma de que a mensagem sanitária chegasse à população não só pela propaganda, mas por meio de líderes de opinião, como educadores, assistentes sociais, sanitários, coincidindo com um modelo de comunicação conhecido como two-step-flow, ou fluxo de comunicação em dois níveis, desenvolvido por Lasswell e que aposta em um intermediário, entre a mensagem (o meio massivo) e o público. Nos anos 80, emergia a noção de saúde como direito civil, politizando a questão do acesso à saúde e a discussão sobre práticas de comunicação setoriais. A partir daí a comunicação entrou na pauta das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), realizadas a cada quatro anos para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde, com participação de conselheiros de todo o país. Na 8a CNS, a informação plena foi apresentada como pressuposto do direito à saúde e dois anos depois, o texto constitucional trouxe a necessidade de controle da propaganda de remédios, cigarro e álcool. A partir daí a interface comunicação-saúde no Brasil foi conformando "redes de cooperação, conflito, visibilidades, invisibilidades e onde se situam social e simbolicamente sujeitos" (Pitta, 1995; p. 258).

Na 9<sup>a</sup> CNS, a comunicação esteve em dois discursos: um campanhista e desenvolvimentista, com críticas ao desperdício de recursos com estratégias de comunicação ineficazes, por exemplo, e outro na lógica assistencial, criticando a medicalização promovida pela mídia e propondo a criação de espaços gratuitos nos veículos para informar atividades dos conselhos de saúde e do SUS. Após 1993, o Ministério da Saúde (MS) discutiu alguns problemas de comunicação relativos à rede de serviços, tais como as informações na imprensa serem condicionadas às rotinas de produção dos jornais, a invisibilidade dos custos e boas práticas do SUS, e a publicidade enganosa da rede privada (Pitta, 1995).

A 11<sup>a</sup> CNS trouxe como subtema as Políticas de informação, educação e comunicação (IEC) no SUS (Brasil, 2009). Já a 12<sup>a</sup> CNS afirmou a necessidade de se criar uma política de informação, comunicação e informática para o SUS, a partir de diretrizes para a democratização do acesso e anos depois, pesquisadores como Silva, Cruz e Melo (2007) reafirmaram a importância da divulgação de dados sobre a saúde pública nos meios de comunicação de maneira ágil e clara.

Na 13<sup>a</sup> CNS, a comunicação aparece, entre outros espaços, na proposta de se garantir a divulgação de práticas de promoção da saúde criando prêmios de jornalismo que divulguem experiências exitosas em saúde (Brasil, 2008). Na 14<sup>a</sup> CNS, "construir política de

informação e comunicação que assegure gestão participativa e eficaz ao SUS” foi uma das diretrizes, reforçando propostas como as relacionadas aos medicamentos, aprovadas na 13<sup>a</sup> CNS e também a divulgação em todos os meios de comunicação sobre as experiências exitosas do SUS, dando publicidade às atas dos conselhos de saúde, por exemplo (Brasil, 2012b; p.71). Inclusive, uma das premiações mais recentes do MS, formulada pela Política Nacional de Humanização, foi o concurso Faço parte do SUS que dá certo, que premiou dez experiências de serviços de saúde das cinco regiões brasileiras com o registro em vídeo documentário e certificação. Na 15<sup>a</sup> CNS, realizada em 2015, um dos eixos foi a Informação, educação e política de comunicação do SUS.

Em 2017, a 1<sup>a</sup> Conferência Livre de Comunicação em Saúde, com tema “Direito à informação, garantia de direito à saúde”, reuniu jornalistas, blogueiros, coletivos de comunicadores, estudantes, e conselheiros nacionais, estaduais e municipais de saúde para buscar estratégias para o controle social relacionado à comunicação em saúde e consolidar uma narrativa em defesa do SUS, em contraposição aos discursos predominantemente negativos da grande mídia.

Este histórico da comunicação inserida nas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde mostra que a saúde não pode compreender a comunicação só como técnica descolada das práticas sociais, mas como parte dos processos de determinação da doença, de construção de modelos de atenção à saúde, da relação entre as pessoas e os serviços de saúde (Pitta, 1995).

Esta interface entre Saúde e Comunicação é estudada em diferentes perspectivas e nomenclaturas. Comunicação e Saúde, Comunicação em Saúde, Comunicação da Saúde, Comunicação para a Saúde são alguns dos termos encontrados, boa parte usada como sinônimo, mas expressando mensagens diferentes relacionando a comunicação à saúde (e vice-versa). Segundo Blanco (2010), quando se fala de comunicação em saúde, ou comunicação sanitária, pode-se contemplar ou não a mesma finalidade que a comunicação para a saúde, pois aquela muitas vezes apresenta discursos verticais e de ‘especialistas’ focando mais na doença e sua prevenção do que na saúde, enquanto a comunicação para a saúde teria como finalidade melhorar o estado de saúde das pessoas.

Fadul, Dias e Kuhn (2001) apresentam a Comunicação da Saúde como uma subárea da Comunicação a partir da epistemologia e métodos de pesquisa em comunicação nas três grandes áreas da comunicação: massiva, organizacional e interpessoal.

O tema da Comunicação e Saúde é refletido por Araújo e Cardoso (2007) e relaciona a comunicação e os princípios do SUS. Segundo as autoras, é importante defender uma comunicação como direito, que leve em consideração as diferenças e o desafio de produzir e disseminar ideias, ação não exclusiva de gente formada pelas escolas de comunicação, mas feita também pelos profissionais da saúde, acessível a todos para que haja pluralidade de vozes, realizada não só de maneira pontual, mas em vários níveis com apoio do nível central. Além disso, dando à população o direito de ser ouvida e de participar dos processos de comunicação contribuindo com seu conhecimento, trazendo à tona temas que possibilitem às pessoas, informadas, participarem nas decisões e políticas de saúde. As autoras ressaltam que a demarcação do campo, utilizando a conjunção “e” e não outras, refere um modo de compreender a comunicação e a saúde como áreas de igual importância e que se somam para produzir um novo conhecimento, sem que uma se sobreponha a outra.

Mosquera (2003; p. 1) apresenta a teoria, a pesquisa e a prática da Comunicação em Saúde para promoção da saúde e prevenção de doenças, e o consenso de outros teóricos sobre o papel dos meios de comunicação como peça-chave no desenvolvimento de comunicação para a saúde efetiva. O texto cita a definição de Comunicação em Saúde proposta pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS) como o “estudo e uso de estratégias de comunicação para informar e influenciar decisões individuais e comunitárias que melhorem a saúde”, e apresenta a comunicação participativa em saúde, e a comunicação para a mudança de comportamentos, bem como alguns modelos e práticas de comunicação em saúde a partir de experiências latino-americanas (voltada à difusão de inovações, comunicação macro-intencional e Comunicação para a mudança social) .

Segundo Teixeira (2004), a promoção da saúde é função mais importante e estratégica da Comunicação em Saúde, que também pode evitar riscos, prevenir doenças, recomendar exames, informar sobre a saúde. Para Renaud (2010) a Comunicação em Saúde, trazida pela Saúde Pública busca não só informar, mas conscientizar a população:

Rojas - Rajs e Soto (2013) trazem a Comunicação em Saúde e a Comunicação para a Saúde como sinônimos, tendo como eixo principal a mudança de hábitos dos indivíduos, devido ao seu impacto no conjunto das práticas. Os autores apontam que até 2010, havia pouca bibliografia sobre o tema, sendo a maior parte das pesquisas voltada para aspectos instrumentais. Eles resgatam a história do conceito hegemônico de *Health Communication* (comunicação em saúde para a mudança de condutas), propondo quatro eixos temáticos e categorias de análise da Comunicação em Saúde como objeto da saúde coletiva: a concepção de saúde e comportamento saudável não restrita à dimensão individual, mas coletiva; a saúde abordada como processo social e resultado de complexas interações entre o biológico, o

econômico, o cultural, o político o histórico; os modelos de comunicação em saúde para mudança de hábitos sobre estilos de vida saudáveis analisados sem se basear em processos obsoletos de comunicação; e consideram também a perspectiva do sujeito, tratado muitas vezes apenas como consumidor. Analisando os quatro eixos à luz da saúde coletiva, os autores propõem revisar o conceito de estilos de vida saudáveis e seu caráter de norma, sua redução ao individual e sua desvinculação das condições objetivas de vida. Renata Schiavo (2007) afirma que um dos principais objetivos da comunicação em saúde é influenciar as pessoas e comunidades. A autora apresenta algumas palavras-chave para descrever a comunicação em saúde, a partir de revisão de publicações institucionais e pesquisadores norte-americanos. São elas: influenciar decisões dos indivíduos e comunidades, motivar pessoas, mudar comportamentos, aumentar o conhecimento e a compreensão sobre a saúde, dar poder às pessoas capacitando-as e desenvolvendo certas habilidades, intercâmbio de informações.

A Comunicação para a Saúde se refere não só à difusão e análise da informação - o que descreve como jornalismo científico ou jornalismo especializado em saúde- mas também à produção e aplicação de estratégias comunicacionais - massivas e comunitárias- para prevenção, proteção e promoção de estilos de vida saudáveis, com implementação de políticas de saúde e educação. O primeiro periódico específico da área, o *Journal of Health Communication*, em 1986, definiu a Comunicação em Saúde como “un campo de especialización de los estudios comunicacionales que incluye los procesos de agenda setting para los asuntos de salud; el involucramiento de los medios masivos con la salud; la comunicación científica entre profesionales de la biomedicina; la comunicación doctor/paciente; y, particularmente, el diseño y la evaluación de campañas de comunicación para la prevención de la salud” (Pintos, 2001; p. 121).

Renaud e Sotelo (2007) identificaram três principais abordagens da comunicação no campo da saúde pública. Uma centra-se na modernização, via estratégias de governo para influenciar o comportamento das pessoas com difusão de informação, sem considerar especificidades regionais - modelo criticado, já que a comunicação para a saúde vai além e pode ser motor de promoção da saúde. A outra abordagem considera os determinantes sociais que independem da vontade dos indivíduos em adotar determinados hábitos de saúde fomentando iniciativas para o empoderamento e conscientização via diálogo e atuação direta dos profissionais de saúde nas localidades. Há ainda a abordagem que aposta no diálogo entre governos e populações, uma comunicação participativa para solucionar problemas de saúde. As autoras criticam o fato de que a primeira abordagem, apesar de limitada, é a que os governos mais apostam, com campanhas que homogeneízam a população, negando as diferenças e

complexidades numa relação baseada em anunciantes e consumidores (Renaud e Sotelo, 2007; p. 215).

Nessa linha, Beltrán (1995) cita que o uso dos meios de comunicação de massa tem vantagens como a possibilidade de programar-se a produção de mensagens, pesquisar os efeitos da comunicação nas pessoas e ofertar formatos participativos para a população. A Comunicação para a Saúde é também definida como mudança do comportamento e dos fatores ambientais que interferem na promoção da saúde e prevenção de doenças, ou processo de avaliação de informações educativas e atrativas que resultem em comportamento saudável. (COE, 1998; p. 2). Bueno (2015) reforça que a comunicação para a saúde está baseada na promoção da saúde, em esquema oposto ao positivismo que medicaliza a saúde, tratando o corpo como máquina e desconsiderando questões ambientais e socioculturais. Para este autor, é preciso uma parceria entre os profissionais de saúde, os pesquisadores e comunicadores, comprometidos com trabalho ético, sem buscar obter vantagens mas a qualidade da informação em saúde.

Em levantamento sobre o estado da arte da comunicação para a saúde a partir de publicações norte-americanas como o *Handbook of Health Communication*, o relatório *Healthy People 2010* e o *Communication Yearbook*, observou-se o papel das pesquisas na área para prevenção de doenças e promoção da saúde em diferentes contextos, seja na relação profissional de saúde - pacientes, na disseminação de informações, nas imagens de saúde na mídia, etc. Pessoni ressalta que há desafios na investigação da área a serem superados, tais como a simplificação do processo de comunicação, os resultados de pesquisa sem utilidade para os profissionais da saúde ou sem impacto para as populações pobres, sem teoria que os fundamente, ou mesmo a culpabilização do profissional de saúde sobre os problemas de comunicação, sem a visão do processo de comunicação (Pessoni, 2007).

No Brasil, quando se analisa o estado da arte sobre a comunicação e saúde no âmbito da saúde coletiva, observa-se a pequena produção científica em revistas da área da saúde, a falta de estudos na atenção básica, e a baixa produção sobre a promoção da saúde, o que denota necessidade de pesquisas que trabalhem com o conceito ampliado de saúde na ótica da promoção da saúde, e a importância de disseminar na mídia falas comprometidas com o tema (Rangel-S, Guimarães e Belens, 2014).

## **Considerações finais**

Nesta breve revisão de literatura sobre o Comunicar Saúde, observa-se que a mudança de comportamento para hábitos de vida saudáveis se destaca entre o campo da Comunicação e da

Saúde, que pode ser feita não só por meios massivos, mas também via comunicação interpessoal, comunitária, etc., bem como infere-se a importância das ações de comunicação para a Promoção da Saúde.

## REFERÊNCIAS

- Alcázar, M. P. (2006). La investigación de la comunicación en América Latina: Evaluación del estado de la cuestión. *Opción*, 22(50), 142-58.
- Araújo, I. S., Cardoso, J. M. (2007). Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Beltrán, R. (1995). Salud pública y comunicación social.  
<http://www.communit.com/la/node/150548>
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2008) Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2009). As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas. Brasília: CONASS.
- Bueno, W. C. (2015). Comunicação para a saúde: a prescrição deve ir além da competência técnica. In: Pessoni, A. (Org.). Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta. São Caetano do Sul: USCS. Série *Comunicação & Inovação*, 6, 65-85.
- Blanco, J. L. T. (2010). Algunas reflexiones sobre la comunicación y salud en España tras cinco años del Observatorio de Comunicación y Salud. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 1(2), 77-97.
- Coe, G. (1998). Comunicación y promoción de la salud. *CHASQUI*, (63), 25-9.  
<http://www.comunica.org/chasqui/coe.html>
- Fadul, A., Dias, P., y Kuhn, F. (2001). Contribuições bibliográficas para a pesquisa sobre o campo da Comunicação. *Comunicação e Sociedade*, 23(36), 111-40.

Fausto, A. (1995). Percepções acerca dos campos da saúde e da comunicação, In: PITTA, A. M. R. (Org.). *Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios*, 267-93. São Paulo: Hucitec.

França, V. V. (2015). O objeto da comunicação/A comunicação como objeto. In: Hohlfeldt, A.; Martino, L. C.; França, V. V. *Teorias da Comunicação: conceitos, escolas e tendências*. 15. ed Petrópolis, 39-60. Rio de Janeiro: Vozes.

Lopes, M. I. V. (2006). O campo da Comunicação: sua constituição, desafios e dilemas. *Revista FAMECOS – mídia, cultura e tecnologia*, 13(30), 16-30.

Morin, E. (2007). Desafios da transdisciplinaridade e da complexidade. In: Audy, J. L. N.; Morosini, M. C. (Org.). *Inovação e interdisciplinaridade na universidade*, 22-31. Porto Alegre: Edipucrs.

Mosquera, M. (2003). Comunicación en salud: conceptos, teorías y experiencias. Com-minit, La iniciativa de la comunicación. <http://www.commmit.com/en/node/150400>

Pessoni, A. (2007). Comunicação para a saúde: estado da arte da produção norte-americana. *Comunicação & Inovação*, 8(14), 61-4.

Pintos, V. S. (2001). *Comunicación y Salud. Inmediaciones de la Comunicación*, 3, 121-36. <http://www.ort.edu.uy/fcd/pdf/revista-inmediaciones-de-la-comunicacion-3.pdf>

Pitta, A. M. R. (1995). Interrogando os campos da Saúde e da Comunicação: notas para o debate. In: PITTA, A. M. R. (Org.). *Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo, Hucitec.

Rangel, S. M. L., Guimarães, J. M. M. e Belens, A. J. (2014). Comunicação e saúde: aproximação ao estado da arte da produção científica no campo da saúde. In: Paim, J. S.; Almeida, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook.

Renaud, L. (2010). Les médias et la santé: de l'émergence à l'appropriation des normes sociales. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Rojas, S. e Soto, E. J. (2013). Health communication and healthy lifestyles: contributions towards reflection on collective health. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* (Botucatu), Botucatu, 17(46), 587-99.

Renaud, L. e Sotelo, C. (2007). Comunicación y Salud: paradigmas convergentes. *Observatorio Journal*, 1(2), 215-26. <http://obs.obercom.pt/index.php/obs/article/view/66/92>

Sodré, M. (2014). A ciência do comum: notas para o método comunicacional. Petrópolis, RJ: Vozes.

Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde - Utentes. *Análise Psicológica*, 22(3), 615-20. Lisboa.

## 6.3. La circulación del sufrimiento. visibilidad y protagonismo en nuevas configuraciones comunicacionales.<sup>111</sup>

**Kátia Lerner**

Instituciô: Fundação Oswaldo Cruz  
katia.lerner@icict.fiocruz.br

**Inesita Soares de Araujo**

Programa de Pós-graduação em Informação, Comunicação e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (PPGICS/Fiocruz)  
inesita.araujo@icict.fiocruz.br

**Raquel Aguiar**

Fundação Oswaldo Cruz  
raquelaguiar@gmail.com.

**João Verani Protasio**

Instituciô: Fundação Oswaldo Cruz  
joaovp@id.uff.br

**Resumen.** Las transformaciones ocurridas en las últimas décadas han impactado en las condiciones de circulación de los discursos sociales, afectando a las sociedades en torno al tema del sufrimiento, que ha asumido una gran visibilidad en el espacio público. A partir de dos investigaciones realizadas por separado, se formuló una pregunta común sobre las delineaciones de este desplazamiento discursivo en la idea de sufrimiento y sufridores, en diferentes contextos de producción y circulación. La atención se centró en la migración de estos significados de la prensa convencional a los nuevos soportes tecnológicos online cuando son operados por personas afectadas por enfermedades que causan un gran sufrimiento. Privilegiando la relación entre textos y contextos y la categoría analítica de lugar de interlocución, se estudiaron los dispositivos de enunciación de dos grupos distintos de sujetos,

---

<sup>111</sup> Este trabajo fue presentado originalmente en el VIII Pentálogo - Circulación Discursiva y Transformación de la Sociedad, realizado por CISECO - Centro Internacional de Semiótica y Comunicación, en Japaratinga, Alagoas, Brasil. Posteriormente se publicó en el e-book: Paulo César Castro. (Org.). Circulación discursiva y transformación de la sociedad. 1ed. Campina Grande: EDUEPB, 2018, v. 1. Agradecemos al Ciseco y al organizador del libro la autorización para ser republicado, en esta versión en español.

representados por mujeres que viven el cáncer y madres de niños afectados por microcefalia debida al virus Zika. Ambos constituyeron espacios online para hablar de sus experiencias: blogs (mujeres con cáncer) y página de Facebook (madres de niños con microcefalia). Con diferencias derivadas de las distintas condiciones de producción enunciativa, se observó que los espacios online son lugares de una enunciación que no requiere mediación, con el aumento del protagonismo enunciativo, posibilitando una reinscripción discursiva en el espacio público. Favorecen la formación de nuevos colectivos, en los que se produce la reconstrucción de las identidades sociales de sus participantes, que luego tienen otro lugar de interlocución, que no ignora el sufrimiento sino que lo reconfigura simbólicamente, rechazando el lugar de víctimas que sufren. La recirculación de la narrativa del estigma en su reverso opera como un poderoso contra-discurso que da visibilidad a aspectos silenciados por los dispositivos de los grandes medios. Al llevar el tema a la circulación pública, sin restricciones y poner en juego los dos discursos antagónicos, el que estigmatiza y el que resignifica, establecen otra forma de abordar que hace más familiar esa experiencia.

**Palabras clave:** comunicación y salud; circulación discursiva; sufrimiento; nuevas configuraciones comunicacionales; cáncer; zika.

## **El sufrimiento en las sociedades contemporáneas y sus nuevas formas de visibilidad**

Las transformaciones ocurridas en las últimas décadas han impactado las condiciones de circulación de los discursos sociales, particularmente con la emergencia de la Internet. Esta cuestión afectó a las sociedades contemporáneas de variados modos, pero asumió contornos específicos en lo que se refiere a la cuestión del sufrimiento. Si los acontecimientos considerados traumáticos fueron, por mucho tiempo, discutidos en círculos restringidos del psicoanálisis y de la psiquiatría y los eventos adversos de la vida (como enfermedad, muerte, accidentes) fueron vividos y verbalizados en la esfera privada, ocurre, en tiempos actuales, una profunda alteración de este escenario, especialmente lo que es considerado posible de evocar sufrimiento (involucrando, también, causas y responsabilidades) y el quién es considerado posible de sufrir y su posibilidad de expresión pública. Como fuera abordado en otro momento (Lerner y Vaz, 2017), se observa la emergencia de una nueva economía moral en la cual el sufrimiento individual se convierte en una emoción socialmente reconocida y valorada y, aunque permanezca la expresión de infortunios del orden social, proliferan, en el espacio público, los que antes hubieran sido considerados privados e íntimos. También pasan a ser de especial interés crímenes, catástrofes, enfermedades y otros eventos adversos que

alcanzan, no solamente reis, políticos y celebridades, pero individuos comunes. Se expanden, por lo tanto, los actores sufridores, pero también la naturaleza de los eventos considerados causadores del sufrimiento, abarcando situaciones cotidianas, que antes no eran percibidas de este modo.

En el seno de este proceso, se atestigua la progresiva emergencia de la categoría "víctima" como una condición legítima, garantizadora de derechos y compasión (Fassin, Rechtman, 2009), convirtiéndose en una figura clave de la subjetividad contemporánea. La noción de trauma, pensada como la marca dejada por un evento trágico, hasta mismo banal, se convertiría en algo que podría acometer a todos sin distinción y que reuniría las más distintas experiencias, impactando no sólo la política, pero las relaciones sociales más amplias, en sus nuevas formas de interacción, en sus modos de ver el otro y de producir autoconciencia.

Si el estatuto del sufrimiento ha sido cambiado en las sociedades contemporáneas, también el nuevo contexto promovió cambios en las condiciones de su comunicabilidad, en especial con la emergencia del internet. Datos de la última Encuesta Nacional por Muestra de Domicilios realizada en 2015 (BRASIL, 2016), revelan que el porcentaje de personas con acceso a internet alcanzó el 57,5% de la población de 10 o más años de edad (102,1 millones de personas). Este acceso ocurre por medio del ordenador, utilizado en el 70,1% de los casos; y por medio de los aparatos móviles, en el 92,1% de los casos. Hay que destacar el rol de las redes sociales, que conectan más del 90% de las personas con acceso a Internet en Brasil, como revela la Encuesta Brasileña de Medios 2015 (Ibope, 2016).

La narrativa de este tipo de experiencia, por lo tanto, no sólo pasa a tener sentido para las nuevas audiencias, pero pasa a contar con una legión de individuos deseosos de enunciarla, deseo que es viabilizado y potenciado por la ampliación de las posibilidades tecnológicas y por la incorporación de nuevas lógicas y rationalidades massmediáticas. El sufrimiento, que por mucho tiempo fuera materia prima de los medios tradicionales y catalizador de gran interés, desbordó ese espacio y actuó como un elemento de intensificación de la circulación discursiva, sea por solidaridad y empatía o por riesgo compartido. Las formas usuales de mediación de los periodistas, que hacían narrativas a partir de la noción de *verdad* sobre aquello que veían, pasaron a convivir con los innumerables testimonios de los sufrientes que hablan trayendo una *verdad personal* y reconfigurando las distintas formas de autoridad posibles, por ejemplo, imprimiendo refuerzo y autenticidad a la autoridad de la experiencia. Este lugar de dónde uno produce su narrativa, asociado a la vivencia del sufrimiento, viene marcado por el aumento de su capital simbólico y está vinculado a la emergencia de nuevas identidades sociales y nuevas formas de actuación política.

Si esa cuestión se aplica al sufrimiento de forma genérica, asume ciertos contornos cuando es asociada a la experiencia de enfermedad, entendida no como un evento puramente físico y universal, sino como "procesos psicobiológicos y socioculturales" (Langdon, 1996), donde la experiencia de los individuos ocurre en un contexto histórico y cultural, que en alguna medida interviene en la experiencia de el que los individuos viven como enfermedad y el cómo lo hacen, cómo se estructuran los sistemas de curación, las relaciones que la sociedad establece con el enfermo, así sucesivamente (Rosenberg, 1992).

Este escenario más reciente, conformado y acentuado por la idea de "factores de riesgo", que ha impactado las formas de conceptualizar enfermedades; y por el desarrollo de técnicas y procedimientos variados, que posibilitaron la identificación precoz de las enfermedades o su probabilidad, trajo el desborde de la idea de enfermedad para nuestro cotidiano, ampliando e intensificando la circulación de sentidos sobre el tema. Un buen indicador de esto es su presencia en los medios de comunicación. Ferraz (2015) apunta para el aumento de la noticiabilidad de temas salud/enfermedad en las últimas décadas, tomando como referencia la revista semanal brasileña *Veja*. Su análisis revela la intensa expansión de las llamadas de primera página desde su creación, en 1968, hasta 2014, indicando una curva ascendente que alcanzó su punto más alto en final de los años 2000. Innumerables estudios vienen evidenciando y discutiendo la salud como elemento de creciente interés periodístico y de los medios de modo general, tanto en la prensa como en televisión y así como en sus dispositivos de producción de sentidos (Fausto, 1996; Cardoso, 2012; Sacramento, 2014; Ferraz, 2015).

Sin embargo, ni toda enfermedad - o ni todo sufrimiento - trae en sí una clasificación automática como un acontecimiento digno de importancia. Menos que una propiedad *ontológica* de los eventos sanitarios, el reconocimiento de un evento como "cuestión pública" es socialmente dado e imbricado a su construcción discursiva (Gusfield, 1992). Esto confiere relevo a la observación sobre los actores y los espacios de legitimación en que esos procesos de atribución de valor y sentido ocurren. En el caso de la salud, una de las instancias que transmuta los temas de salud en problemas públicos, para más allá de las instancias especializadas, es el trabajo del periodismo. Romeyer y Moktefi, que abordan este tema en la cuestión de la prevención y enfocando procesos que llevan a una situación de crisis, hablan de la creación de "sitios de debate, de polémicas o controversias, lugares donde testigos, especialistas y otros participantes se expresan y debaten (2013: 39). De estos lugares podrían emerger los problemas públicos.

Aunque Romeyer y Moktefi pongan énfasis en la dimensión de la crisis, de las polémicas y controversias, no es siempre que un evento es alzado a la condición de "cuestión social" por su dimensión conflictiva. Si esto es evidente en casos de epidemias, siendo la del virus Zika el

mejor ejemplo, en el caso del cáncer su interés es aguzado no apenas por una mayor incidencia epidemiológica, pero mediante el contexto en que la salud despunta como valor y la idea de "autocuidado" casi se ha convertido en un imperativo moral, marcado por la noción de riesgo, haciendo con que la enfermedad emerja como asunto de "interés colectivo".

La constitución de un problema como cuestión social está vinculada, por lo tanto, a su publicidad en diferentes esferas, lo que exige que sea pensado, también, en términos de su circulación. En el caso de la salud, es indispensable considerar la importancia de varios espacios y géneros enunciativos concomitantes y mutuamente remisivos, en circulación continuada lo que revela la porosidad de los campos. Este contexto asume una configuración aún más particular en el escenario comunicacional que se viene dibujando en los últimos años, que permitió la intensificación de la circulación de nuevos discursos, actores y modos de decir. Esto ha involucrado tanto a los actores tradicionales en el campo de la salud, como Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud, Ministerio de Salud y sus distintos órganos como Fundación Oswaldo Cruz, Instituto Nacional del Cáncer y tantos otros a través de sus boletines, informes, planes de acción, comunicados de prensa, pasando por las instituciones privadas de salud, marcadas por la profesionalización de las estrategias de comunicación para crear sitios web, blogs y afines, pasando, todavía, por la proliferación de discursos de pacientes, familias e individuos en las más diversas posiciones, que pasan a ser una poderosa voz concurriendo en el mercado simbólico (Araujo; Aguiar 2017). La salud, más que nunca, es valorada, consecuentemente, se vuelve visible. Este movimiento acaba por intensificar la circulación del sufrimiento, en el caso, referido particularmente a la experiencia de la enfermedad.

Teniendo estas reflexiones como puntos de anclaje y buscando un entendimiento más a fondo de los fenómenos de desplazamientos discursivos referidos y sus implicaciones para los estudios de circulación, tomamos dos experiencias concretas correspondiendo a dos diferentes agravios de salud, que, por distintas razones y modos, vienen siendo asociados con la idea de sufrimiento y han sido objeto de atención de los medios de comunicación: el cáncer, una enfermedad crónica, y la fiebre Zika, una enfermedad epidémica, con su principal consecuencia, la microcefalia. Tomamos también dos modalidades de ocupación de los espacios de habla posibilitados por las tecnologías digitales: blogs personales de mujeres que viven la experiencia del cáncer y un perfil de red social, específicamente en el Facebook, creado por una asociación de madres de niños con microcefalia recurrente del virus Zika. Las dos experiencias en todo son distintas: en el soporte tecnológico (blogs y redes sociales), en el segmento social de pertenencia (mujeres de clases media-alta y mujeres de clases populares), en la región del país donde ocurren (Sureste y Nordeste). A partir de las diferencias, pero considerando que ambas ponen en escena con mucha contundencia el tema del sufrimiento,

nuestra propuesta es analizar sus dispositivos de enunciación, buscando entender el movimiento de reconfiguración de los sentidos que los medios tradicionales constituyen sobre esas enfermedades y las personas que las vivencian. Analizaremos estos contextos separadamente, para luego establecer las posibles articulaciones entre los diferentes dispositivos de enunciación.

### **6.3.1 Los blogs de mujeres que viven el cáncer**

#### **6.3.1.1 Contextos**

##### **El contexto de la enfermedad: sentidos y regímenes de visibilidad en transformación**

El cáncer es una enfermedad con larga historia en las sociedades occidentales. Hay autores que afirman haber referencias a la enfermedad desde la antigüedad, cuando era fuertemente asociada a las ideas de muerte y sufrimiento (Teixeira, Porto, Noronha, 2012). Aunque pasando por cambios y asumiendo configuraciones distintas según los contextos particulares, esos sentidos sombríos permanecieron por mucho tiempo. Sontag (1984) señala cómo la enfermedad permaneció envuelta por estigma y como la inmediata asociación con la muerte hacía con que las personas que sufrían de la enfermedad fueran vistas como seres contagiosos, con quienes se evitaba el contacto a cualquier costo. Trabajos más recientes apuntan a la permanencia de sentidos correlatos, en que la palabra cáncer era muchas veces sustituida por "esa enfermedad" o "problema" (Bertolli, 2002; Aureliano, 2006: 20).

Sin embargo, las transformaciones por las cuales la enfermedad pasó en los últimos años han impactado fuertemente los sentidos asociados a ella. Convertida en cuestión de salud pública en Brasil entre los años 1940 y 1950 (Araujo, Teixeira, 2017), y presentando expresivo aumento de su incidencia epidemiológica, pasó a ser percibida como una amenaza más real y cercana. Diferente de otros agravios, confinado a reductos lejanos en el plan geográfico o simbólico, su creciente incidencia vino acometiendo progresivamente a la población en diferentes clases sociales, grupos de edad, género y grupos culturales, aunque eventualmente con concentraciones según el tipo de neoplasia. Al mismo tiempo, los avances tecnológicos la hicieran menos letal, instituyendo un sentido de cronificación y posibilitando una percepción alternativa a la idea de "sentencia de muerte".

Esta nueva sensibilidad naciente dialogaba no sólo con la memoria de su letalidad y potencial sufrimiento, pero con un contexto más amplio, vinculado a la experiencia de los procesos de salud y enfermedad en general. El hecho de ser una enfermedad muy marcada por la lógica del riesgo, promovió la instauración de la percepción de que somos todos potenciales enfermos y, por lo tanto, debemos cambiar nuestros hábitos y rutinas para escapar del cáncer,

y se pasó cada vez más a hablar de él en su virtualidad. Seguramente el diagnóstico de una neoplasia todavía evoca la idea de muerte y sufrimiento, pero vemos también emerger en la escena pública sentidos más amenos asociados a una experiencia que por mucho tiempo, permaneció como un tabú en su propia enunciación.

### **El contexto mediático: interés creciente**

Esta reconfiguración simbólica que el cáncer viene sufriendo se expresa por la naturaleza de su presencia en el espacio público. Un primer elemento que auxilia a comprender ese cambio se refiere a la intensificación de la cobertura noticiosa sobre el tema, que puede ser considerada simultáneamente efecto y uno de los agentes causadores de ese proceso. Aunque sea antigua la presencia del cáncer en los medios impresos, Ferraz observa en su estudio una tendencia de aumento que culminó en la intensificación de circulación de textos en especial a partir de los años 2000 (Ferraz, 2015).

Eso nos ayuda a comprender cómo es reciente la presencia intensa del cáncer en el espacio público y también nos remite a la necesaria cualificación sobre los sentidos de esa enfermedad en el contexto de los medios. Al acompañar el periódico brasileño *O Globo* en momentos diversos<sup>112</sup>, observamos algunas marcas de esa presencia en el periodismo impreso. El primer elemento destacado es que se trata de una presencia transversal: el cáncer no es un tema restringido a las secciones de salud. Al contrario, en ciertos períodos esa sección presenta la menor cantidad de textos, como ocurrió en 2013, cuando la enfermedad en Lula, Chávez y Cristina Kirchner resultó en gran producción noticiosa sobre el tema en las secciones *El País* y *Mundo*, añadida todavía a los textos publicados en *Opinión* y *Página 2*. Identificamos ser ese el gran “lugar” del cáncer en el noticiario, por el entrelazamiento de las vidas públicas y privadas de los políticos, en que la gestión de la salud y del sufrimiento se configuraba como una gramática moral a partir de la cual se entendía sus hechos y actuación.

El cáncer aparece, también, asociado al debate sobre salud pública (en especial en la sección local, Río) en la cual el mote para hablar sobre una supuesta incapacidad del gobierno federal en lidiar con temas de esta relevancia, repercutiendo de forma vigorosa lo que varios autores ya señalaron sobre el imagen negativo del SUS en los medios (Malinverni, 2011). Textos sobre riesgo también están presentes en esta sección del periódico, bien como en la de economía, siendo que en este último caso vinculados prioritariamente a cuestiones

<sup>112</sup> Fueron hechas análisis en poco menos de 500 textos periodísticos referentes a los períodos de junio de 2012, junio de 2013, junio de 2016 y julio de 2017, incluyendo todo y cualquier formato periodístico (con excepción de clasificados y horóscopo). Más detalles sobre estos resultados de investigación, ver LERNER, 2016.

ambientales. La cobertura sobre cáncer viene también en la forma de notas a respecto de instituciones privadas que se asemejan a la publicidad, abordando la modernización de equipos o oferta de tratamiento gratuito a pacientes carentes, eventos realizados por McDonald's para auxilio a niños enfermos, cuestiones de la industria farmacéutica o tabaquera y así sucesivamente.

En el caso de las secciones vinculadas a la cultura, fueron aglutinadas las publicaciones en el *Segundo Cuaderno*, *Revista el Globo*, *Revista de la TV*, *Ella*, *Río Show* y *Prosa y Verso*. Juntas, componen un bloco significativo y revelan la diseminación del tema cáncer en el cotidiano, a través de la presencia en películas, libros, noticias sobre la vida de celebridades, trayendo la enfermedad de forma más ligera y ordinaria. Esta "ligerez" en alguna medida revela un proceso de familiarización con el tema, y se contrapone al carácter sombrío asociado a la experiencia directa con la enfermedad.

Finalmente, mencionamos las últimas secciones que presentan números más significativos sobre salud: Ciencia y Salud. No deja de ser sorprendente que las que menos contengan textos sobre cáncer sean las especializadas o más cercanas de la salud. Allí preponderan los temas ligados al riesgo, a la ciencia y tecnología, con una cobertura triunfalista, que celebra de manera acrítica y problemática las promesas de los descubrimientos científicos.

### **El contexto del ambiente digital: los blogs**

El desplazamiento para el contexto del ambiente digital nos trae otra modalidad de presencia del cáncer. Al investigar en el Oncoguia, portal brasileño para temas de neoplasias que dispone de un espacio para blogs de pacientes, identificamos 84 blogs, según búsqueda realizada en 2016. Diferente de la cobertura genérica de la gran prensa, los blogs eran especializados según los diversos tipos de la enfermedad, abarcando en especial el cáncer de mama (36), Linfoma de Hodgkins y no-Hodgkins (14), y el cáncer de ovario (4). Estos resultados ya apuntan a un segundo aspecto: la ausencia de conexión inmediata entre incidencia epidemiológica y discursividad. Datos del INCA, proyectando estimativas para los años 2018-19 (INCA, 2018) indicaron el cáncer de próstata como el más probable (68.220 nuevos casos), seguido del cáncer de mama femenino (59.700 nuevos casos) y el de colon y recto (ambos sexos, estimativa de 36.360 nuevos casos). Con excepción del cáncer de mama, las neoplasias más recurrentes no figuraban entre los temas más frecuentes en blogs. Otro punto es el recorte de género: se observó la franca preponderancia de mujeres heterosexuales dispuestas a abordar la enfermedad en esos espacios digitales, en contraposición a hombres y mujeres de otras orientaciones sexuales.

Cabe destacar, todavía, un tercer elemento que caracterizaba esos blogs: su cuota autobiográfica, de contenido testimonial. Aunque se hayan identificado blogs de carácter institucional o periodístico, ellos representaban la minoría. Muchos de ellos, incluso, presentaban también espacios autobiográficos, al traer tramos o *links* para blogs de pacientes narrando su experiencia con la enfermedad. Amaral, Recuero y Montardo (2009) señalan que el uso de blogs como espacios de expresión personal, de publicación de relatos, experiencias y pensamientos es recurrente desde su origen, representando hasta hoy su utilización más frecuente. En esa misma línea, Oliveira busca reflejar sobre los blogs como espacios de escritura de uno mismo en la contemporaneidad y añade que ese trata de un espacio eminentemente femenino. Citando la encuesta de 2006, apunta que entre los más de 100 millones de diarios digitales identificados, las mujeres representaban el 56% de este universo, mientras que los hombres eran sólo el 31,9%. Además del recorte de género, ella apunta también a la cuestión generacional: el 94,3% eran hechos por *bloggers* con edades entre 13 a 29 años (Oliveira, 2009, p 63).

La identificación de estas marcas nos llevaron a la opción de hacer un análisis de las narrativas autobiográficas sobre cáncer de mama. Para ello, seleccionamos los 10 primeros blogs que aparecieron en el Google a partir de las palabras clave "cáncer de mama" y blog. De ellos fueron excluidos los que no presentaban actividades después de 2015 y seleccionados los tres que tuvieron el mayor número de mensajes. El material analizado fue producido por mujeres de 25, 27 y 30 años, pertenecientes a las capas medias urbanas (Recife, Ribeirão Preto y Brasília), con buen grado de instrucción (estadística formada por la UFPE, doctoranda en toxicología pela USP/RP y bióloga).<sup>113</sup>

### 6.3.2 Dispositivos de enunciación

El contenido autobiográfico de cuño testimonial era, como dicho, una marca preponderante, siendo explicitado incluso en dos de tres títulos. El relato de las trayectorias individuales era construido a partir de un momento muy específico de sus vidas, la ruptura biográfica ocasionada por la enfermedad, con una borradura de la vida anterior, convertida en secundaria ante el nuevo contexto, como percibimos en el ejemplo abajo:

*Parte I - El descubrimiento del problema*

---

<sup>113</sup> Parte del análisis de dos de los tres blogs aquí descritos fue realizada en otro contexto de investigación en colaboración con Waleska Aureliano. Los resultados de esos análisis, que involucran otros debates, están en LERNER y AURELIANO, 2018 (en proceso de publicación).

*Era día 20 de junio de 2010. Yo tiré mi sostén azul claro, y percibí una pequeña mancha parda en la parte de dentro del sostén, en el lado derecho. (...) Chamé mi novio y dije: "Mi pecho está saliendo sangre. Lo que es esto? Sólo puede ser cáncer. Voy a morir. Sólo tengo 25 años. No quiero morir". Él me dijo para estar calma y corremos para la internet para investigar sobre cáncer y sobre sangre en el pecho.*

A partir de la descubierta/diagnóstico, son narrados los sentimientos y eventos referidos a la enfermedad: tratamientos, medicamentos y sus efectos colaterales, búsqueda por terapias alternativas, desarrollo de la enfermedad, cuestiones de religiosidad, relación con amigos y familiares. A través del relato cotidiano, acompaña la exposición de la vida privada, cuando se trae a público la posibilidad de acceso a temas y espacios antes totalmente desconocidos, como la observación de una sesión de quimioterapia, el proceso de caída de pelos o enseñanza sobre sexo al largo del tratamiento. Son también expuestos hechos triviales, resignificados como eventos especiales mediante el nuevo contexto de la enfermedad: como alimentarse, hacer maquillaje, cortar el pelo y atarse un pañuelo en la cabeza. El final de las narrativas en general coincidía con la finalización del tratamiento, más raramente, con el agravamiento de la enfermedad o la ocurrencia de muerte.

Estos relatos eran hartamente ilustrados a través de fotografías, dibujos, caricaturas, imágenes radiológicas, videos publicados en YouTube, entre otros recursos, como es recurrente en el ambiente del ciberespacio. Eran, en general, (re)producidos por móviles u ordenador, siendo, por lo tanto, una producción autónoma y "casera", viabilizada por el dominio, cada vez más difundido de los dispositivos tecnológicos e, por encima de todo, de las lógicas y racionales de los medios masivos. Esa autonomía de producir y hacer circular informaciones con pocos recursos, sin la necesidad de interferencia o autorización, revela un cambio en las posibilidades de visibilización del sufrimiento, tradicionalmente bajo control de los tradicionales mediadores, sean ellos periodistas o la autoridad médica.

El impulso de exposición de eventos vividos y de las emociones a ellos asociadas venía marcado por el fuerte deseo de visibilidad. Diferente de los diarios tradicionales, destinados a quedaren preservados en secreto, esa escritura de uno mismo se justifica en gran medida por su condición de hacerse pública. ¿Y en qué consistiría tamaño interés para que los relatos fueran leídos?

El análisis del blog sugiere que la escritura autobiográfica traería en su seno lo que era visto como la posibilidad de *ayuda*, tanto mirando hacia la propia persona como a los demás, como indica el texto de abajo:

*Decidí escribir un diario que vino en la idea de un blog para que pudiera expresar mis sentimientos de una forma evidente y esclarecedora y al mismo tiempo dividir momentos no solamente con quién estuviera interesado en leerlos y compartirlos conmigo, pero principalmente para divulgar alternativas para personas en situaciones peculiares como el cáncer de pecho.*

La idea de "ayuda a los otros" involucraría informar y confortar a otras mujeres y entes queridos que vivenciaban semejante sufrimiento junto a la enfermedad. Las nociones de "esperanza", "victoria" y "superación" estaban permanentemente presentes. Hablar, así, se convertía en un acto performativo, en el que no sólo comunicaban a los demás su condición de enfermos, sino interpelaban a otras sufridoras, creaban vínculos, promovían respuestas y comentarios. Es interesante que, mientras algunos estudios (Amaral y Quadros, 2006) señalan que el uso de blogs como medios de comunicación acababan por crear formas de interacción en las cuales eventualmente la visibilidad instaurada y la relación blogueros-audiencia pueden generar conflictos, disputas, insultos y otras reacciones hostiles (Recuero, 2003), en estos casos la interacción aparece preponderantemente marcada por la construcción de vínculos sociales. Personas que no conocen unas a otras cambian experiencias y van construyendo redes de apoyo en una fuerte relación de cercanía en la distancia.

**COMENTARIO:** *¡Hola! Acabo de ser diagnosticada con cáncer de pecho, a los 33 años. En este mensaje, tú hablas casi exactamente lo que pasé, oré, lloré, me quedé relajada, pero cuando el médico leyó el resultado, sólo recuerdo de la palabra "malignidad" (...) me encantó su trabajo en ese blog y voy acompañar y torcer por ti y todas las que están pasando por ese momento delicado. Fuerza para nosotras! Besos.*

Estas redes de apoyo acababan constituyendo un proceso terapéutico que muchas veces era recomendado por los propios profesionales de la salud. Sin embargo, la recomendación era también por la dimensión catártica del acto de hablar. En otro trabajo se ha señalado como instituciones oncológicas vienen creando proyectos para que los pacientes den su testimonio con la enfermedad, así como profesionales de la salud mental estimulan a sus pacientes a escribir diarios, blogs etc. como parte del tratamiento (Lerner; Vaz, 2017). La perspectiva de la narrativa como práctica curativa es bastante explotada en variados campos del saber, sea en la antropología o aún en los saberes psi en sus diversas vertientes. Sin embargo, lo que se quiere señalar es cómo se ampliaron progresivamente los espacios de compartir esas emociones y de su entendimiento como algo capaz de ayudar a un individuo y al prójimo. Esta práctica permanece a través de ayuda de sacerdotes o de trabajadores de salud, pero cada vez más hace innecesaria esta mediación, una vez que su lógica y reconocimiento ya fueron

incorporados por los individuos comunes, los cuales disponen de dispositivos tecnológicos que les permiten, solos, convertir en públicas sus dolores.

Sin embargo, ¿por qué ese habla traería tanto alivio? Para más allá de la constitución de un colectivo, de una comunidad de sufridores que el pronombre "nosotros" tan bien expresa ("¡Fuerza para nosotros!"), otro elemento estaría en juego. La expresión de las emociones permitiría la reconfiguración del lugar social de aquél que habla. Además, la relativa familiarización favorecida por el testimonio acababa por otorgar cierto sentido de "normalidad" a la experiencia, fortaleciendo ese ritual de exposición como un espacio de transformación que permite la disminución de las ambigüedades que caracterizarían a los seres enfermos, en la afflictiva condición de aquellos que están en el lugar indeterminado entre la vida y la muerte. Exponerse representaba la afirmación de la vida:

*Todo lo que yo conseguía asociar a la palabra cáncer era: gente enferma, gente en el lecho, gente quedando hinchada en razón del tratamiento, gente sin pelo, gente sin color, gente con dolor, gente de pañuelito con orillas para fuera, gente sin forma y peor, gente sin alegría (...) Un día antes de mi primera quimioterapia, vino la idea de crear una página en el Facebook (...) así mis amigos me veían en el Facebook feliz, llena de novedades, entonces mucho de ellos volvieron (...) encontré una razón, una sensación de estar haciendo algo realmente importante haciendo una demostración de que es posible vivir y sobrevivir a esta enfermedad sin hacerse víctima y se enfrentando a todo.*

Ese encuentro les auxiliaba a promover una transformación, revirtiendo el umbral negativo de esta condición y acercando estas mujeres de la vida. Empoderadas, eran alzadas discursivamente a la condición de protagonistas de sus historias, se sobreponiendo incluso a los tradicionales detentores del poder sobre los procesos de salud y enfermedad.

Los relatos analizados abordan un sufrimiento que puede ser superado con optimismo y buen humor, traducido por la fuerza interior anclada en fe y autoestima. En esta representación de la enfermedad, la muerte está apartada y la categoría "superación" es fundamental. Esta significa no apenas "vencer a la enfermedad, pero restablecer el cuerpo enfermo en una relativa normalidad, en que él es abordado por el orden del cotidiano, del rutinero, del banal. Contar historias sirviera para dar "lecciones de vida", "añadir esperanza", "servir como ejemplo" y "inspiración", hablando del cáncer a partir de otro lugar. A partir del lugar de sufrimiento una nueva identidad es construida y accionada y el antiguo estigma que marca los enfermos como parias, es ahora revertido y ellos son convertidos en casi héroes.

Este otro lugar más positivado reunía el hecho de compartir emociones al compartir informaciones, que venían bajo la forma de detallada descripción de acciones y hechos relativos al cuerpo y a la enfermedad. Las nociones de “alerta”, “aconsejamiento”, “enseñanza” dirigidas a la prevención de riesgos configuraban un elemento importante que motivaba la creación de narrativas. En blogs, muchas veces se convocabía a las mujeres al autocuidado y se alertaba sobre riesgos de enfermarse. Se observa la reproducción de la idea de autocuidado presente en la lógica biomédica, con exhortación a la realización de exámenes, ida a médicos, búsqueda por diagnósticos, cuidados a lo largo del tratamiento. Ellas presentaban didácticamente sus rutas de modo a proporcionar a las mujeres mayor autonomía en el autodiagnóstico (enseñando por medio de imágenes radiológicas las diferencias entre quiste, nódulo, calcificación, linfonodo y tumor), a orientar sobre tratamientos y así sucesivamente.

Invertidas, por lo tanto, de la autoridad de la experiencia, ellas narraban con detalles los hechos ocurridos, evidenciando las transformaciones por las cuales sus cuerpos habían pasado y revelando gran conocimiento sobre su funcionamiento. En un discurso híbrido, las categorías médicas eran ampliamente utilizadas para describir sensaciones y sentimientos:

*[sobre la quimioterapia] Siento generalmente una sensación de rareza que es difícil de explicar, hasta ahora un poco de cansancio en esa fase más reciente, algunos dolores musculares (en las espaldas principalmente), tuve mucositas, dolor de cabeza, manchas y descamación en la piel, sensación de paladar alterado y mi boca ha sabido mal en los primeros días después de la aplicación, además de la sensación de esparcimiento de remedio en el cuerpo (esa ya debe ser la cosa mía), ligera neutropenia y leucopenia, y una ligerísima anemia (esas últimas son normales para quién hace quimioterapia).*

Se observa que los médicos, aunque sean muchas veces citados de forma elogiosa, son figuras puestas en segundo plano, mismo que en algunos casos hayan mantenido su lugar como detenedores de un saber que las alejaba de la muerte, conduciéndolas a la vida.

Esta relación con el saber médico se presenta de forma más radical en el relato de una de las blogueras. Aunque también traiga consejos, sugerencias y alertas, su relato era fuertemente marcado por críticas a los profesionales, a las instituciones y a los procedimientos, denunciadas a partir de la autoridad que la experiencia con la enfermedad les confiere. De la ‘saga’ para obtener un diagnóstico tras la fracasada ida a seis médicos, pasando por el cuestionamiento a las tradicionales instituciones de salud y llegando a las recomendaciones de las políticas públicas de prevención, la relación con el saber médico es plena de ambigüedades:

*El 3º médico era muy serio y seco. Hizo exámenes y preguntó porque mi médica anterior no había me pasado un examen citológico de la secreción. Debe ser porque ella era completamente idiota, tonta y amaba cuidar de las plásticas que hacía en las pacientes (probablemente ganaba más con esto) (...) Estoy de acuerdo con INCA cuando dice que el autoexamen no es una forma de prevención, pero particularmente en mi caso, nadie conseguía ver el cáncer a través de la ultrasonografía (...). “Si ocurrió conmigo, puede pasar contigo también.” Entonces, yo te diré que es muy importante tener consultas con un mastologista que hará el examen de los pechos además de prescribir los exámenes por imagen (ultrasonografía y/o mamografía) por lo menos una vez al año, pero, además de esto, como complemento, HAGA SI EL AUTOEXAMEN!*

### **6.3.3 El Facebook de las madres de ángeles**

#### **6.3.3.1 Contextos**

##### **El contexto de la enfermedad: el virus Zika y la microcefalia**

En 2015, los casos del virus Zika se iniciaron en Brasil, pudiéndose considerar esta su “emergencia” epidemiológica, en sentido de la aparición de la enfermedad en locales donde antes no existía. Inicialmente considerado benigno, la progresiva asociación del virus con la microcefalia y otras alteraciones neurológicas, marcadamente en las regiones más pobres del país, provocó un profundo cambio en el entendimiento sobre este arbovirus, hasta entonces considerado como de desenlace predominantemente benigno y hizo con que, en noviembre de 2015, el Ministerio de Salud declarase la situación de emergencia en Salud Pública de Importancia Nacional (ESPIN), evocando, por lo tanto, el segundo aspecto de la 'emergencia' relacionada al Zika, del orden del riesgo en salud pública. Hubo una escalada de atención en nivel global sobre el tema, con intenso acompañamiento por la Organización Mundial de la Salud.

El período fue marcado por fuerte componente de incertidumbre, asociado al virus, con una sucesión de anuncios de evidencias científicas, por veces, contradictorias, como detallado en reciente trabajo (Aguiar; Araújo, 2016). Uno de los consensos fue la definición de las consecuencias del virus como la síndrome congénita del Zika, que puede estar asociada a manifestaciones neurológicas, ortopédicas y visuales, entre otras, en un amplio espectro de intensidad, de casos más blandos hasta los de mayor gravedad. Teniendo en vista afectar, de forma estigmatizante, bebés todavía en la gestación, en situación indefensa, la microcefalia

(reducción del perímetro encefálico) es la forma más emblemática de la hediondez de la enfermedad.

El gobierno brasileño declaró el fin del período de Emergencia en Salud Pública de Importancia Nacional en mayo de 2017, bajo protestas de diversos especialistas y organizaciones que consideraban la medida precipitada e inadecuada, por desactivar varios mecanismos de atención a las poblaciones afectadas por la microcefalia y desfavorecer las condiciones de reclamación y sus derechos. Hasta aquél momento, los datos publicados por el Ministerio de Salud hacían indicación de que hubiera el total de 13.835 casos de microcefalia notificados como sospechosos de ser relacionados con el virus Zika y otras causas infecciosas. De estos, 2.753 (19,9%) fueron confirmados, 141 (1,0%) fueron clasificados como probables de tener relación con la infección congénita durante la gestación y 3.211 (23,2%) permanecían en investigación.

La epidemia del virus Zika expuso de forma contundente un elemento constitutivo de la salud pública en el país, que es el hecho de reflejar y, por lo tanto, ayudar a consolidar las desigualdades sociales, raciales, territoriales y de género (Aguiar, Araújo, 2016). Las consecuencias del virus afectaron sobre todo a mujeres y familias de regiones más pobres, como revela inequívocamente el informe “Olvidadas y desprotegidas: el impacto de virus Zika en niñas y mujeres del Nordeste de Brasil”, de la organización no-gubernamental Human Rights Watch (2017).

### **El contexto mediático: el sufrimiento como elemento central del dispositivo**

La epidemia de Zika ha sido invertida de gran noticiabilidad por los medios de comunicación, tanto impresos como audiovisuales, sea por su naturaleza de incertidumbre científica sea por el hecho de tener factores que llegaban también una parcela de las clases sociales más acomodadas, como el riesgo de contraer el virus durante el embarazo. La noción de riesgo fue ampliamente explotada por la prensa, así como también permitió - de forma articulada con las idas y venidas de la información oficial - una gran onda de discursos concurrentes que presentaban otras posibilidades de comprensión de la epidemia y sus consecuencias, particularmente en las redes sociales online.

Teniendo como indagación inicial el modo como la reconfiguración de narrativas sobre la enfermedad y sobre los que por ella son afectados es ubicado en el movimiento de circulación de sentidos entre la prensa y las redes sociales online, y considerando el sufrimiento como categoría articuladora de esas narrativas, nosotros monitoreamos sistemáticamente el

noticiario de la prensa escrita, observando dispositivos semiológicos a respecto del Zika y de la microcefalia. Monitoreamos nueve periódicos<sup>114</sup>, contemplando los principales en número de ediciones y circulación en el país y en las provincias más afectadas (Pernambuco, Paraíba y Bahia), tomando las portadas como referencia para el análisis. Analizamos 55 portadas seleccionadas de un total de 5.624 publicadas en el período de emergencia en salud pública asociada al Zika, entre noviembre de 2015 y mayo de 2016.

El principal elemento que emerge con nitidez de este análisis es la presencia importante (27 portadas) de la idea de sufrimiento, pero con diferentes modos de expresión y causados por diferentes factores: el carácter hediondo inherente a la enfermedad; el acceso a servicios o beneficios de competencia del Estado; el abandono de bebés por las familias; la lucha cotidiana asociada a la enfermedad. Al mismo tiempo, hay una presencia también relevante (21 portadas) de exaltación a formas de superación, sobre todo por la vía del amor materno o, menos frecuente, del amor familiar, sino también por la vía de la esperanza, a través del ejemplo de superación otros niños con microcefalia no relacionada con Zika. Menos frecuentes (7 portadas), son los enunciados híbridos, con elementos de sufrimiento y de superación de forma simultánea. Un dispositivo de esa modalidad enunciativa fue la contraposición de sentidos de sufrimiento expresados en el texto conjugado a sentidos de superación expresados en imágenes.

En cuanto al lugar reservado en los periódicos a las mujeres que tuvieron hijos con microcefalia es el de sujeto hablado (Pinto, 1999), con excepción de uno de los diarios, según el señalado en trabajo anterior (Aguiar; Araujo, 2016). A ellas no les confiere el derecho a la voz, la mayoría de las veces ni crédito de imagen, excepción hecha a las mujeres de clase media. Los niños son retratados por el efecto de metonimia, con imágenes que muestran el cuerpo (piernas, pies, manos), pero jamás las cabecitas que atestan la enfermedad.

## El contexto de la UMA

La UMA - Unión de Madres de Ángeles es una asociación de mujeres que tienen hijos con microcefalia en consecuencia de la epidemia del virus Zika. Fue creada en Pernambuco, en 22 de diciembre de 2015, cuando dos madres se conocieron en la cola de un examen en un hospital de Recife y resolvieron crear un grupo en el aplicativo WhatsApp para compartir sus experiencias y fortalecerse mutuamente, invitando a otras familias a lo largo de los días. La Asociación se hizo oficial algunos meses después, ya reuniendo centenas de madres (relato en

<sup>114</sup> O Globo y el Extra (RJ), la Folha de São Paulo y el Estado de São Paulo (SP), Super Notícia (MG), Zero Hora (RS), Correio da Paraíba (PB) y Jornal do Comercio (PE).

el Facebook de la entidad). Además del aplicativo, el grupo creó una página web y perfiles en redes sociales (Facebook, Instagram y Twitter), con destaque para Facebook, con más de 13 mil seguidores.

La identidad de la UMA engloba fuertemente una dimensión de género, de forma asociada a una condición peculiar de lo femenino que es la maternidad, pero también relacionada a un cuidado intrínseco, el cuidado con el otro en condiciones de alta vulnerabilidad; una dimensión de territorio, con localización inequívoca y reafirmada en Pernambuco, como uno de las provincias con mayor número de casos de malformación asociada a Zika en el país; y una dimensión de ciudadanía, como comprensión de que son un grupo que tiene y conoce sus derechos.

La idea de colectivo es central, con referencia frecuente a "juntas somos UMA" (unidas somos UNA)". Hay un clamor por vocalización y representación de aquellas madres. La organización no sólo intenta ser instrumento de denuncia de la negligencia e invisibilidad de sus pautas y reclamación de sus derechos, pero se conforma como agente en la producción de acciones efectivas, organizando campañas, eventos, recaudando donaciones y teniendo en su sede oferta de tratamiento para los bebés. Se percibe una razonable articulación con diversos sectores, sean empresas de diferentes ramas, el poder público, ONGs y vehículos de comunicación. Hay profesionalización en el marketing en diversos aspectos. La UMA fue una inspiración y fuerza motora de la creación de la Asociación Padres de Ángeles de Bahía y la Asociación Madres de Ángeles de Paraíba, acciones de solidaridad de las que se enorgullecen.

### **El contexto del ambiente digital: el facebook de la UMA**

El perfil de la UMA en Facebook se inició el 28 de febrero de 2016. El término "madre de ángeles" no es, entretanto, su creación o prerrogativa. Por lo contrario, es de uso antiguo y sedimentado en diversas partes del Nordeste de Brasil, en referencia a los "ángeles" como niños que murieron al nacer o cuando bebés. Un primer levantamiento en la red social online Facebook evidencia que el término "madres de ángeles" está presente en el título de por lo menos 100 páginas en el Facebook<sup>115</sup>. Una lectura exploratoria de las páginas con clasificación más alta en los criterios "fan count" (número de *likes* de la página) y "talking about" (alcance de la página<sup>116</sup>), atesta que predominan páginas relativas al luto de las madres que perdieron hijos pequeños. Hay, sobretodo, enunciados sobre el sufrimiento o compartido de imágenes y mensajes, produciendo intensa circulación discursiva del dolor y en algunos

<sup>115</sup> Levantamiento hecho con la herramienta Netvizz

<sup>116</sup> Medido por una articulación entre compartidos y comentarios

casos, de la solidaridad. Pocas páginas valoran elementos de superación. El análisis de las 20 primeras páginas con mayor número de *likes*, notamos algunas excepciones: dos páginas relacionadas a la salud mental, siendo una especialmente sobre el autismo y otra más general, incluyendo trastorno bipolar y síndrome del pánico (por lo tanto fuera del registro del luto); y una página sobre el luto, pero oficializada como ONG.

Así, en las páginas del Facebook que lanzan mano del término "madres de ángeles" en el título predomina la circulación discursiva del dolor, por medio de testimonios o de las imágenes y mensajes sobre luto, mientras que la página de la UMA, en un movimiento diferente, valora la circulación discursiva de la superación, como veremos en análisis específico. La página ocupa el sexto lugar de la clasificación cuando se considera el criterio "fan count" y es la cuarta por el criterio "talking about".

### 6.3.4 Dispositivos de enunciación

El dispositivo enunciativo de la UMA en su perfil en Facebook involucra dos vertientes, una relativa a la dimensión sensible de las mujeres, otra a la dimensión ciudadana. Aunque parezcan distintas, son caras del mismo movimiento, el de construcción de un lugar donde puedan reconocerse, ayudarse y luchar por sus derechos. Dónde puedan ser protagonistas, contrariamente al registro de los medios de comunicación sobre ellas.

En la vertiente sensible, la superación es el sentimiento más valorado, expresado en imágenes, eslóganes, palabras. Son narrativas ancladas en un discurso que valora la sublimación, en el sentido de la experiencia sublime, convirtiendo la idea del dolor y del sufrimiento en bendición y alegría. La idea de superación presentase por la vía del amor (red semántica amor-amparo-cuidado-acogida, con fuerte articulación con el componente de la maternidad); por la vía de lucha (la sublimación por la devoción, por la abnegación, también expresada en la semantización del niño como "luchador", sobre todo en la circunstancia de la muerte); y pela vía supra humana (la idea de bendición/dádiva relacionada al bebé, con la perspectiva de madres escogidas y/o de misión, con un marcado componente religioso). Una de las expresiones más emblemática de superación es el enunciado "microcefalia no es el fin", aplicado en variadas circunstancias y que en dado momento pasó a componer la portada del perfil (fig.1)

**Figura 1. Foto de la portada de la página de la UMA en Facebook**



La idea de súper maternidad es un constituyente importante del discurso de superación, siendo observada también en la opinión obstinada contra el aborto, vocalizada en diversos mensajes, en contexto de discusiones sobre la posibilidad jurídica de admisión del aborto en el caso de Zika, comparándose la situación de la madre que vive bajo el riesgo de impactos del virus sobre el bebé como una condición de tortura - lo que es el opuesto de la idea de superación.

El sufrimiento también está presente, muy fuertemente por la negación, en imágenes y enunciados como “la sociedad nos dice sufridores” y muy pocas veces emergiendo en situaciones específicas: en el luto (el sufrimiento por la muerte, en general acreditada al Estado por no atender al que le es reclamado); en algunas situaciones en el sentido de “lucha” (contra el abandono del Estado); en el onus financiero relacionado al niño, siendo el Estado acusado de no cumplir con aquello que sería esperado de él (sufrimiento no relacionado a la condición del niño, pero a una incapacidad del Estado). Está presente también como fisura discursiva, en por lo menos dos situaciones: en la celebración de conquistas (cuando la conmemoración de una conquista gana contornos de hipérbole por la contraposición al sufrimiento); y en republicaciones de *links* de los medios, como evidencia y forma de afirmación, aunque las publicaciones originales presenten sentidos de sufrimiento.

El discurso religioso, todavía parte de esa vertiente, se hace presente en mensajes de la UMA, principalmente en los enunciados involucrando el luto por muerte de sus niños (con enunciados como “volver al cielo”, en que hay sublimación de la pérdida por el componente religioso); en la condenación del aborto y en el contra discurso sobre el preconcepto /estigma. Por medio de la narrativa anclada en la superación, asociada a la sublimación resultante del discurso religioso, las mujeres de la UMA trascienden de madres sufridoras a madres privilegiadas. Las imágenes son emblemáticas, las madres están siempre sonriendo y exhiben sus bebés también alegres, de cuerpo entero. No hay ocultación, no hay vergüenza. Algunas imágenes dan ejemplo de este dispositivo.

**Figura 2. Portada de página de la UMA en Facebook.**



**Figura 3. Foto de perfil.**



**Figura 4. Foto de portada.**



La segunda vertiente es marcada por una actitud anclada en la conciencia de que son una voz representativa de todas las madres afectadas por la microcefalia, que son sujetos de derechos y que de ellas depende en larga medida el cumplimiento de esos derechos. Hablando desde el lugar del interlocutor, a quienes interpelan, manejan el discurso jurídico, el técnico y el biomédico, cobran el cumplimiento de las leyes, denuncian el poco caso, pero también elogian y agradecen, cuando es el caso. También incluyen en su universo una relación cada vez más intensa con los medios de comunicación, sea reproduciendo reportajes a su respecto, como forma de legitimación del movimiento, sea contestando noticias que no consideran adecuadas. Las imágenes 6 a 8 son ejemplos de esa postura, siendo las 6 y 7 publicaciones repetidas de la prensa local y nacional y la 8 con una referencia crítica al texto del Ministerio de la Salud, haciendo recurso incluso a la legislación.

**Figura 6. Reportaje de la prensa local.**



**Fuente: Página del UMA en Facebook.**

**Figura 7. Reportaje de la prensa nacional.**



Fuente: página del UMA en Facebook.

**Figura 8. Interpelación al Ministerio de la Salud.**



Fuente: Página del UMA en Facebook.

En ese dispositivo “bifurcado” ocurre un fenómeno discursivo: el lenguaje amoroso de la vertiente sensible cede espacio a otro más organizado, usando correctamente los términos del campo al cual están se refiriendo o se dirigiendo. O sea, el lenguaje se diferencia conforme el lugar de interlocución (ARAUJO, 2006), participando así de su institución. La madre que sublima lanza mano de un lenguaje marcado por la afectividad, mientras la madre que reivindica usa los términos jurídicos y/o de la biomedicina. Así, por ejemplo, los “ángeles” son “bebés con microcefalia”, o “niños con deficiencia”; en el caso de luto por la muerte de un bebé, situación clímax de ambas identidades, el luto es discursivamente relacionado a la negligencia/incapacidad del Estado en proveer las necesidades de los niños en relación a las cuales existe una acción reivindicatoria de las madres, mientras el sentimiento de tristeza

marca la identidad de la madre que sublima. Son discursividades que marcan lugares de interlocución del orden del privado y del público, aunque ambos constituidos en el espacio de publicidad de la situación vivida.

### **6.3.5 Reconfiguraciones simbólicas en nuevos ambientes comunicacionales**

Dos enfermedades, movimientos opuestos de reconfiguración simbólica. El cáncer, tradicionalmente asociado a la idea de letalidad, pasa a convivir con sentidos más amenos, ante la idea de cronicidad y de la lógica del riesgo, que trae la prevención como algo cotidiano y aleja la idea de sufrimiento, lo que se observa en especial en la publicaciones de la gran prensa. El Zika, que parte de la perspectiva de una enfermedad “benigna”, versión inicialmente circulada por profesionales de salud e instancias gubernamentales (Aguiar, Araujo, 2016), a la afirmación de su gravedad, cuando se asocia su causalidad con una síndrome congénita relacionada a malformaciones fetales diversas, teniendo la microcefalia como su principal manifestación.

Movimiento opuesto también en otros aspectos: de un lado, una enfermedad ya conocida, sobre la cual existe un conocimiento razonablemente estable y un arsenal de recursos terapéuticos definidos (aunque su etiología permanezca siendo investigada y persista gran número de fallecimientos); otra enfermedad, envuelta por incertidumbres y apoyándose en conocimientos temporarios, acompañada por numerosos contra discursos en su momento de emergencia, con conformaciones variadas y potencialmente cumulativas (neurológicos, cognitivos, ortopédicos, visuales, auditivos etc.) que tienen desdoblamientos definitivos, en relación a los cuales se puede actuar en la tentativa de atenuar, pero sin la perspectiva de revertir los daños.

Confirmase la premisa de los espacios online como lugar de enunciación que dispensa mediaciones. A través de los blogs o redes sociales, mujeres afectadas por graves enfermedades con gran visibilidad en la prensa tradicional y, en esta, ocupando el lugar de sujetos de los enunciados, habladas y nombradas por otros, asumen el protagonismo enunciativo, reconstruyen sus identidades, definiendo así un otro lugar de interlocución, que no ignora el sufrimiento, elemento central en el abordaje de la prensa, pero lo reconfigura simbólicamente, recusando el lugar de víctimas sufridoras.

Esa reconfiguración simbólica, ocurrida tanto en los blogs como en el Facebook, tiene como principal elemento constitutivo y constituyente el movimiento de desestigmatización de la enfermedad y de los afectados por ella. Él es perpetrado por un modo específico de hablar y

presentar la enfermedad, marcado por la narrativa testimonial, la cual permite desvelar aspectos antes invisibilizados por los dispositivos tradicionales. En el caso del cáncer, por ejemplo, el compartir (en sus múltiples sentidos) de eventos cotidianos antes fuera del acceso de los que no estaban directamente envueltos con la enfermedad - sesión de quimioterapia, caída de pelos, rapado de la cabeza para evitar este proceso, “té de pañuelos” - viene contribuyendo sobremanera para su inclusión en la rutina y, consecuentemente, mayor naturalidad. Bajo la forma de “diarios” virtuales (blogs), sitios, videos en Youtube, fotos en Instagram y demás formas de interacción virtual producidas por los individuos implicados en la enfermedad, se permite el surgimiento de comunidades de sufridores que reconfiguraron antiguas prácticas y relaciones de autoridad y que arrojan para sí el derecho de nombrar, calificar y explicar públicamente el que se pasa consigo.

Las madres de la UMA reivindican también y muy claramente ese derecho, pero añaden a su dispositivo discursivo un doble carácter de denuncia: denuncia vinculada al confronto del estigma/preconcepto/discriminación, lo que es evidenciado en mensajes que recirculan mensajes o manifestaciones de estigma/preconcepto/discriminación en relación a los bebés, para que sean refutadas, pero también contra la falta de respecto a los derechos de asistencia que les son debidos. De este modo, la narrativa de la enfermedad y de sus afectados es resignificada y puesta otra vez en circulación, disputando sentidos con otras narrativas que emanan de voces tradicionalmente autorizadas.

### **Identidad en escena**

La enunciación en el espacio público, marcada por la publicidad del sufrimiento, por la negativa en relación a la narrativa de los medios de comunicación, por la denuncia y reconfiguración simbólica del estigma, por la instauración de un espacio de reclamación por protagonismo y por derechos, no ocurre de forma disociada de la constitución de nuevas identidades.

El principal elemento de identidad, común a las mujeres de los dos grupos en escena, es la condición de coraje y optimismo en el enfrentamiento de las adversidades. Son mujeres que se construyen discursivamente como “guerreras”, mujeres fuertes que toman las rédeas de su destino, son protagonistas y se lanzan “a la lucha”.

En el caso de la UMA, esa identidad es atravesada fuertemente por la maternidad. El autonombramiento de “guerreras” es transmitido a los bebés en situaciones de luto por muerte, cuando los bebés son también nombrados de guerreros. Pero hay otro atravesamiento,

el religioso. Ellas son guerreras bendecidas, escogidas. “Madres de ángeles, ángeles son” - seres bendecidos, ángeles que cuidan de ángeles. La sacralidad de la maternidad es accionada en doble: el cuidado con el hijo es sagrado, el cuidado con el hijo enfermo es aún más santificado.

En la narrativa de la UMA aún hay que destacar la constitución simultánea de otra identidad: al lado de la madre que sublima, cuyo amor supera cualquier cosa (del orden del supra humano), emerge la identidad de la madre que reivindica, la que reconoce a una misma como ciudadana (del orden de los derechos). Esta hace denuncia no sólo de la negativa o de los malos servicios a sus hijos, que les son garantizados por la ley, pero también maneja el discurso de los medios de comunicación, según sus intereses, contestando y también sirviéndose de él como legitimación ante los servicios públicos. Las identidades son del orden del privado y del público, aunque las dos están en el espacio de la publicitación de la situación vivida. Reiterando el fenómeno discursivo antes analizado, el lenguaje es parte indisociable de esas diferencias de identidad, constituyéndose y ayudando a constituir diferentes lugares de interlocución, a partir de los cuales se relacionan discursivamente con el mundo, la sociedad y los poderes públicos.

Si para las mujeres de la UMA, la identidad de género es marcada por la condición peculiar de la maternidad; para las mujeres que vivencian el cáncer la cuestión de género se hace de otro modo. El tema de la maternidad también se hace presente, pero como límite que la enfermedad impone - en especial por el miedo de la imposibilidad de amamantamiento. Siendo el pecho uno de los símbolos de la feminidad, la posibilidad de su pérdida por la mastectomía deflagra, por otro lado, sentidos de lucha de reinención del femenino no obstante la falta de esa parte del cuerpo. La identidad de género es un elemento importante en los modos de presentarse, en el cual los signos tradicionalmente asociados a ese grupo (colores rosa, naranja, imágenes de flores) están presentes, pero son resignificados no por la ruta de la fragilidad, pero por el imagen de mujeres fuertes que toman las rédidas de su destino y son desafiadore ante diversos tipo de autoridad.

Así, términos como “guerreras” también son recurrentes entre las blogueras y las ideas de “coraje” y “optimismo” en el enfrentamiento de las adversidades son presentes por la vía del humor, que es asumido por ellas como una forma de lucha, expresado no sólo por el contenido como por la forma (con incorporación de fotos, dibujos, caricaturas). Prepondera en la narrativa sobre la enfermedad el optimismo, incluso porque cuando la enfermedad sigue adelante trayendo un pronóstico negativo ellas sumen de la escena.

### **La relación con la ciencia/saber médico**

Otro punto importante para hacerse mención en ese nuevo ambiente comunicacional se refiere a la ampliación del acceso al conocimiento especializado. Impulsado por la hegemonía de la lógica medicalizante del siglo XX y por las tecnologías de comunicación e información, se observa, de un lado la apropiación del saber médico y, de otro, su tensión, con base en la ascensión del valor de la experiencia. Ese fenómeno fue visto claramente en el caso de los blogs de cáncer, donde las mujeres mantenían diálogos con el saber médico, utilizando sus categorías ampliamente y, al mismo tiempo, ponían a ellas mismas en lugar de autoridad dando consejos y, todavía, desautorizando algunas orientaciones de oncólogos.

Sin embargo, hay distinciones. El caso del Zika, su incertidumbre mientras evento epidémico, favoreció y amplió la circulación de discursos concurrentes, de un lado, y, de otro, hace la autoridad médico-científica menos sujeta a cuestionamiento en sus hallazgos de investigación, sitio que ella ocupa indiscutiblemente. En el Facebook de UMA, hay frecuentes mensajes que promueven la recirculación de otros mensajes sobre nuevas evidencias científicas sobre la enfermedad, siendo frecuente no haber cualquier comentario. Hay así una diferencia notable en relación a la recirculación de mensajes referentes a promesas o compromisos anunciados por el poder público, que casi siempre es marcada por un contra discurso que vacía o confronta el enunciado. Cuando los enunciados de la UMA corroboran las acciones del poder público/Estado, ocurre en el sentido de enaltecer la misma UMA, destacándose su papel reivindicador para que la acción fuera realizada.

### **Puntos de llegada provisорios y nuevas cuestiones sobre circulación**

Algunas cuestiones que vienen insistentemente presentándose en el universo investigativo de la Comunicación y Salud estuvieron de forma articulada en el origen de ese trabajo de análisis sobre el cual estuvimos escribiendo hasta aquí. Desde el campo comunicacional, somos motivados por la curiosidad sobre el movimiento de los sentidos en diferentes condiciones de producción y circulación y sobre los nuevos enunciadores en los mercados simbólicos, trayendo nuevas narrativas; desde el campo de la salud, la provocación viene de las ideas de riesgo y sobretodo del sufrimiento, como categorías siempre presentes en todos los procesos humanos que lidian con la enfermedad y el dolor.

A partir de dos grandes investigaciones en andamiento, hemos formulado una cuestión común, preguntando sobre delineamientos do ya percibido desplazamiento discursivo de la idea de sufrimiento y, subsidiariamente, de la de sufridores, cuando en diferentes contextos de

producción y circulación. Más específicamente, nos interesamos por la migración de estos sentidos de la gran prensa escrita para los nuevos soportes tecnológicos *online*, cuando operados por personas que no son profesionales de la comunicación y son afectadas por enfermedades que resultan en situaciones de gran sufrimiento.

Los sujetos de investigación así agregados - mujeres que viven el cáncer y madres de niños afectados por la microcefalia en razón del virus Zika - son muy diferentes uno del otro desde el punto de vista de la clase social, del territorio, de la naturaleza de las enfermedades que los afecta. También son diferentes los soportes que escogieron para visibilizar a unos mismos y sus discursos. Comparten, todavía, tres características: son mujeres, afectadas por enfermedades de gran visibilidad en los medios de comunicación y están en búsqueda de una narrativa de unas mismas sin la necesidad de mediaciones enunciativas.

Las dos experiencias traen la idea de colectivo, lo que en parte está ligado a ese nuevo ambiente comunicacional, que favorece formas de interacción inéditas y el establecimiento de cercanías mismo en la distancia. Sin embargo, los colectivos construidos por blogs de cáncer son del orden del individual, evidenciando un “yo” interior y psicológico, con sujeto del enunciado individual; ya la UMA es una entidad organizada, de carácter reivindicadorio y de movilización, en la cual el sujeto del enunciado y de la enunciación es colectivo y su perfil en el Facebook refleja esta condición. La distinción posibilita comprender los matices de algunas de las percepciones posibilitadas por el estudio, las cuales optamos por considerar puntos de llegada provisorios, que demandan, por lo tanto, más inversiones en investigación.

Hay dos puntos de llegada que percibimos como los más relevantes y que están vinculados uno al otro y son caracterizado por la conquista del protagonismo enunciativo y la consecuente renovada inscripción discursiva en el espacio público: el cambio del lugar del sujeto enunciador para lugares de interlocución más favorables y la narratividad con la búsqueda por desestigmatización de la enfermedad y del enfermo.

La institución de otros lugares de interlocución, cuando contrapuestos a los lugares definidos por la prensa, puede ser vista como resultado de la negativa a un lugar subalterno, silenciado, de una identidad mediada y arbitrariamente instituida. Esa negativa se extiende también al poder de nombramiento de los médicos, en el caso del cáncer, y de los poderes públicos, en el caso del Zika. Así, el sufrimiento, sin ser negado, es transmutado en algo a ser enfrentado con coraje y aún alegría. En esa conversión, instaurase la mujer corajosa, “luchadora”, optimista y que toma las rédidas del destino en sus manos.

Sin embargo, si discursivamente tenemos un cambio en el protagonismo enunciativo, la relación con los medios de comunicación requiere una mayor atención investigativa. En el caso de UMA, por un lado, hay el manejo estratégico de los medios, haciendo críticas y valorando sus acciones según situaciones que les puedan legitimar y favorecer; por otro, no escapan a la sumisión a la lógica de los medios, que al final es la misma que impregna las redes sociales y todas las instancias societarias, en el creciente proceso de mediatización de la vida en sociedad. El mismo ocurre en el caso del cáncer, también fuertemente marcado por esa lógica, pero es importante señalar que su larga presencia en el imaginario colectivo tuvo en los medios masivos de comunicación un espacio importante de trasmutación de un evento del orden del interdicto para ser, poco a poco, incluido y visibilizado como cuestión pública. En ese sentido, esa relación era más pacificada, como vemos en el caso de algunas blogueras que adquirieron legitimidad por sus blogs y se hicieron objeto de interés periodístico sea concediendo entrevistas, surgiendo como “símbolo” de lucha contra la enfermedad en reportajes etc. Los textos de periódicos eran poco reproducidos, siendo su embate prioritario con el discurso médico.

Por otro prisma, todavía, hay movimientos de circularidad en relación a la prensa, que ocurren en sentido opuesto para uno y otro grupo. Mientras con la UMA hay un movimiento de rebatimiento de los medios, por contestación o reproducción estratégica de noticias, en los blogs ese movimiento hace el camino opuesto, de los blogs para los medios.

La recirculación de la narrativa del estigma en su reverso, opera como un potente contra discurso que imprime visibilidad a aspectos silenciados por los dispositivos de la gran prensa. Al trajeron el tema para la circulación pública, sin atenuantes y poniendo en escena los dos discursos antagónicos - el que estigmatiza y el que renueva el significado - instauran otro modo de direccionamiento que hace más familiar aquella experiencia antes cercada por relaciones de evitación. Esta nueva forma de interacción, que es distinta de los dispositivos tradicionales, permite alejar (al menos parcialmente) el “horror” que la enfermedad trae y promueve cercanía, crea vínculos entre enfermos y entre estos y sanos.

Tanto la construcción identitaria como la semantización desestigmatizante de las enfermedades encuentran un campo de sentidos muy favorable a su acogimiento, formado por la intensa circulación en los medios y el lenguaje cotidiana del discurso de superación y de la imagen de la “mujer guerrera”, la que lucha por lo que desea y cree. Sin embargo, solo una investigación de recepción/apropiación sería capaz de evaluar el lugar que estos sentidos reconfigurados ocupan en el mercado simbólico del cáncer y de la microcefalia. En nivel de las hipótesis, probablemente circulando todavía con alcance limitado, en ámbito periférico.

Algunas categorías analíticas ya experimentadas ampliamente en otros trabajos se mostraron fructíferas. El principio de la intrínseca relación entre textos y sus contextos se mostró indispensable, adensado por la idea de condiciones de producción y de circulación. Lugar de interlocución permitió hiperbolizar la noción de identidad, acentuando la dimensión relacional y hablando de identidades que se constituyen en relación, en conversación, aunque en blogs o redes sociales. Se confirma la importancia de considerar los lugares de habla y de interlocución atravesados por la clase social, particularmente por estar trabajando con contextos muy tecnológicos, que pueden acarrear la ilusión igualitaria de un mercado simbólico en el que todos se encuentran en condiciones equivalentes de disputa.

Como buscamos demostrar, las experiencias analizadas son coincidentes en algunos aspectos y en otros se diferencian. Esto puede apuntar a la existencia de un patrón de dispositivos que sería conformado por los medios digitales, pero otros que resultarían de las especificidades de las experiencias. Se evidencia, pues, la necesidad de más estudios empíricos.

De forma subsidiaria a los hallazgos principales, pudimos ver con mucha nitidez el sufrimiento como elemento que moviliza sentimientos de solidaridad, ayuda y mutua protección, incluso entre personas que no se conocen. Ciertamente el hecho de estar siendo movilizado en un ambiente digital *on-line* potencializa ese efecto, por ser esos espacios de interacción social propicios a la emergencia de nuevos colectivos. También registramos una visible e importante circulación de los saberes, por la actualización – tanto en los blogs como en el perfil de Facebook – de la relación con el saber médico y con el discurso científico, en nueva clave de autoridad. Por último, nos llamó la atención de cómo, tanto en los blogs como en el facebook, el dispositivo de enunciación acentuaba la performatividad del habla. Aquellas mujeres no están allí sólo expresando su situación y marcando su posición en relación a los agravios de salud, no quieren sólo expresar el mundo, pero también y fuertemente quieren afectar al mundo a partir de su enunciación. Y ciertamente lo están consiguiendo.

## REFERENCIAS

Aguiar, R. y Araujo, I. S. (2016). A mídia em meio às 'emergências' do vírus Zika: questões para o campo da Comunicação e Saúde. *RECIIS. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, 101-15.

Amaral, A. y Quadros, C. (2006). Agruras do blog: o jornalismo cor-de-rosa no ciberespaço. *Razón y Palabra*, 53, 3.

Amaral, A. (2009). *Blogs.Com: estudos sobre blogs e comunicação*. São Paulo: Momento Editorial.

Araujo, I. S. (2006). Os tambores do Olimpo e os tambores da Grécia: por melhores lugares de interlocução. In: Fausto, A. (Org.). *Os mundos da mídias: leituras sobre a produção de sentidos midiáticos*, 3,233-251. João Pessoa: Editora da UFPB.

Araujo, I. S. y Aguiar, R. (2017). O vírus Zika e a circulação dos sentidos: entre limites e ressonâncias, apontamentos para uma pauta de pesquisa. En Castro, P. C. (Org.). *A circulação discursiva: entre produção e reconhecimento*, 1, 141-162. Maceió: Edufal.

Araújo, L. A. y Teixeira, L. A. (2017). De doença da civilização a problema de saúde pública: câncer, sociedade e medicina brasileira no século XX. *Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Cienc. Hum.*, 12(1), 173-188.

Aureliano, W. (2006). *Compartilhando a experiência do câncer de mama: grupos de ajuda mútua e o universo social da mulher mastectomizada em Campina Grande (PB)*. Dissertação de Mestrado do Programa de PósGraduação em Sociologia, Universidade Federal de Campina Grande.

Bertolli FILHO, Cláudio. Representações sociais do câncer e dos cancerosos em São Paulo: 1900-1950. *REVISTA SALUSVITA, Revista da Área de Ciências Biológicas e da Saúde*. Universidade do Sagrado Coração. Bauru-São Paulo, v.21, n.2, 2002.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Comunicação Social. (2016). *Pesquisa brasileira de mídia 2016: hábitos de consumo de mídia pela população brasileira*. Brasília: Secom.

Cardoso, J. M. (2012). Entre Vítimas e Cidadãos: risco, sofrimento e política nas narrativas do Jornal Nacional sobre as epidemias de dengue (1986-2008). Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Fassini, D. y Rechtman, R. (2007). *The Empire of Trauma. An Inquiry into the Condition of Victimhood*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

Fausto, A. (1996). *A Construção da Aids na Mídia Impressa*. São Paulo: Hacker.

Ferras, L. M. R. (2015). Para além do biológico: um estudo sobre o significado midiático da doença - Análise dos discursos das revistas semanais Veja (1968-2013). Tese de doutorado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde/ICICT/ Fiocruz.

Gusfield, J. (1992). Forward. En Conrad, P. y Schneider, J. W. (1992). *Deviance and medicalization - From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.

Humans Right Watch. (2017). Esquecidas e desprotegidas: o impacto do vírus Zika nas meninas e mulheres no nordeste do Brasil.

[https://www.hrw.org/sites/default/files/report\\_pdf/wrdzika0717port\\_web\\_0.pdf](https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/wrdzika0717port_web_0.pdf)

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 2018). *Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.

Langdon, E. J. (1996). *A Doença como Experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

Lerner, K. (2016). Doença, jornalismo e visibilidade: notas sobre a cobertura do câncer no jornal O Globo. *Communicare*, 16, 36-51.

Lerner, K. y Sacramento, I. (2014). *Saúde e jornalismo: interfaces contemporâneas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/FAPERJ.

Lerner, K. y Vaz, P. (2017). “Minha história de superação”: sofrimento, testemunho e práticas terapêuticas em narrativas de câncer. *Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 21(61), 153-63.

Lerner, K. y Aureliano, W. (s.f). Corpos em evidência: sofrimento, superação e autoestima em narrativas sobre o câncer de mama, no prelo.

Malinverni, C. (2011). *Epidemia midiática: um estudo sobre a construção de sentidos na cobertura da Folha de S. Paulo sobre a febre amarela, no verão 2007-2008*. Dissertação de mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Oliveira, R. M. (2009). Ciberespaço e a escrita de si na contemporaneidade: repete o velho, o novo blog? In: Amaral, Adriana; Recuero, Raquel e Montardo, Sandra (orgs.). *Blogs.Com: estudos sobre blogs e comunicação*. São Paulo: Momento Editorial.

Oliveira, V. de C. (2014). As fabulações jornalísticas e a saúde. En Lerner, K. y Sacramento, I. *Saúde e jornalismo: interfaces contemporâneas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/FAPERJ.

Pinto, M. J. (1999). *Comunicação e Discurso*: Introdução à Análise de Discursos. São Paulo: Ed. Hacker.

Recuero, R. (2003). Comunidades virtuais - Uma abordagem teórica. Trabalho apresentado no V Seminário Internacional de Comunicação, no GT de Comunicação e Tecnologia das Mídias, promovido pela PUC/RS.

Romeyer, H. y Moktefi, A. (2013). Pour une approche interdisciplinaire de la prevention. *Communication et Langages*, 1(176), 33- 47.

Rosenberg, C. (1992). Framing disease: illness, society and history. En Rosenberg, C. *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sontag, S. (1984). *Doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Teixeira, L. A., Porto, M. A. y Noronha, C. (2012). *O câncer no Brasil: passado e presente*. Rio de Janeiro: Outras Letras.

## EPÍLOGO

### **Por um tempo de encontros e reconhecimentos Por un tiempo de encuentros y reconocimientos**

**Inesita Soares de Araujo**

Nos últimos vinte anos em que tenho me dedicado ao campo da Comunicação e Saúde acumulei muitas dúvidas e algumas certezas. Uma dessas certezas foi a de que os eventos científicos, particularmente aqueles estruturados no funcionamento regular de grupos temáticos de pesquisa estão entre os fatores mais importantes para a constituição, legitimação e consolidação de campos específicos de conhecimentos e saberes. Os periódicos científicos e os cursos de pós-graduação (mestrado e doutorado) são, concomitantemente, fatores mutuamente potencializadores desse processo. Esses grupos de pesquisa, ao possibilitarem a comunicação e a circulação dos resultados de pesquisa e avanços teóricos e metodológicos, ao mesmo tempo em que produzem um reconhecimento dos pares e o sentido de pertencimento a um coletivo, vão fazendo com que interesses e esforços isolados possam ser articulados em eixos comuns, sejam epistemológicos, teóricos ou metodológicos, identificados por suas similaridades ou, no reverso, pela sua diferença. Essa articulação produz visibilidade e legitimidade, condições mínimas e básicas para seu reconhecimento como campo científico.

Observei esse movimento com muita clareza em relação ao GT Comunicación y Salud da ALAIC – Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación, tendo o privilégio de participar de suas edições desde o ano de 2010, quando assumi sua coordenação, sucedendo ao prof. Isaac Epstein, seu idealizador e coordenador nos anos anteriores<sup>117</sup>. Por ser de conformação latino-americana, esse GT foi um espaço de convergência e mútuo conhecimento de pesquisadores de vários países, que vinham de esforços isolados ou com um algum nível de agregação local ou regional.

Se tomarmos a distribuição por países dos participantes de cada edição, podemos perceber que ela reflete uma concentração maior de trabalhos do Brasil, México e Argentina; Chile e Colômbia também estão sempre presentes, em menor número. Outros têm tido presença esporádica. O local de realização pouco tem influído no maior número de trabalhos do país, a

<sup>117</sup> Em 2018 deixei a coordenação do GT, que ficou nas boas mãos de Mónica Petracci, pesquisadora do Instituto Gino Germani, da UBA.

exemplo do Peru, Costa Rica, Uruguai. Por outro lado, não temos um estudo de todos os países para estabelecer uma comparação mais criteriosa, mas provavelmente nesses países se desenvolve maior número de pesquisas em C&S, assim como a estrutura dos estudos pós-graduados na área também está mais consolidada.

No entanto, a atividade que pode ser compreendida como atinente à C&S está presente em praticamente todos os países da região, de maneira fortemente vinculada às políticas públicas de saúde. Historicamente essa relação foi estabelecida em toda América Latina agregando-se outro elemento, o desenvolvimento (e seu correlato mudança social), formando-se então um tripé que desde os anos 40 recebe investimento dos governos, fortemente secundados pelos organismos internacionais a partir dos anos 1970: saúde, comunicação e desenvolvimento, potencializado pelos meios de comunicação – comunitários, locais, institucionais ou de largo alcance.

Essas duas marcas: vínculo com as políticas públicas de saúde e a perspectiva que entende a comunicação como vetor de desenvolvimento/mudança social pode ser percebida em muitas pesquisas cujos resultados aportam no GT C&S em cada edição. Mas, convivem em interlocução – muitas vezes simbiótica – com trabalhos que traduzem preocupações e perspectivas mais recentes, advindas tanto do crescimento das tecnologias digitais de comunicação como do imbricamento com temas caros às Ciências Sociais. Assim, como exemplo, o modo de organização e estratégias de grupos formados em redes sociais digitais para se opor a uma determinada vacina é um tema que emerge de preocupações das Ciências Sociais (novas subjetividades), contempla os novos ambientes comunicacionais e opera sobre a reação a uma política pública de saúde.

Na edição de 2018, na Costa Rica, mediante uma consulta da direção da ALAIC quanto à possibilidade de fusão de GTs, os participantes do C&S majoritariamente se manifestaram por garantir sua própria identidade. Um dos principais argumentos foi o de que, a diferença dos demais, o campo se conformaria estabelecendo um vínculo forte com os problemas e as demandas concretas de saúde das populações, ou seja, o conhecimento teórico que produz ancorar-se-ia em realidades empíricas vinculada diretamente ao bem estar e ao bem viver das pessoas. Para além da discussão sobre a pertinência dessa posição, relembro este fato para comentar que ele evidencia um desafio que precisamos enfrentar. Sem deixar de atender a essa conformação histórica vinculante com as questões de saúde concretas dos nossos países e instituições, precisamos alargar seus horizontes para temas mais amplos, mais conectados com questões compartilhadas por outros campos científicos, mas que possuem dimensões e nos apresentam demandas fortemente relacionadas à competência dos pesquisadores da Comunicação & Saúde. Estou me referindo, por exemplo, a temas como migrações, desastres-

crimes ambientais, violência contra mulheres e jovens negros, racismo e xenofobia, agrotóxicos, tráfico de drogas, entre outros.

Também do ponto de vista epistemológico e metodológico, penso que a C&S de certa forma precisa maior interlocução com outras áreas, de modo a acentuar a incorporação de formas de produzir conhecimento mais de acordo com os tempos que vivemos, que correspondam às preocupações epistêmicas e aos debates contemporâneos das ciências humanas e sociais, mas também que se beneficiem do desenvolvimento metodológico de áreas que se dedicam ao estudo, por exemplo, dos fluxos de circulação digital. Por sua vez, as ciências sociais avançam cada vez mais no sentido do aperfeiçoamento da relação com o Outro, com os sujeitos de nossas pesquisas. Falo em acentuar porque em algum nível já temos tomado esse caminho.

Esse livro está sendo produzido em plena pandemia do Covid19, que a par do sofrimento que nos impõe está sendo um extraordinário momento de aprendizagem e podemos refletir sobre nossos modos de olharmos para o Outro e para o próprio modo de produção de conhecimento sobre esse Outro. É sob esse impulso que compartilho ideias sobre pesquisa em Comunicação e Saúde que me têm mobilizado.

Precisamos pensar menos em como produzir a mudança social a partir das instituições e mais como fortalecer as pessoas para que elas possam lutar pelos seus direitos à saúde e à comunicação.

Urge contemplar em nossas pesquisas o enfrentamento das desigualdades sociais, particularmente na saúde; inclusive refletir se as práticas comunicacionais associadas às políticas públicas (implantação, adesão etc.), ou aos serviços de saúde contribuem para a redução dessas desigualdades ou, ao contrário, se as aprofundam.

Precisamos nos valer do nosso lugar de fala privilegiado para amplificar as vozes dos que estão historicamente silenciados, os negros, populações originárias, quilombolas, trabalhadores rurais, ciganos, camponeses atingidos por barragens, e categorias subalternizadas de trabalhadores.

Os estudos sobre as práticas institucionais ainda encontram seu lugar, mas precisamos enfocar menos a eficácia de sua comunicação, buscando outros ângulos, por exemplo, como a midiatização está afetando as práticas comunicacionais das instituições e sua relação com a população.

Os estudos de mídia são e serão sempre necessários, mas precisamos entender melhor o quanto os dispositivos midiáticos, ao privilegiar temas dentro dos critérios de noticiabilidade ou espetacularidade, estão contribuindo para aumentar a invisibilidade (ou a visibilidade negativa) de temas, situações, populações e produzindo o silenciamento de tantas vozes. Também nos devemos estudos com base na ideia de ecologia das mídias, entender como essa intensa circularidade dos meios entre si afeta a produção social dos sentidos da saúde.

Mas, seria muito bom se tivéssemos mais estudos voltados para os grupos sociais, para as pessoas e menos para a prática das instituições ou das mídias. Jesus Martin-Barbero já propunha isso há décadas, quando percebeu que se não compreendêssemos as lógicas culturais não poderíamos compreender mais a fundo os processos comunicacionais. Que lógicas presidem a relação das pessoas com a comunicação entre si, com a mídia e com as instituições de saúde? E os afetos, qual o lugar deles nas decisões a serem tomadas? São questões entrou outras tantas possíveis.

Nesse sentido, destaca-se a importância dos estudos sobre as novas legitimidades, as novas vozes autorizadas em saúde. Quem detém confiabilidade, legitimidade para orientar, indicar alternativas, disseminar pontos de vista? Uma “celebridade” do Youtube, com 5 milhões de seguidores, ou um médico, uma instituição de saúde? Quais são as nuances dessa disputa simbólica?

Metodologicamente falando, a AD continua sendo uma forma importante de acessar os modos pelos quais se produz simbolicamente as relações de poder. Mas precisamos ampliar os estudos que permitem compreender as lógicas e práticas da população, para além das entrevistas e grupos focais. Precisamos, mais ainda, metodologias compartilhadas com os grupos interessados, precisamos pesquisar com e não para.

Teoricamente, sigamos com nossas bases que nos organizam o olhar, mas seria muito saudável ampliar o arco dos autores. Principalmente precisamos incorporar autores latino-americanos, que são tantos e pouco convocados. Mais ainda, autores que trabalhem a favor de um olhar da América Latina para a América Latina. Precisamos descolonizar nosso modo de ver a nós mesmos.

Essa busca por caminhos diferentes do pensar e pesquisar, ou por outros modos de caminhar, podemos e devemos fazer coletivamente, em franca interlocução. O GT C&S tem sido, ao longo de sua história, um belo espaço de encontros, mútuos reconhecimentos e descobertas, enlaces, a partir dos quais têm surgido – muitas vezes através de belas e fortes amizades que nasceram nesse convívio – diálogos acadêmicos, trabalhos conjuntos, publicações

compartilhadas, entre outras aproximações. Mas podemos fazer muito mais. Se é difícil a reunião presencial, grandes distâncias físicas nos separam, podemos explorar os recursos tecnológicos para ampliar essa interlocução. Este livro, cujas últimas palavras couberam a mim, que resgata e faz circular mais amplamente as pesquisas e reflexões de tantos que se vincularam ao GT em algum momento, está imbuído desse espírito e oxalá seja um marco de um tempo rico de encontros, reconhecimentos, solidariedade, compartilhamentos, em torno de um objetivo comum, que é contribuir para um mundo mais justo, mais feliz, em que todos tenham igual direito à saúde e à comunicação.

Niterói, abril de 2020

## **SEMLANZAS**

## ARGENTINA

### ***LEILA PASSERINO***

Institución: CONICET / UNRaf

Correo electrónico: [leilapasse@hotmail.com](mailto:leilapasse@hotmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2343-3445>

Licenciada en Comunicación Social por la Universidad Nacional de Entre Ríos (FCEDU-UNER). Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (FCS-UBA). Profesora del Seminario Ciudadanía, Derechos Humanos y Educación, de la Licenciatura en Educación (UNRaf). Ha sido becaria doctoral y posdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y actualmente es Investigadora Asistente de dicha institución. Investigadora en formación del Proyecto “Desafíos y alcances en el control del cáncer desde el primer nivel de atención en centros periurbanos y rurales: dinámicas institucionales, lógicas territoriales, comunidades y culturas políticas/ articulación entre niveles” (Instituto de Investigaciones Gino Germani – FCS-UBA). Se especializa en problemáticas de salud/enfermedad/atención/cuidado desde perspectivas socio-antropológicas, filosóficas y de género.



### ***MILCA CUBERLI***

Institución: Instituto Nacional del Cáncer (Ministerio de Salud de la Nación). Universidad Nacional de Hurlingham (UNAHUR) y Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina.

Correo electrónico: [milca.cuberli@gmail.com](mailto:milca.cuberli@gmail.com)

Lic. en Ciencias de la Comunicación, Magister en Salud Pública y Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Fue Becaria del Consejo Nacional de

Investigaciones Científicas y Técnicas, Residente y Jefa Residentes en Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEPS). Postítulo: Profesora Universitaria (UMSA). Jefa de Trabajos Prácticos en Taller de Comunicación Comunitaria, Carrera de Ciencias de la Comunicación (UBA) y Docente Regular Titular en el Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad de Hurlingham (UNAHUR). Tutora y evaluadora de tesis. Dirige Proyectos de Extensión Universitaria. Participa en Proyectos de Investigación UBACyT. Desde 2012 trabaja en el Área de Producción de Evidencia Científica del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC- Instituto Nacional del Cáncer INC). Como consultora en Comunicación y Salud, desarrolla estrategias de comunicación y capacitación en el marco de la Ciencia de la Implementación para las políticas públicas de salud.



### ***MÓNICA PETRACCI***

Universidad de Buenos Aires, Instituto Gino Germani

Email: [mnpetracci@gmail.com](mailto:mnpetracci@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4504-8457>

<https://scholar.google.com.ar/citations?user=3Un28a0AAAAJ&hl=es>

Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina. Investigadora en el Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG-UBA). Investigadora externa del Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Coordinadora del Grupo de Trabajo Comunicación y Salud de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Comunicación (ALAIC) y del Grupo de Estudios en Comunicación y Salud (GECyS, IIGG-UBA). Publicó *La salud en la trama comunicacional contemporánea*, Editorial Prometeo 2015; *Comunicación y Salud: Las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía* en coautoría con Patricia Schwarz y Paula Rodríguez Zoya, Editorial Teseo 2017; “Doctor-

*patient relationships amid changes in contemporary society: a view from the health communication field*", *Health Sociology Review* Vol. 26, Iss. 3, 2017. DOI:10.1080/14461242.2017.1373031; *Comunicación y Salud: la investigación en el proceso de las políticas públicas* en coautoría con Paula Rodríguez Zoya, Editorial Teseo 2018.



### **PAULA RODRÍGUEZ ZOYA**

Institución: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) / Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG)

Correo electrónico: paula.rzoya@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3623-3992>

Doctora en Ciencias Sociales y Licenciada en Ciencias de la Comunicación por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y del Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Co-Coordinadora del Grupo de Estudios en Comunicación y Salud (GECyS-IIGG). Docente de Filosofía en Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF) y de Psicología Social en Carrera de Sociología (UBA). Su línea de investigación y producción científica comprende el estudio, reflexión y análisis de problemas sociales complejos de comunicación y salud. Publicó los libros *Comunicación y Salud: Las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía* (Teseo, 2017) –en co-autoría con las Dras. M. Petracci y P. Schwarz–, y *Comunicación y Salud: La investigación en el proceso de las políticas públicas* (Teseo, 2018), co-coordinado con la Dra. M. Petracci. Su trabajo articula la indagación teórica, la reflexión filosófica, la investigación empírica y la transferencia social.



***SILVINA ARROSSI***

Institución: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CONICET-CEDES), Argentina.

Correo electrónico: [silviarrossi2020@gmail.com](mailto:silviarrossi2020@gmail.com)

ORCID: 0000-0002-5071-0938

Socióloga (Universidad de Buenos Aires), Msc. in Public Health in Developing Countries (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Gran Bretaña), Docteur en Demographie (Université de Lyon, Francia). Ha realizado consultorías para distintos organismos de las Naciones Unidas (Banco Mundial, OMS, IARC, Habitat, OPS) y actualmente es colaboradora de la OMS en la preparación de la Propuesta para la Eliminación del Cáncer Cervicouterino; y Miembro del Regional Advisory Board for Latin America de la American Association for Research on Cancer (AACR), y del Advisory Board de la “Initiative for a global data repository on Cancer Screening in 5 Continents (CanScreen5)”, IARC-Francia. Actualmente es la investigadora principal de varios proyectos nacionales e internacionales, incluyendo el Proyecto ATICA para evaluar la efectividad de las estrategias mHealth en el proceso de prevención del cáncer cérvicouterino



***VALERIA ALBARDONEDO***

Institución: Universidad Nacional del Comahue. Patagonia Argentina. Facultad de Ciencias Médicas, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales

Correo electrónico: [enialbardonedo@yahoo.com](mailto:enialbardonedo@yahoo.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8508-0825>

Doctoranda en Ciencias Sociales en la Universidad de Buenos Aires (UBA) y Magíster en Ciencias Sociales y Humanidades por la Universidad Nacional de Quilmes (UNQUI). Licenciada en Comunicación Social por la Universidad de Buenos Aires. (UBA). Asistente en docencia en la Asignatura Introducción a los Estudios de la Medicina, Departamento de Salud Colectiva desde 2006. Ayudante en docencia en Introducción a la Gestión y Producción en Comunicación y Planificación y Gestión en Comunicación, Departamento de Comunicación y Ciencias de la Información desde 2010. Investiga sobre la relación comunicación- salud y formación médica. Integra proyectos de investigación desde los que aborda problemáticas concernientes a la formación médica, la salud sexual, las políticas públicas y los discursos sociales. Dirige proyectos de extensión sobre Consejerías de Salud Sexual como dispositivo de formación y praxis. Ha publicado dosieres, artículos y capítulos de libros sobre los ejes de investigación citados.



## ***BRASIL***

### ***ALINE BASTOS***

Institución: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Correo electrónico: [aline.bastos@gmail.com](mailto:aline.bastos@gmail.com)

ORCID: 0000-0002-5907-6056

Doutoranda em Comunicação pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com período sanduíche como pesquisadora visitante na University of the West of England (UWE), Mestre em Comunicação e Cultura pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (ECO-UFRJ), Graduada em Comunicação Social - Jornalismo e Relações Públicas pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Possui quase 20 anos de experiência profissional na área de Comunicação, especialmente em Comunicação Institucional (Relações Públicas e Jornalismo Empresarial), Divulgação Científica, Comunicação Interna, Produção Editorial, Assessoria de Imprensa, Cerimonial e Protocolo e Organização de Eventos.



***ALUÍZIO DE AZEVEDO SILVA JÚNIOR***

Institución: Ministério da Saúde do Brasil

Correo electrónico: [luiju25@gmail.com](mailto:luiju25@gmail.com)

Cigano Kalon, doutor pelo Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em SaúdE da Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz, 2014-2018). Doutorado Sanduíche no Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais da Universidade Aberta de Lisboa (UAb), financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES/MEC). Vencedor do Prêmio Compós de teses e dissertações Eduardo Peñuela 2019. Menção Honrosa na Categoria Ciências Humanas e Sociais do Prêmio Fiocruz de Teses 2019. Mestre em Educação pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT, 2007-2009). Especialista em Cinema, pela Universidade de Cuiabá (Unic) e a Secretaria de Estado de Cultura de Mato Grosso (SEC-MT, 2006-2007). Graduação em Comunicação Social - Jornalismo (2002) e Ciências Sociais (2006) pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Desde setembro de 2019, professor de Estágio Supervisionado I do curso de Artes Visuais da Unemat. E chefe da Seção de Apoio Institucional e Articulação Federativa da Super



***ANDRÉA MARIA PAMPOLHA ARRUDA***

Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (Semsa Manaus)

[andreaarruda@icloud.com](mailto:andreaarruda@icloud.com)

ORCID: 0000-0002-7449-6956

Mestre em Comunicação e Saúde pela Fiocruz (Instituto de Comunicação e Informação Tecnológica em Saúde - Icit), especialista em Teoria e Pesquisa da Comunicação e em Marketing Institucional pela Universidade Federal do Amazonas (Ufam), com graduação em

Comunicação Social -Jornalismo, também pela Ufam. É professora na Uninorte Laureate e jornalista do Departamento de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde (Visa Manaus). Tem experiência em jornalismo impresso, divulgação científica, assessoria de imprensa e desenvolvimento de projetos e ações de comunicação organizacional integrada no setor público e privado. É autora das pesquisas Imprensa, Estado e Malária no Amazonas: vozes e sentidos tecidos no tempo e Jornalismo e Ciência: Uma Antiga Fórmula de Difundir Conhecimento: Estudo do Jornalismo Científico na segunda metade do século XIX, em Manaus, e co-autora da pesquisa Como Nasce um Matutino: Perfil do O Jornal, de Manaus.



#### ***HUGO FANTON RIBEIRO DA SILVA***

Institución: Universidade de São Paulo - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH-USP)

Correo electrónico: [hfanton@gmail.com](mailto:hfanton@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9202-9131>

Doutor em Ciência Política pelo Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas (IFCH/Unicamp) e mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Graduado em Comunicação Social com habilitação em Jornalismo pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA/USP). É pós-doutorando em Ciência Política na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH-USP), com pesquisa sobre conflitos distributivos, questão urbana e relações entre movimentos sociais, empresariado e Estado. Desenvolve pesquisas nas áreas: Movimentos Sociais; Políticas Públicas; Democracia; Comportamento político; Participação Social; Reforma Sanitária Brasileira; e Comunicação Social. Tem experiência profissional em radiojornalismo, jornalismo impresso,

assessoria de comunicação, desenvolvimento e gestão de projetos, assessoria política e atividades de ensino e pesquisa.



### ***INESITA SOARES DE ARAUJO***

Programa de Pós-graduação em Informação, Comunicação e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (PPGICS/Fiocruz)

Correo electrónico: [inesita.araujo@icict.fiocruz.br](mailto:inesita.araujo@icict.fiocruz.br)

ORCID: 0000-0001-6927-5430

Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz/ Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, atuando no Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde, onde coordeno o Observatório Saúde nas Mídias. Minha formação é em Comunicação, com mestrado e doutorado em Comunicação e Cultura e pós doutoramento no Centro de Ciências Sociais da Universidade de Coimbra. Integro o corpo docente do Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde, oriento pesquisas de mestrado e doutorado. Fui coordenadora do GT Comunicación y Salud da ALAIC de 2012 a 2018, coordeno o GT Comunicação e Saúde da ABRASCO, lidero o GP Comunicação e Saúde/CNPq e coordenei o GT Políticas e Estratégias de Comunicação da COMPÓS. Interesso-me pela relação entre Comunicação e Políticas Públicas, privilegiando estudos sobre: o campo da Comunicação e Saúde; as relações entre comunicação, desigualdade, iniquidade e inequidade; a descolonização da comunicação; espaços e processos de mediação e produção social de sentidos; metodologias de pesquisa pautadas pelo princípio da descolonização da comunicação; abordagens orientadas pelas Epistemologias do Sul.



***IVAN FRANÇA JUNIOR***

Institución: Universidade de São Paulo

Correo electrónico: ifjunior@usp.br

ORCID: 0000-0002-7004-7301

M.D by Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1984), MSc and PhD in Preventive Medicine at Universidade de São Paulo (1993 & 1998). In research, coordinates and integrates Brazilian or international teams working on public health issues through epidemiological and human rights approaches. Main research themes are: children's and adolescents' health, HIV/AIDS epidemics, and also physical/sexual violence related to gender inequalities. He has been increasingly involved in research and teaching in the field of scientific information and communication. Also, serves as senior editor of the journal Global Public Health.



**JANINE CARDOSO**

Institución: Fundação Oswaldo Cruz

Correo electrónico: [janinecardosofiocruz@gmail.com](mailto:janinecardosofiocruz@gmail.com)

ORCID: 0000-0001-7862-2369

Cientista Social, mestre e doutora em Comunicação e Cultura (UFRJ). Docente do Programa de PósGraduação Informação e Comunicação em Saúde (Icict/Fiocruz), Membro do Grupo de Pesquisa Comunicação e Saúde/CNPq e do Grupo Temático Comunicação e Saúde/Abrasco. Sua produção recente tem ênfase na análise de discursos jornalísticos sobre epidemias. Publicações: “A produção noticiosa sobre o *Aedes* e suas doenças” (Fiocruz-Brasília. *As relações da Saúde pública com a imprensa: aedes aegypti, vetor de epidemias anunciadas.*, 2018); co-autora, com Inesita Araújo, do livro *Comunicação e Saúde* (Ed. Fiocruz, 2007) e de “Comunicação e Saúde: desafios para um pensar-fazer em sintonia com o SUS” (Gen/Ed. Santos. M<sup>a</sup> C. Pelicioni e Fábio L. Mialhe. *Educação e Promoção da Saúde*. 2<sup>a</sup> ed., 2019); “A emergência das epidemias de dengue e zika em O Globo, com Igor Sacramento e Izamara Bastos (Ed. Multifoco. Igor Sacramento. *Mediações comunicativas da saúde*, 2017), “Risco, Sofrimento e Política: a epidemia de dengue no Jornal Nacional em 2008”, com Paulo Vaz (Ed. Fiocruz/Faperj. K. Lerner e I. Sacramento. *Saúde e Jornalismo: interfaces contemporâneas*, 2014)



**JOÃO VERANI PROTASIO**

Instituição: Fundação Oswaldo Cruz

Correo electrónico: [joaovp@id.uff.br](mailto:joaovp@id.uff.br)

Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

(ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Bacharel (2018) e licenciado (2019) em Ciências Sociais na Universidade Federal Fluminense (UFF). Foi estagiário (2015-2017) e bolsista do PIBIC/CNPq (2017-2019) no Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde (LACES) do ICICT/Fiocruz, vinculado ao projeto de pesquisa Observatório Saúde nas Mídias. Atualmente também cursa a especialização em Informática para Professores na Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Tem interesse em estudos no campo da comunicação, com destaque para suas interfaces com a saúde, movimentos sociais, educação e violência.



***KATIA LERNER***

Institució: Fundação Oswaldo Cruz

Correo electrónico: [katia.lerner@icict.fiocruz.br](mailto:katia.lerner@icict.fiocruz.br)

ORCID: 0000-0003-3655-9677

Kátia Lerner possui graduação em sociologia pela Pontifícia Católica do Rio de Janeiro (1991), mestrado em Comunicação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1996), doutorado em Sociologia e Antropologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2004) com doutorado sanduíche em sociologia pela University of California/Los Angeles (2001) e pós-doutorado em Comunicação pela Escola de Comunicação da UFRJ (2013-2015). É pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz, Vice-Líder do Grupo de Pesquisa do CNPq Comunicação e Saúde, coordenadora do GP Comunicação, Divulgação Científica, Saúde e Meio Ambiente da Intercom e Editora Associada da Revista Interface. Foi Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde entre julho de 2016 e agosto de 2018 e atualmente é Assistente de Ensino do Icict. É autora do livro Memórias da dor: coleções e narrativas do Holocausto (Brasília: IBRAM, 2013), originado de sua tese de doutorado que ganhou o prêmio Mario de Andrade (2008). Organizou, junto com Igor

Sacramento, a coletânea *Saúde e Jornalismo: interfaces contemporâneas* (Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014), finalista do Prêmio Jabuti de 2015 na categoria comunicação.



***MARIELLA DA SILVA COSTA***

Institució: Fundação Oswaldo Cruz

Correo electrónico: [mariella.costa@fiocruz.br](mailto:mariella.costa@fiocruz.br)

ORCID: 0000-0003-4853-3677

She works at Oswaldo Cruz Foundation in Brazil, with research and journalism activities at Fiocruz Brasília Communication Office. She integrates the group of researchers of the Laboratory of Education, Information and Communication in Health (Ecos / UnB). Current research interests: research methodology, health communication, health promotion, scientific journalism, health in the media and communication assistance. Now working on analyses about public health in social media and Brazilian press. [www.youtube.com/mariellaooficial](http://www.youtube.com/mariellaooficial)



**NADJA MARIA SOUZA ARAÚJO**

Instituição: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – ICICT/Fiocruz

Correio eletrônico: nadja.piuitinga@gmail.com

ORCID: 0000-0002-4080-9504

Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde do ICICT da Fundação Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro. Mestre em Ciências pelo ICICT, especialista em Comunicação e saúde pelo mesmo Instituto. Graduada em Jornalismo pela Universidade Tiradentes em Aracaju/SE. No doutorado desenvolve a Pesquisa “Se essa rua fosse minha, se esse corpo fosse meu: a população em situação de rua, seus modos de visibilidade e as políticas públicas de saúde”, orientada pela Profª Drª Inesita Soares de Araújo (orcid: 0000-0001-6927-5430). Desde o início dos anos 2000 tem atuado na área da comunicação e saúde nas várias esferas do governo e na saúde suplementar. Tem ainda atuado como professora em cursos de graduação em jornalismo e em disciplinas da pós-graduação em Comunicação e Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da Fiocruz. Fez parte do Observatório de Política e Gestão Hospitalar da Fiocruz e da Pesquisa Telejornalismo e saúde: análise da cobertura do Jornal Nacional do Programa de Indução a Pesquisa e o Desenvolvimento Tecnológico/Fiocruz.



**RAQUEL AGUIAR**

Instituição: Fundação Oswaldo Cruz

Correio eletrônico: raquelaguiar@gmail.com.

ORCID: 0000-0002-6634-7758

Periodista, doctora por el Programa de Post-Graduación en Información y Comunicación en Salud del Instituto de Comunicación e Información Científica y Tecnológica en Salud (Icict/Fiocruz). Coordinadora de comunicación social del Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) y coordinadora adjunta del Observatorio Salud en los Medios de Comunicación. Miembro del Grupo de Investigación Comunicación y Salud y del Grupo de Investigación Midiatización de las Prácticas Sociales del Consejo Nacional de Investigación. Miembro de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO).



***SILVIA BEZERRA SANTOS***

Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Correo electrónico: [sbsantos@cpqam.fiocruz.br](mailto:sbsantos@cpqam.fiocruz.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2026-1593>

Graduada em Comunicação Social pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE (1981), especialização em Comunicação e Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/Fiocruz (2003) e mestrado em Saúde Pública, pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM/Fiocruz). É doutoranda em História pela UFPE. Atualmente desenvolve suas atividades na vice direção de Educação, Informação e Comunicação do IAM/Fiocruz. Participa do grupo de pesquisa Comunicação e Saúde (CNPq) e integra a equipe do projeto “Observatório Saúde nas Mídias” ambos vinculados ao Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde (Laces) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), da Fiocruz. Participa do GT Comunicação e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Sua área de experiência é Comunicação e Saúde, com ênfase no campo da Saúde Coletiva. Desde 2015 seus interesses incluem as áreas de História da Medicina Tropical, História Saúde Pública e História da Ciência e Tecnologia.



## CHILE

### ***CLAUDIA MONTERO LIBERONA***

Pontificia Universidad Católica de Chile

Correo electrónico: [clmonter@uc.cl](mailto:clmonter@uc.cl)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6018-7490>

Claudia Montero-Liberona. Ph.D. es académica del Departamento de Comunicación Aplicada, de la Facultad de Comunicaciones, Pontificia Universidad Católica de Chile, y miembro del Centro de Medicina Traslacional en Salud (CETREN), perteneciente a la Facultad de Medicina de la misma Universidad. Sus estudios doctorales los realizó en la Universidad de Illinois en Urbana-Champaign (EE. UU), y cuenta con un Magíster en Comunicación y Educación tanto de la Pontificia Universidad Católica de Chile como de la Universidad Autónoma de Barcelona (doble grado), y es licenciada en Comunicación Social y Periodista de la Universidad de Santiago de Chile. Sus áreas de investigación se relacionan con la comunicación organizacional –con énfasis en procesos de institucionalización–, y comunicación y salud –con especial interés en campañas de bien público, marketing social y persuasión. Actualmente, es profesora de la carrera de Publicidad en la Pontificia Universidad Católica de Chile.



**PATRICIO MONTERO LAGOS**

Institución: Corporación Educacional Resuelve  
Correo electrónico: pbmonterolagos@gmail.com  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9456-6010>

Patricia Montero Lagos, PhD. en Educación. Presidente de la actual Corporación Educacional Resuelve, destinada a aplicar conocimientos interdisciplinarios de frontera que contribuyan a mejorar el desarrollo personal y social, mediante soluciones educacionales, que impactan en el bienestar de las personas. Tras una dilatada trayectoria académica, por más de cuarenta años, ex profesor titular de la Universidad de Santiago de Chile, y ex director del Centro de Desarrollo, Experimentación y Transferencia de Tecnología Educativa (CEDETEC) de la misma Universidad. También, ha dirigido proyectos de investigación y desarrollo, y asesor en asistencia técnica en instituciones educacionales tanto en Chile como en el extranjero. Sus estudios doctorales los realizó en la Universidad de California, Los Angeles (UCLA), y cuenta con un Magíster en Educación de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Sus áreas de investigación están vinculadas con métodos de investigación, evaluación, desarrollo curricular y educación matemática.



## COLOMBIA

### ***BEATRIZ ELENA MARÍN OCHOA***

Institución: Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín

Correo electrónico: [Beatriz.marin@upb.edu.co](mailto:Beatriz.marin@upb.edu.co)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6775-6636>

Comunicadora Social-Periodista Universidad de Antioquia, Colombia; Máster en Comunicación y Educación, Magíster en Iniciación a la investigación en Comunicación y Periodismo, y Doctora en Comunicación y Periodismo de la Universidad Autónoma de Barcelona, España, 2010. En 1997 fue galardonada con el Premio de la SIP al mejor programa prensa en la educación y su tesis doctoral *La infografía una nueva forma de Comunicación* recibió calificación sobresaliente cum laude. En la UPB, donde es docente de pregrado y postgrado, ha sido reconocida como docente distinguida en 2009, espíritu Bolivariano en 2014 y mayor producción intelectual de Ciencias Sociales en 2018. Imparte clases en universidades de Colombia, España y México; Participa como coautora de libros y artículos en Argentina, Colombia, Chile, México y España. Se destaca su artículo en la *Revista Latina*: “El tratamiento del postconflicto colombiano por medio de infografías y visualizaciones de datos”. Además es ponente y evaluadora de congresos internacionales en varios países de Iberoamérica; Miembro de la junta directiva de CDR, Consejo de Redacción, Vice-coordinadora del GT4 Comunicación y Educación de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Comunicación, Alaic, y socia fundadora y presidenta de ACICOM, la Asociación colombiana de investigadores en Comunicación.



**DORIS ELENA MUÑOZ ZAPATA**

Institución: Universidad Pontificia Bolivariana, sede Medellín

Correo electrónico: [doris.munoz@upb.edu.co](mailto:doris.munoz@upb.edu.co)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0286-8914>

Doctoranda en Ciencias Sociales de la Universidad Pontificia Bolivariana, Magíster en Comunicación Social, énfasis en Comunicación y Educación de la Universidad Católica de Chile, Comunicadora Social- Periodista de la Universidad de Antioquia. Docente de tiempo completo en la Facultad de Comunicación Social – Periodismo de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín desde julio de 2012, investigadora del grupo Gestión de la Comunicación e investigadora reconocida por Colciencias, el organismo nacional de investigaciones en Colombia. Lideró el equipo de educación y seguridad vial de la Alcaldía de Medellín, en el que aportó a la creación de acciones comunicativas y procesos con comunidades para la promoción de una cultura de cuidado frente a los accidentes de tránsito. Ha realizado investigaciones en promoción de la salud en la infancia en Chile y hábitos de vida en la población gestante en Colombia a partir de la comunicación y salud. En la actualidad desarrolla su tesis doctoral en maternidades contemporáneas, salud, redes sociales y autonomía desde una perspectiva de género.



**JUAN GUILLERMO BARRIENTOS GÓMEZ**

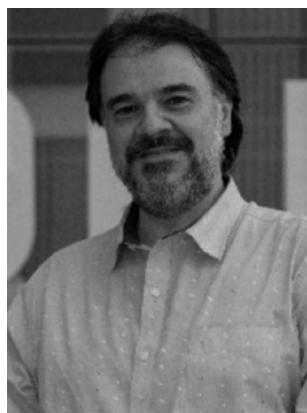
Institución: Universidad Pontificia Bolivariana – Clínica Universitaria Bolivariana

Correo electrónico: [juan.barrantos@upb.edu.co](mailto:juan.barrantos@upb.edu.co)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5135-5168>

Médico de la Universidad Pontificia Bolivariana Medellín Colombia, especialidades en Economía y finanzas de la salud, Valoración del Daño Corporal y Maestría en Investigación

Social y Sanitaria de la Universidad de Castilla la Mancha (España). Actualmente me desempeño como profesor e investigador en salud pública en la Facultad de Medicina, Coordinador académico de la especialización en economía y finanzas de la salud y Director Científico de la Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín Colombia. Dentro de la línea de Gestión en Salud del Grupo de Salud Pública clasificado en Colciencias A1 he realizado investigación sobre modelos de atención en salud (Promoción y Prevención), toma de decisiones en salud, resultados en salud, optimización de procesos clínicos; y Calidad y Seguridad de la atención en salud



## CUBA

### ***SONIA PONCE DE LEÓN***

Institución: *Centro de Inmunología Molecular*

Correo electrónico: [sonia@cim.sld.cu](mailto:sonia@cim.sld.cu)

Trece años de experiencia en el sector biofarmacéutico cubano (2006-2019). Técnico Medio en Farmacia Industrial (2006). Licenciatura en Comunicación Social (2013). Máster en Ciencias de la Comunicación (Excelencia 2018) otorgado por la Facultad de Comunicación, de la Universidad de La Habana. Actualmente Especialista principal del Grupo de Gestión de Comunicación del Centro de Inmunología Molecular (CIM).



***YAMILE FERRÁN FERNÁNDEZ***

Institución: Facultad de Comunicación-Universidad de La Habana  
Correo electrónico: [yferran@fcom.uh.cu](mailto:yferran@fcom.uh.cu)

Licenciada en Periodismo/Máster en Marketing y Comunicación. Por más de 15 años laboró como especialista en distintas entidades del Ministerio de Turismo, a cargo de los procesos de conceptualización, el planeamiento y la ejecución de la comunicación organizacional y empresarial y la publicidad. Tercer Premio (compartido) en el Primer Concurso Latinoamericano de Periodismo Investigativo, convocado por la revista Chasqui y el Centro para la investigación y estudios de la comunicación para América Latina (CIESPAL)/ mayo 1994, con el tema: Situación de la niñez, la mujer y la juventud en América Latina.



**ESPAÑA**

***JOSÉ LUIS TERRÓN BLANCO***

Institución: InCom-UAB, Universidad Autónoma de Barcelona

Correo electrónico: [joseluis.terron@uab.cat](mailto:joseluis.terron@uab.cat)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7617-7695>

Doctor por la Universitat Autònoma de Barcelona. Profesor Titular del Departament de Comunicació Audiovisual i Publicitat de la UAB. Ha sido director del Instituto de Comunicación (InCom-UAB); en la actualidad dirige el SCOMlab InCom-UAB. Forma parte del Consejo Editor de *Cuadernos de Comunicación*, *Salud* y de *Revista Española de Salud Pública* y *Revista Internacional de Comunicación y Desarrollo (RICD)* y del Comité Científico de diversas revistas internacionales del campo de la comunicación. Director de *Publicacions InCom-UAB*. Ha sido miembro del I+D+i ‘La publicidad de tv entre otros factores socioculturales influyentes en los TCA’, del FIS ‘Elaboración de guías prácticas para el uso responsable de la información obtenida en Internet y del correo electrónico con fines sanitarios’ y codirector de ‘Estrategias de evaluación de las campañas de salud. El caso de las campañas sobre el ictus’, financiada por el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Desde 2006 y hasta la fecha, IP de una serie de investigaciones sobre el tratamiento del VIH/sida en los medios de comunicación. En la actualidad participa en el I+D+i ‘Visibilizando el dolor: narrativas visuales de la enfermedad y storytelling transmedia. Coordinador de obras de referencia como *Comunicación y Salud*, o *¿Por qué la comunicación en salud es importante? Avances e investigación*.



## **MEXICO**

### ***ALBERTO FARÍAS OCHOA***

Institución: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Correo electrónico: farias.ellh@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8630-6988>

Doctor en Educación y Tecnologías de la Información por la Universidad Pedagógica Nacional. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores de México. Coordinador de la Licenciatura en Comunicación de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Profesor e investigador asociado de tiempo completo adscrito a la Facultad de Letras de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Miembro de la Asociación Mexicana de Investigadores de la Comunicación (AMIC) en la cual colabora principalmente en el grupo de investigación de Comunicación Educación Integrante del Cuerpo Académico de Comunicación y Discurso, reconocido por el Prodep, Secretaría de Educación Pública, México.



### ***ELSA DEL CARMEN VILLEGRAS MORÁN***

Institución: Universidad Autónoma de Baja California

Correo electrónico: evillegas@uabc.edu.mx

ORCID: 0000-0001-9789-890X

Lic. en Ciencias de la Comunicación por la Universidad Intercontinental, distinguida con Mención Honorífica; Maestra en Comunicación por la Universidad de la Habana; Doctora en Comunicación Social en la Universidad de La Habana, Cuba. Miembro del Cuerpo Académico en consolidación: Procesos de Comunicación en Instituciones y Organizaciones Sociales. Miembro de la Red Internacional de Investigadores en Ciencias Sociales y Humanas.

Ha ocupado el cargo de Coordinador de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y Coordinador de la Licenciatura en Historia, en la Facultad de Ciencias Humanas, Es profesor investigador de Tiempo completo, con perfil Prodep.



***JANET GARCÍA GONZÁLEZ***

Institución: Universidad Autónoma de Nuevo León

Correo electrónico: [janetgarcia71@yahoo.com.mx](mailto:janetgarcia71@yahoo.com.mx) - [janet.garciag@uanl.mx](mailto:janet.garciag@uanl.mx)

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7188-5331>

Doctora y maestra en Comunicación; Especialista en Salud Pública y en Epidemiología; Graduada de dos licenciaturas: Ciencias de la Comunicación y en Educación. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I del CONACYT México. Vice-coordinadora del grupo de investigación de Comunicación y Salud de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de Comunicación (ALAIC). Líder Nacional del Grupo de Comunicación y Salud y Secretaria de Investigación de la Asociación Mexicana de Investigadores de la comunicación (AMIC). Docente investigadora en la Facultad de Ciencias de la comunicación. Su formación básica y de posgrado le ha permitido introducirse en la salud pública y crear equipos multidisciplinarios para el estudio de problemáticas desde la prevención en salud, sus problemas socioculturales y políticas públicas. Se ha especializado en la investigación de comunicación, educación y marketing social en salud, formando grupos de trabajo como asesora y coordinadora nacional e internacional desde la parte académica, de investigación e institucional



***JORGE ALEJANDRO MARTÍNEZ PARTIDA***

Institución: Instituto de Investigaciones en Ciencias Veterinarias. Universidad Autónoma de Baja California

Correo electrónico: alejandromtz@uabc.edu.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9184-1651>

Doctor en Estudios del Desarrollo Rural por el Colegio de Postgraduados.

Maestro en Producción Animal (Administración Agropecuaria) por la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Licenciado en Medicina Veterinaria y Zootecnia por la Escuela de Medicina Veterinaria y Zootecnia de la Universidad Autónoma de Baja California.

Se ha desempeñado como evaluador de políticas públicas para el Sector Rural, Coordinador Académico de la Maestría Tecnológica en Prestación de Servicios Profesionales Financiera Rural – COLPOS (Sedes Mexicali y Ensenada), Evaluador Externo para el Centro de Evaluación Regional del Noroeste y directamente para el Programa Alianza para el Campo, Capacitador para Financiera Rural (Caso Proyecto Estratégico en Desarrollo: Grupo Sonoyta Trigo y Algodón), Coordinador del proyecto de extensionismo rural de la cadena porcina de Baja California (2012 y 13), Colaborador en el Proyecto de Producción de Quesos en el Valle de Ojos Negros (merecedor del premio nacional de extensionismo rural en el 2016), fundador del Grupo CERI (Cimarrones en Extensionismo Rural Interdisciplinario), Prestador de Servicios como Técnico del Programa Estratégico de Soberanía Alimentaria (PESA 2015), y extensionista en activo desde el 2012 a la fecha en el Valle de Mexicali y Coordinador de extensionismo Rural para Baja California en el 2018. Actualmente, complementariamente a sus actividades académicas es extensionista proyectista para el Programa de Desarrollo Territorial “Colonias Nuevas”, Valle de Mexicali, Baja California, para la Secretaría de Desarrollo Rural (SADER).



***LILIA MARICELA MENDOZA LONGORIA***

Filiación institucional actual: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Correo electrónico: lmmlongoria@hotmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5422-8965>

Es doctora en Ciencias Sociales con Orientación en Desarrollo Sustentable por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Maestra y Licenciada en Comunicación por la misma universidad. Se ha desarrollado como docente en los programas de las maestrías en Comunicación Deportiva y en Ciencias Sociales con orientación en Desarrollo Sustentable. Es Investigadora por el SNI-CONACYT Nivel C. Sus líneas de investigación son: Desarrollo Sustentable y Salud; Comunicación y Desarrollo Social; Comunicación, Sustentabilidad y Salud.



***LUIS ALFONSO GUADARRAMA RICO***

Institución: Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

Correo electrónico: aguadarrama.famecom@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2189-5432>

Doctor en Comunicación por la Universidad Veracruzana. Maestro en Comunicación por la Universidad Iberoamericana. Licenciatura en Psicología, en la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UAEM. Desde el año 2009, forma parte del Sistema Nacional de Investigadores SNI Nivel 1, ante el Conacyt. Es Líder del Cuerpo Académico «Sociotecnología, gobierno y comunicación». Sus publicaciones más recientes son: *All about Almodovar's Men* (2017). Coautor con el capítulo: «*The Tormented Man: Crisis of Male Hegemonic Imperatives*». New York: Peter Lang. *Controversial Matters on Media Ethics* (2017). Madrid: Dykinson. *Cuestiones de ética de la Comunicación*. (2016). Madrid: Dykinson. *The Male Body as Advertisement. Masculinities in Hispanic Media*. (2015). Coautor con el capítulo: «*Body of desire homoerotic Representation in Mexican Cable Televisión*». Ha impartido cursos de posgrado en universidades de España, Argentina, Bolivia, Brasil, República Dominicana, Chile, Perú, y Portugal. La mayor parte de su producción académica se puede consultar en: <https://guadarramarico.mx>



#### **MA ELENA ZERMEÑO ESPINOSA**

Institución: Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Autónoma de Baja California

Correo electrónico: [maelena@uabc.edu.mx](mailto:maelena@uabc.edu.mx)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0893-1040>

Profesora-investigadora de la Facultad de Ciencias Humanas, de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC). Doctora en Comunicación Social por la Universidad de la Habana. Miembro del Cuerpo Académico “Procesos de Comunicación en Organizaciones e Instituciones Sociales (PROCOIS)”. Coordinadora del programa universitario “Unidad de Servicios Integrales en Comunicación (USIC)” y del área de ciencias humanas en “Unidos por la Salud” (que otorgan servicios preventivos a la comunidad). Aborda y publica sobre: comunicación para el desarrollo, para la salud y extensionismo rural. Trabaja en vinculación con diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales: Secretaría de Salud del Estado; Instituto de Comunicación e Información Científica y Tecnológica en Salud (ICICT) perteneciente a la Fundación Oswaldo Cruz del Ministerio de Salud de Brasil; la Red Unidos para ayudar de la Fundación del Dr. Simi; DIF; DESOM y otras. Desarrolla estrategias de comunicación y educación para la salud en equipos con hasta seis unidades académicas o múltiples disciplinas como: Ciencias de la Comunicación y de la Educación, Psicología, Sociología, Enfermería, Medicina, Medicina Veterinaria, Administración, Ingeniería en sistemas, Pedagogía, Gastronomía, Agronomía, Nutrición, Derecho, Artes, entre otras. (USIC) programa de la UABC con el que se otorgan servicios de Comunicación para la Salud en Baja California.



## PERÚ

### ***MIGUEL RAMÓN LLULLUY***

Institución: Universidad Nacional del Centro del Perú,  
Facultad de Ciencias de la Comunicación - Huancayo - Perú.  
Correo electrónico: miki\_30\_ramon@hotmail.com

Maestro en Comunicación Para el Desarrollo por la Universidad Nacional del Centro del Perú. Licenciatura en Ciencias de la Comunicación, en la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la UNCP, con estudios de Doctorado en Administración en la Universidad Nacional del Centro del Perú. Profesor de Dedicación Exclusiva de la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la UNCP. Desde el año 2000, forma parte del Directorio Nacional de Investigadores e Innovadores, ante el Conacyt. Consultor en el manejo de los intangibles organizacionales: Imagen de marca, identidad, imagen y reputación.



## PUERTO RICO

### ***IVAN DE LA CRUZ CUEBAS***

Institución: Universidad de Puerto Rico, Río Piedras

Correo electrónico: [ivan.delacruz1@upr.edu](mailto:ivan.delacruz1@upr.edu)

ORCID: 0000-0001-8413-2972

El doctor Iván de la Cruz Cuevas realizó sus estudios doctorales en Sociedad de Información y el Conocimiento en la Universitat Oberta de Catalunya. Además, posee una Maestría en Comunicación con Concentración en Relaciones Públicas de la Universidad del Sagrado Corazón y un Bachillerato en Empresas de la Universidad de Puerto Rico con concentraciones en Mercadotecnia y Sistemas de Información. Sus intereses de investigación incluyen las Tecnologías de Información y Comunicación, Salud y Relaciones Públicas. Además, es Catedrático Auxiliar en la Escuela de Comunicación de la UPR-RP y fue coordinador del Programa de Relaciones Públicas y Publicidad.



## REPÚBLICA DOMINICANA

### ***ELINA CRUZ***

Institución: Centro de Investigación de la Comunicación de la Fundación Global Democracia y Desarrollo (Funglode)

Correo electrónico: [e.cruz@funglode.org](mailto:e.cruz@funglode.org) / [elinamaria2000@gmail.com](mailto:elinamaria2000@gmail.com)

1983-1987 Licenciatura en Comunicación Social. Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). 2006 Curso-Especialización en Metodología de Investigación en la Comunicación. Departamento de Periodismo de la Universidad Autónoma de Barcelona. 2009 Máster en Ciencia Política para el desarrollo, Universidad de Salamanca, España. 2011 Diplomado Investigación en la Comunicación de la Asociación Española de Investigación de la Comunicación/IGLOBAL, Santo Domingo 2018 Máster Universitario en Periodismo y Comunicación: Nuevas Tendencias en Producción, Gestión y Difusión del Conocimiento, Universidad Santiago de Compostela, España.







**Institut de la Comunicació**  
Universitat Autònoma de Barcelona